

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Análisis de las campañas de comunicación orientadas a cambios de comportamiento para prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente diabetes y enfermedades cardiovasculares

Myriam Aracely Lugmaña Tito

**Fadya Orozco, MD. PhD.
Directora de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Quito, abril de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Análisis de las campañas de comunicación orientadas a cambios de comportamiento para prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente diabetes y enfermedades cardiovasculares

Myriam Aracely Lugmaña Tito

Firmas

Fadya Orozco, MD. PhD.

Directora de Trabajo de Titulación

Fadya Orozco, MD. PhD.

Directora de la Maestría en Salud Pública

Fernando Ortega, MD. MA. Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, Ph. D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, abril de 2016

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Myriam Aracely Lugmaña Tito

Código de estudiante: 00113865

C. I.: 1721936514

Lugar, Fecha Quito, abril de 2016

DEDICATORIA

Este estudio lo dedico:

A quienes tienen el sueño de seguir cambiando las cosas en bien de los nuestros, es decir a todos los que habitamos en este mundo.

A quienes creen que la salud va más allá del medicamento en donde el dialogo forma cordones de tres o más nudos capaces de sobrellevar la salud por lo alto.

A quienes sin dejar de dudar confían en la gente y su realidad.

A quienes saben que la comunicación no es solo emitir palabras sino atender todos los procesos que conlleva esta.

A quienes tienen esos chispazos de luz en donde se arriesgan a combinar los conocimientos y alcanzar retos inimaginables.

A quienes cuestionan lo que parece “normal”, “natural” y “obvio”, pero finalmente se dan cuenta que *no ha sido así*, que era algo tan obvio que nadie vio que requería una dedicada atención.

A quienes se arriesgan por mezclar el entendimiento de otra especialidad que parecería no conjugarse, pero que al probar saben que la una requería de forma urgente de la otra.

Por esos que seguimos el camino de la salud y la comunicación.

AGRADECIMIENTOS

En todo momento agradecer a Dios que sabe cuándo y en dónde uno debe dar el siguiente paso, nos da la mano para no caer, siempre busca retos que nos fortalecen y enseña a comprendernos, así fue como comenzó este paso en Salud Pública sin creer que existiría la oportunidad para los de ciencias sociales en un espacio tan hermético como el referente a la salud.

Agradezco a Dios en especial, por el Esposo maravilloso, comprensible y más enamorado del mundo con el cual Dios me bendijo para apoyarme desde el inicio hasta concluir la carrera, gracias por su tiempo, las malas noches, los corre corre, los llantos, las desesperaciones y hasta enojos, por su comprensión en limitar nuestro tiempo. Gracias por todo ese amor.

Gracias Dios por haberme dado unos padres que han dado todo porque sus hijos seamos primero unos buenos seres humanos, llenos de valores capaz de permitirnos enfrentar los altercados que la vida nos presenta y finalmente que seamos unos profesionales al servicio de la población, que nuestras actividades nos permitan emocionarnos y continuar forjando nuestro futuro con calidad de vida. Agradezco a mi ñaño por la paciencia, por el tiempo y su apoyo brindado en todo momento para sacar adelante mis estudios. Agradezco a mis abuelitos de la tierra y del cielo, a mi gran familia por sus oraciones y compañía además de su comprensión con el tiempo.

Agradezco a mi tutora Fadya Orozco por enseñarme el valor de la paciencia, de la perseverancia y la dedicación para alcanzar el conocimiento, gracias también por su amistad y cariño con los momentos tristes y alegres que pasaron mientras realizábamos esta tesis.

Agradezco a mi profesor de toda la vida Armando Grijalva, quien tiene sabios consejos en el momento preciso, además de ayudarme a seguir forjando mi intelecto.

Agradezco a mis amigos y amigas de toda la vida y a los nuevos de la universidad que solicite su comprensión durante este tiempo y supieron brindarme su apoyo y ánimos para salir adelante.

Agradezco a mis profesores de la maestría por mostrarme lo maravilloso que es trabajar en salud y los retos que debemos continuar atendiendo.

Agradezco a Benjamín Puertas por haberme recibido y apoyado en iniciar una carrera tan especial como esta, tan llena de desafíos que deben continuar.

Agradezco a mi equipo del trabajo por que supieron brindarme el tiempo necesario para realizar la tesis y con su ánimo, comprensión lograron apoyarme para concluir con la misma.

Gracias Dios por todas estas personas que has puesto en mi camino, por la vida, la salud y sabiduría para iniciar y concluir esta nueva meta.

RESUMEN

Este estudio se enfoca examinar la inclusión de modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en las campañas de comunicación diseñadas para la prevención de los factores de riesgo de las ECNT, en particular diabetes y enfermedades cardiovasculares, realizadas en medios masivos en el Ecuador en los años 2000 al 2014, con la finalidad de aportar a la toma de decisiones basadas en la evidencia, en razón de que las campañas de comunicación son una estrategia comunicacional recomendada para atender las enfermedades crónicas no transmisibles.

La investigación contará con una fundamentación teórica basada en los modelos de cambios de comportamiento que pertenecen a la perspectiva ecológica de la salud, con la finalidad de identificar la teoría de fundamentación de la mayoría de campañas realizadas.

Esta investigación es de tipo transversal, para este estudio se contará con un procedimiento basado en entrevistas con expertos y una observación de análisis de los productos empleados en las campañas de comunicación.

Palabras clave: campañas de comunicación en salud, teorías cambio de comportamiento, enfermedades crónicas no transmisibles, tabaco, alcohol actividad física, alimentación saludable.

El hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad que pone en peligro innecesariamente las generaciones futuras. Informe de la OMS, 2005 Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital

ABSTRACT

This study focuses consider the inclusion of theoretical models aimed at behavior change communication campaigns designed to prevent risk factors of NCDs, including diabetes and cardiovascular disease, carried out mass media in Ecuador in years 2000 to 2014, in order to contribute to decision making based on evidence, on the grounds that communication campaigns are recommended to address chronic non-communicable diseases communications strategy.

The research will have a theoretical foundation based on models of behavioral changes that belong to the ecological health perspective, in order to identify the theory foundation of most campaigns conducted.

This research is transversal to this study there will be a procedure based on interviews with experts and an observation analysis of the products used in the campaigns.

Keywords: health communication campaigns, theories of behavioral change, chronic noncommunicable diseases, tobacco, alcohol, physical activity, healthy eating.

The failure to use available knowledge on the prevention and control of chronic diseases is a recklessness that unnecessarily endangers future generations. WHO Report, 2005 Preventing chronic diseases: a vital investment.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Tabla de contenidos.....	8
Lista de figuras.....	9
Anexos.....	9
CAPITULO I - INTRODUCCIÓN.....	10
Justificación.....	10
Antecedentes.....	12
Marco teórico.....	19
Problema.....	33
Objetivos.....	36
CAPITULO 2 – REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	37
Las enfermedades crónicas no transmisibles y la comunicación.....	37
Las campañas y los modelos teóricos de cambios de comportamiento.....	39
CAPITULO 3- ARTÍCULO.....	45
Título del estudio: El éxito de las campañas enfocadas en las enfermedades crónicas no transmisibles se diluye del escritorio a la realidad.....	45
Resumen.....	45
Study title:.....	46
Abstract.....	46
Introducción.....	47
Metodología.....	49
Análisis.....	54
Resultados.....	56
Discusión.....	62
Limitaciones y fortalezas.....	64
Conclusiones.....	65
Recomendaciones.....	65
Referencias.....	66
CAPITULO 4 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
Conclusiones.....	79
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	89

LISTA DE FIGURAS

Tabla 1 Variables del Modelo Etapas del Cambio	23
Tabla 2 Variables del Modelo de Creencias en Salud	24
Tabla 3 Variables del Modelo Procesamiento de la Información por el Consumidor de Creencias en Salud.....	25
Tabla 4 Variables de la Teoría del Aprendizaje Social.....	26
Tabla 5 Variables de la Teoría de Acción Razonada	27
Tabla 6 Variables de la Teoría de Organización Comunitaria	28
Tabla 7 Variables de la Teoría de Difusión de Innovaciones.....	29
Tabla 8 Variables de la Teoría de Desarrollo Organizacional	30
Tabla 9 Variables de la Teoría de Comunicación Persuasiva Mensaje.....	31
Tabla 10 Variables de la Teoría de Comunicación persuasiva.....	32
Figura 1. Esquema de la selección de campañas para el estudio.....	72
Tabla 1. Modelos teóricos de cambios de comportamiento con sus variables	73
Tabla 2. Caracterización de las campañas de estudio orientadas a la prevención de factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Ecuador 2010 – 2014 (N=3).	75
Tabla 3. Identificación de las variables teóricas empleadas en las campañas: informantes claves vs. materiales y documentos de campaña.	77

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado	89
Anexo B: Guía de entrevista semiestructurada: instituciones y departamentos de comunicación, marketing, comunicación en salud o afines.....	91
Anexo C: Guía de análisis temático entrevista semiestructurada.....	101
Anexo D: Guía de caracterización de campaña respecto a los materiales de la campaña.....	104
Anexo E: Guía de análisis de contenidos de los materiales de la campaña	105
Anexo F: Guía de análisis de documentos de campaña	107
Anexo G: Ficha técnica de campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”	110
Anexo H: Ficha técnica de campaña “Etiquetado”	111
Anexo I: Ficha técnica de “Agita tu mundo”	112
Anexo J: Materiales de campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”	113
Anexo K: Materiales de campaña “Etiquetado”.....	115
Anexo L: Materiales de campaña “Agita tu mundo”	116

CAPITULO I - INTRODUCCIÓN

Justificación

A nivel mundial el perfil epidemiológico en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se ha convertido en un asunto de atención urgente debido a su incremento, dando paso así a generar políticas públicas que afronten esta necesidad, algunas de ellas se han centrado en los factores de riesgo de estas enfermedades considerando que sus causas son comportamentales, además de sociales. Las políticas públicas con la necesidad de acercarse a la población y promover cambios de comportamiento requieren considerar el ámbito comunicacional.

De esta manera el Ecuador desde el 2000 cuenta con políticas claras respecto a los factores de riesgo de las ECNT, estas además tienen recomendaciones a nivel comunicacional, determinando así acciones que promuevan el cambio de comportamiento. Sin embargo en el Ecuador a pesar de contar con estas recomendaciones, es contrastante identificar que el perfil epidemiológico de la población en cuanto a mortalidad por ECNT sigue en incremento y además la población de acuerdo a sus hábitos se encuentra ante un alto nivel de riesgo de desarrollar alguna ECNT.

Una de las destacadas sugerencias en cuanto a las estrategias de comunicación enfocadas en alcanzar cambios de comportamientos constituye el implementar campañas de comunicación. Sin embargo para lograr su fin último y lograr la comprensión del mensaje por la población objetivo se recomienda desarrollarla la campaña mediante la consideración de los modelos teóricos de cambios de comportamiento. Sin embargo existen campañas

carentes de atención a esta recomendación, limitando alcanzar las metas planteadas. Además es indispensable recordar que estas acciones comunicacionales cuentan con una responsabilidad establecida en las política pública para aportar a la salud de la población.

Con este antecedente se pretende examinar la inclusión de los modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en las campañas de comunicación diseñadas para la prevención de los factores de riesgo de las ECNT, en particular diabetes y enfermedades cardiovasculares, realizadas en medios masivos en el Ecuador en los años 2000 al 2014, a fin de recomendar aspectos que puedan fortalecer el desarrollo futuro de las mismas.

Además como en el Ecuador más del 50% de muertes en edad prematura (30 a 69 años) corresponden a ECNT, se consideró que las campañas para el estudio debían dirigirse como audiencia primaria a personas sobre los 18 años, ya que otras estrategias comunicacionales refuerzan el mensaje a las audiencias secundarias de estas campañas.

Para ello se presentan en principio las políticas públicas con las cuales cuenta el Estado Ecuatoriano para atender los principales factores de riesgo de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares vinculadas al desarrollo de estrategias de comunicación; posteriormente se identifican las teorías relacionadas a campañas de comunicación que desean alcanzar cambios de comportamiento; de manera seguida se evidencian casos en los cuales las campañas de comunicación han incluido teorías enfocadas a cambios de comportamiento con exitosos resultados; luego se presenta la investigación realizada en cuanto al Ecuador con la caracterización de campañas, la inclusión de modelos teóricos en las mismas; y finalmente se presentan las recomendaciones realizadas.

De esta manera se presenta a continuación lo realizado hasta el 2014 en cuanto a políticas públicas para atender las enfermedades crónicas no transmisibles.

Antecedentes

El Ecuador cuenta con una serie de políticas públicas en favor de atender problemáticas de salud, lo que involucra a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de esta manera algunas se relacionan con temas referentes a los factores de riesgo, que determinan estas enfermedades. El hecho de contar con un marco legal y la importancia de atender a su fortalecimiento, hace alusión a la recomendación realizada en los objetivos del Plan de Acción 2008 -2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (WHO, 2008c). Considerando además que las principales enfermedades crónicas involucradas en las primeras 10 causas de muertes son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Marco legal.

De esta manera a continuación se presentan las políticas públicas con las que cuenta el Ecuador, para enfocarse en los cuatro factores de riesgo principales de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares.

Consumo de tabaco.

Desde 1971 el Estado Ecuatoriano cuenta con un Código Orgánico de Salud, frente al cual se sustentan algunas disposiciones consecuentes en los siguientes años como es el Primer reglamento de publicidad de tabaco y alcohol establecido en 1973, en el cual se planteaba la necesidad de contar con advertencias frente al consumo de tabaco en los envases,

etiquetados, publicidad (MSP, 2014a). Para 1988 se constituye el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (CILA), el mismo que fue ratificado en sus funciones en el 2008 (MSP, 2014a), indicando que su objetivo principal es

“contribuir con la Autoridad Sanitaria Nacional para el desarrollo de acciones de prevención y control de tabaco en la población e instituciones del Ecuador, con el fin de disminuir la prevalencia de consumo, así como la morbilidad, discapacidades y mortalidad que causa” (MSP, 2008b).

En 1994 la regulación de tabaco se incluye en el Reglamento al Código Orgánico de Salud, posteriormente se da paso a la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor y se establecen reglamentos al respecto del consumo de tabaco, esta ley estuvo vigente durante el 2000 hasta el 2006 (MSP, 2014a). En el 2004 se firmó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco, el mismo que inicio en el 2006 y se reconoce que algunos de sus objetivos se centran en alcanzar cambios de comportamiento como que el consumo de tabaco se reduzca, además evitar el inicio de consumo de tabaco en los jóvenes, ayudar a que los fumadores abandonen el consumo de tabaco y quienes han logrado hacerlo que puedan mantenerse sin fumar (Sandoval, Blanco & Caixeta, 2014).

Respecto al Convenio Marco la OMS cuenta con un paquete técnico, denominado MPOWER, para alcanzar los objetivos de este convenio, la letra W de MPOWER significa en ingles la sigla de “Warning” y se asocia con acciones en favor de advertir sobre los peligros del tabaco (WHO, 2008c). Entre algunas de las actividades están los etiquetados, las campañas de comunicación y la difusión gratuita en medios de comunicación de las actividades

antitabáquicas que se realicen (Alianza antitabaco Ecuador, s.f.). Este convenio marco fue ratificado en el 2006 (MSP, 2014a).

A partir del 2011 se cuenta con la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco (2011) con la finalidad de promover el derecho a la salud de los ecuatorianos y ecuatorianas, protegiéndolos de las consecuencias del consumo de productos de tabaco y sus efectos nocivos. Es así que en su Capítulo Tercero, Artículo 13 se insta a realizar campañas de comunicación, en tanto que en el Capítulo Segundo Artículo 18 se identifica la importancia de la presentación de mensajes en las cajetillas (2011). Además determina prohibiciones y restricciones para la venta, considera la necesidad de espacios libres de humo (2011). Posteriormente en el 2012 se cuenta con el Reglamento a la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco (2012) de ésta forma podía regularse y controlar que lo establecido en la ley se cumpla. Entre algunas de las consecuentes acciones desarrolladas han sido: en el 2011 la determinación de los lugares cerrados de acceso público 100% libres de humo de tabaco; en el 2007 y 2011 incrementos en los precios del tabaco, llegando a un 73% de incremento en el 2014; campañas de comunicación en tres fases durante el 2012 – 2014 (MSP, 2014a).

Alimentación saludable.

En la Constitución de la República del Ecuador (2008) constan algunos artículos a favor de la nutrición saludable, como son el artículo 13 en donde se establece que las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente de alimentos sanos, suficientes

y nutritivos; artículo 32 vincula el ejercicio del derecho a la alimentación con el derecho a la salud.

El artículo 18 de la Ley Orgánica de Salud indica que la autoridad sanitaria nacional con otras instancias desarrollarán entre algunas de las actividades, las dirigidas particularmente al “conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad” (MSP & MINEDUC, 2014).

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 -2013 (SENPLADES, 2009) en su objetivo 2.1 establece “asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio...” en tanto que en su objetivo 3.1 indica que promoverá “prácticas de vida saludable en la población”.

El Código de la Niñez y Adolescencia (2003) en su artículo 27 respecto al derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes establece el “acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada...”

El Congreso Nacional del Ecuador expide la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el 2006, a fin de garantizar el abastecimiento de alimentos nutritivos, de acuerdo a las costumbres y cultura, para tener una vida sana y activa.

En el 2008 se expidió el Reglamento de Registro y Control Sanitario de Alimentos (2012), en donde se establece realizar un control de los alimentos que se entregan directamente al consumidor.

En el 2011 se tramita el Reglamento para la Autorización y Control de la Publicidad y Promoción de Alimentos Procesados (2011), además en el 2013 se da paso al Reglamento

Sanitario De Etiquetado De Alimentos Procesados Para El Consumo Humano (2013), estos dos reglamentos cuentan entre sus principales objetivos el “garantizar el derecho constitucional de las personas a la información oportuna, clara, precisa y no engañosa sobre el contenido y características de estos alimentos, que permita al consumidor la correcta elección para su adquisición y consumo” (2013).

En el 2014 se expide el Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación (MSP & MINEDUC, 2014), en el cual se identifica entre algunos de sus objetivos el promover prácticas alimentaria saludables en el sistema nacional de educación, priorizar actividades de prevención y promoción de la salud al interior de las instituciones educativas (MSP & MINEDUC, 2014). Además en este mismo año se da paso a la Estrategia Nacional de Nutrición (MSP, 2011c), la cual cuenta con enfoques de acción en nutrición materna, nutrición a menores de 2 años, sobrepeso y obesidad, educación en escuelas, entre otras.

De acuerdo a la Ley orgánica de comunicación (2013) en su artículo 94 se indica que “la publicidad de productos destinados a la alimentación y salud deberán tener autorización previa del Ministerio de Salud”.

Actividad física.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) en su artículo 381 indica que “El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación como actividades que contribuyen a la salud...”

De acuerdo al Plan Nacional para el Buen Vivir (SENPLADES, 2009) se indica en el objetivo 3.1.1 la meta de “triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana al 2013”.

En el 2005 se expide la Ley de Cultura Física, Deportes y Recreación (2010), posteriormente en el 2008 el Ministerio del Deporte (MD) “evaluó el currículo del área de Cultura Física de 1996” y determinó que deberían realizarse algunas modificaciones (MD & MINEDUC, 2012).

De esta manera en el 2010 se modifica la Ley de Cultura Física, Deportes y Recreación (2010) y se da paso a la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación (Reglamento General a la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación 2013), el cual designa al ministerio encargado que uno de sus objetivos es activar a “la población para asegurar la salud de las y los ciudadanos”. En el artículo 82 de la Ley al estipular que debe encontrarse en la malla curricular de todos los niveles de educación, de esta manera el Ministerio de Educación en el Acuerdo 0041-14 (2014) determina que la carga horaria para abordar la asignatura de educación física, será de 5 horas.

En el artículo 89 de esta Ley se determina que el tema de recreación comprenderá actividades físicas lúdicas, que se enfocaran también en la salud, en la calidad de vida y que a estas se incluyen las actividades que se realizan en los barrios, parroquias, a nivel urbano y rural. Además en el artículo 92 se indica que se enfocaran en los diversos grupos etarios para fortalecer el nivel de salud. Por otro lado el artículo 147 prohíbe “de manera absoluta el ingreso, la comercialización, distribución y consumo de cualquier tipo de bebida alcohólica en los escenarios deportivos”.

El Reglamento General a la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación (2011) se expide en el 2011, con la finalidad de aportar a la ejecución de los artículos establecidos en la Ley.

Consumo de alcohol.

En 1994 la regulación de alcohol se incluye en el Reglamento al Código Orgánico de Salud, posteriormente se da paso a la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor y se establecen reglamentos al respecto del consumo de alcohol, esta ley estuvo vigente desde el 2000 hasta el 2006 (MSP, 2014a). En el Reglamento General a la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor se establece en el artículo 53 que los envases y etiquetas de las bebidas alcohólicas debían llevar un mensaje de prevención del consumo de alcohol porque afecta a la salud y además se incluía la prohibición de venta a menores de 18 años (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2002). Además se contaba con una restricción de franja horaria respecto a la publicidad de las bebidas alcohólicas, en el cine este tipo de publicidades se difundía en las funciones para mayores de 18 años. Se restringió ampliamente las propagandas de alcohol a los medios, productos y espacios de menores de 18 años, inclusive se instaba a evitar una asociación del deporte y la salud con el alcohol (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2002).

Además en el artículo 46 numeral 5 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) se indica que adoptara el Estado medidas para prevenir el uso de bebidas alcohólicas. En tanto que la Ley Orgánica de Salud en su artículo 38 indica que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública.

En el 2010 mediante un Acuerdo Interministerial N° 1470 (2010) se establecieron algunas determinaciones en cuanto a los horarios de consumo de bebidas alcohólicas, las mismas que tuvieron modificaciones con un nuevo Acuerdo Interministerial N°1502, así como la prohibición de venta de licores el día domingo, excepto para los establecimientos turísticos registrados y para las personas que deseen acompañar sus comidas con una bebida alcohólica. Además se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas en los locales registrados como turísticos en las categorías de casinos y salas de juego.

De acuerdo a la Ley orgánica de comunicación (2013) en su artículo 94 se indica que “se prohíbe la publicidad engañosa así como todo tipo de publicidad o propaganda de... bebidas alcohólicas, de cigarrillos”.

De esta manera se presenta una visión panorámica en cuanto a las políticas públicas instauradas en el Ecuador, en función de los factores de riesgo, las mismas que se ejecutarían con diversas estrategias, entre ellas las referentes al campo de la comunicación, mismas que se encuentran determinadas en las políticas públicas, anteriormente identificadas.

Marco teórico

World Health Organization (WHO) define a las enfermedades crónicas – no transmisibles como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (WHO, s.f. e), además determina que las enfermedades principales de este grupo son las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (OPS, 2012b), ya que estas ocupan las dos terceras partes del total de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial (WHO, 2011a).

Se ha logrado determinar que estas enfermedades son prevenibles, debido a que sus causas se concentran principalmente en cuatro factores de riesgo comportamentales: el tabaquismo, el consumo nocivo del alcohol, el régimen alimentario poco saludable y la falta de actividad física (OPS, 2012b). En cuanto a la alimentación poco saludable se identifican ciertos elementos particulares a ser atendidos frente a las enfermedades crónicas no transmisibles como son la dieta baja en sal, una dieta hipocalórica, una ingesta mayor de frutas, vegetales y fibra, dieta baja en grasas. Estos factores de riesgo encuentran una vinculación fundamental con los cambios en los modos de vida de la personas, las transiciones demográficas y económicas, la urbanización (WHO, 2011a).

De esta manera la OMS considera un elemento necesario el abordar el trabajo en salud desde la comunicación, ya que ésta mediante sus diversas estrategias de acción puede llegar a informar, permitir la reflexión y motivar al cambio de comportamientos por parte de la sociedad (Mosquera, 2002). Además muchas de las recomendaciones mundiales de OMS (WHO, 2011a; WHO, 2004b) identifican que la comunicación debe estar presente en las “mejores prácticas” ante las enfermedades crónicas no transmisibles, es así que una de las recomendaciones se centra en las campañas de comunicación.

El objetivo de las campañas de comunicación es promover y motivar al público que se encuentra como destinatario del mensaje a generar una serie de actitudes, acciones y toma de decisiones (Raab & Rocha, 2011) en un determinado momento; para esto, hacen uso de los medios de comunicación en masa (Atkin & Rice, 2011). Las campañas siempre buscaron persuadir a las personas para cambiar su conducta (Cevallos, 2014), mediante la provisión de

información que hace uso de estrategias comunicativas gráficas (WHO/TFI, 2011 y Waterloo, CA 2010 tomado de WHO, 2011a), sonoras o de interactividad (Raab & Rocha, 2011).

Las ventajas de las campañas de comunicación social es que se enfocan en la capacidad de atender situaciones de riesgo que requieren una acción inmediata, además facilitan el posicionamiento de una problemática en la sociedad, con la finalidad de promover cambios de comportamientos y finalmente propiciar la participación de la sociedad en la producción de las campañas (Cevallos, 2014).

De esta manera es necesario conocer que las campañas cuentan con una estructura recomendada para su desarrollo, la cual incluye: nombre, instituciones que la elaboran, el problema a resolver, el objetivo, mensajes, público objetivo, medios, materiales empleados, fecha a desarrollarse (Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011).

Sin embargo para alcanzar su objetivo de cambio de comportamiento, el fundamento teórico se convierte en la pieza estructural de la campaña, al considerarla determinante durante su desarrollo, implementación e inclusive evaluación (Bellicha & McGrat, 1990), lo cual encuentra relación con el estudio realizado por Snyder (2007), quien logró identificar la importancia de contar con una base teórica de cambio de comportamiento como objetivo de las intervenciones, para alcanzar un exitoso inicio de proceso de cambio de comportamiento. El empleo de un modelo teórico faculta el desarrollo de un mensaje reforzado (Mosquera, 2002; Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011; Snyder, 2007) capaz de ser comprensible y llegar a la población (Cowell, Farrelly, Chou & Vallone, 2009). Además de acuerdo a

Mosquera (2002) estimula la búsqueda de información y permite el cambio de comportamiento.

Las teorías que se encuentran en mayor medida relacionadas con las campañas de comunicación orientadas al cambio de comportamiento son las que se encuentran enmarcadas en la perspectiva ecológica de la salud (Bauman & Chau, 2009; Snyder, 2007). Sus postulados trascienden de la visión centrada en el ámbito individual y logran vincularse con el entorno ambiental y social (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988), comprendiendo así que los factores de riesgo tienen un origen tanto en el individuo como en su entorno determinante. De esta manera se desprende la necesidad de atender una serie de factores influyentes a nivel individual, interpersonal, institucional, comunitario y de políticas públicas (Murphy, 2005) como lo plantea la perspectiva ecológica. Por ello se identifica que la causal de cambios de comportamiento no solo depende del sujeto, sino de su interacción con su entorno.

Cada uno de los niveles de inferencia anteriormente nombrados cuentan con una serie de modelos teóricos para su abordaje, particularmente se consideraron aquellas modelos que están vinculadas al ámbito individual, interpersonal y comunitario, para el presente estudio. Si bien se incluyen varios autores para la definición de las teorías a continuación, se ha considerado a la OPS principalmente por la dedicación y recomendación realizada en cuanto a los modelos de cambios de comportamiento que realiza para las estrategias de comunicación.

1.- Modelos de ámbito individual.

Son aquellas que se centran en el ámbito personal, en sus conocimientos, en los comportamientos que se encuentran a su vez relacionados con su historia de vida personal, creencias, busca de una u otra forma dar a entender al público objetivo que está en ellos generar el cambio de comportamiento, es decir en sus actitudes (OPS, 2001a). Entre algunas de las estrategias de intervención se encuentran la educación, los medios de comunicación, los grupos de apoyo (McLeroy, et al., 1988). Para dar soporte a estas estrategias se encuentran las siguientes teorías.

1.1.- Modelo de Etapas de cambio.

Se centra básicamente en un ámbito cognitivo, en donde busca que las personas vayan por etapas obteniendo cambios de comportamiento, hasta alcanzar a que la etapa final sea en la cual las nuevas actitudes se conviertan en parte de su cotidianidad, de su diario vivir (Ríos, 2011). En donde la apertura de la persona para adoptar cambios en favor de su salud, o para intentar realizar los cambios es fundamental (OPS, 2001a).

Tabla 1 Variables del Modelo Etapas del Cambio

Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> •No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> •Se está pensando en cambiar en el futuro cercano.
Decisión/ Determinación	<ul style="list-style-type: none"> •Se trazan planes para cambiar.
Acción	<ul style="list-style-type: none"> •Implantación de planes de acción específicos.
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> •Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados

Fuente: OPS, 2001a

Se destaca que para las primeras etapas los medios de comunicación son un gran soporte, mientras que en las etapas que les continúan, se requiere de la comunidad a través de la comunicación interpersonal y las redes de apoyo social (OPS, 2001a).

1.2.- Modelo de Creencias en salud.

El modelo de creencias en salud indica que las creencias personales son las que motivaban a los sujetos a tomar decisiones frente a su salud, estas creencias de una u otra forma se asocian a procesos cognitivos (Soto, Lacoste, Papenfuss & Gutiérrez, 1997). Mosquera indica que existen dos aspectos claves para el inicio de cambio de comportamiento: el primero en donde el sujeto debe sentirse susceptible a la enfermedad y el segundo considerar que las acciones recomendadas son superiores a las barreras que puede percibir o los esfuerzos que debería emplear (2002).

Tabla 2 Variables del Modelo de Creencias en Salud

Susceptibilidad percibida	•Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una infección.
Gravedad percibida	•Opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.
Beneficios percibidos	•Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.
Barreras percibidas	•Opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.
Señales para la acción	•Estrategias para activar la “disposición” .
Auto-eficacia	•Comienza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas

Fuente: OPS, 2001a

1.3.- Modelo de Procesamiento de la información por el consumidor.

Este modelo mantiene una serie de elementos en los cuales da importancia al conocimiento y aprendizaje del sujeto, así como destaca la necesidad de atender al público objetivo durante el diseño de la información. Particularmente caracteriza la importancia de la información en cuanto a su disponibilidad, que sea nueva y utilizable, así como de fácil comprensión, para poder hacer uso de la misma (OPS, 2001a).

Tabla 3 Variables del Modelo Procesamiento de la Información por el Consumidor de Creencias en Salud

Capacidad de procesamiento de información	<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que pueden adquirir, utilizar y recordar.
Búsqueda de información	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de adquisición y evaluación de la información; afectado por la motivación, atención, percepción.
Reglas de decisión/heurística	<ul style="list-style-type: none"> • Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a los consumidores a seleccionar entre diversas opciones
Consumo y aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones, y cómo se utiliza en futuras decisiones
Entorno de la información	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesabilidad de la información pertinente

Fuente: OPS, 2001a

2.- Modelos de ámbito interpersonal.-

Estos modelos se centran particularmente en la interacción, en la influencia comunicacional, que puede generarse a nivel de los grupos primarios de relación que mantiene el sujeto, partiendo desde la familia (McLeroy, et al., 1988). Estos espacios en muchas ocasiones son determinantes para la toma de decisiones de cambios de comportamiento, se enfoca

también en ámbitos de percepción del entorno y de la presión que este puede ejercer (OPS, 2001a).

Es así que en esta categoría se encuentran los siguientes modelos:

2.1.- Teoría del Aprendizaje social.

Esta teoría principalmente se centra en la capacidad de fomentar a que la persona se comprometa al cambio de comportamiento, a partir de que ellos se consideren capaces de alcanzar el cambio de comportamiento e interioricen que los resultados serán beneficiosos (Ríos, 2011). Todo esto se puede lograr mediante la observación de las actitudes y acciones de los otros, que fomentan la capacidad de modificar algún aspecto en base a la experiencia observada (Mosquera, 2002; OPS, 2001a).

Tabla 4 Variables de la Teoría del Aprendizaje Social.

Determinismo recíproco	• Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; la interacción es bidireccional
Capacidad conductual	• El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones.
Expectativas	• Creencias sobre los probables resultados de la acción.
Autoeficacia	• Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.
Aprendizaje por Observación	• Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales.
Refuerzo	• Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.

Fuente: OPS, 2001a

2.2.- Modelo de la Teoría de acción razonada.

Esta teoría se basa en un proceso de creencias, las cuales se dividen en dos tipos de internalización: por un lado se encuentran las creencias a nivel individual de las posibles

consecuencias a partir del razonamiento que tiene el sujeto; y por otro lado esta, de qué manera las acciones que son emprendidas por el sujeto son percibidas por quienes son su grupo de referencia (Mosquera, 2002; OPS, 2001a). Estos dos tipos de creencias generan una actitud frente a un objeto, lo cual da paso a una intención de acción, que desencadena finalmente en una conducta respecto al objeto. Es así que se da valor a los aspectos culturales de las personas y también a la capacidad de racionalidad de las personas (Reyes, 2007).

Tabla 5 Variables de la Teoría de Acción Razonada

Intención de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> •Percepciones que tienen las personas de si se comportarán o no de cierto modo; la idea que se forman de la probabilidad de comportarse de cierta manera.
Actitud hacia el Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> •Percepción de los individuos de que es una buena o mala idea comportarse de dicha manera. Esta actitud se basa en la percepción que tienen las personas de las consecuencias. Cuanto más perciba una persona que un comportamiento tendrá consecuencias positivas e impedirá consecuencias negativas, más positiva será su actitud. La valoración del individuo hacia el comportamiento.
Norma subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> •El individuo percibe que las personas importantes en su vida realmente desean que ellos adopten o no el nuevo comportamiento (padres, amigos, parientes, figuras religiosas y trabajadores en salud). La motivación del individuo en hacer lo que quieren las personas importantes en su vida.

Fuente: OPS, 2001a

3.- Modelos de ámbito comunitario.-

Son los modelos que se centran en atender como el esfuerzo y el apoyo de los ámbitos comunitarios, organizaciones sociales y en general permiten dar soporte a procesos de

cambio de comportamientos. Debido a que la conceptualización de comunidad permite abarcar desde el ámbito geográfico hasta el de pertenencia, por considerar que mantiene una misma área de acción, de esta manera permite entender que los involucrados en este soporte comunitario incluyen todas las instituciones u organizaciones en las que los sujetos se involucran y las mismas que buscan proteger y mejorar la salud (OPS, 2001a).

Algunos modelos que se encuentran en el nivel comunitario son:

3.1.- Organización comunitaria:

Se centra en dar paso a la participación e involucramiento de los grupos más desatendidos en el desarrollo de programas que se enfoquen en sus necesidades, para esto se requiere del apoyo de las organizaciones comunitarias. Sus acciones van desde el empoderamiento de las personas, hasta alcanzar procesos de comprensión de su realidad y permitirles identificar causales y acciones para atender las diferentes necesidades (OPS, 2001a).

Tabla 6 Variables de la Teoría de Organización Comunitaria

Habilitación	•Proceso de ganar dominio y poder sobre uno mismo/la propia comunidad, para producir el cambio
Competencia comunitaria	•Capacidad para inmiscuirse en la solución efectiva del problema
Participación y pertinencia	•Las personas que aprenden deben participar activamente y el trabajo debe “iniciarse donde están las personas”
Selección de temas	•Identificar como centro de la acción inquietudes específicas, sencillas y en las que se pueda ganar,
Conciencia crítica	•Desarrollar comprensión de las causas fundamentales de los problemas

Fuente: OPS, 2001a

3.2.- Teoría de la difusión de innovaciones.

Esta teoría identifica como la tecnología puede presentarse para las personas de diferente forma, en donde unos pueden estar ansiosos y deseosos de adquirirla, en tanto otros se muestran completamente desconfiados de ella. Pero esta adopción diferente de la innovación depende del análisis que mantenga el sujeto frente a la tecnología. A esto se suma las condiciones del entorno y su formación personal como determinantes en la adopción o no de una innovación (Kaminski, 2014).

La teoría cuenta con dos elementos particulares: por un lado se encuentran los medios de comunicación como elementos de transmisión de las innovaciones, de los mensajes de cambios de comportamiento; por otro lado se encuentra la comunidad, en donde los líderes comunitarios y quienes enseñan, dan soporte, incentivan al cambio de actitudes presentados por los mensajes de los medios de comunicación (OPS, 2001a).

Tabla 7 Variables de la Teoría de Difusión de Innovaciones

Ventaja relativa	<ul style="list-style-type: none"> •El grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza.
Compatibilidad	<ul style="list-style-type: none"> •Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían.
Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> •Cuán difícil parece entender o utilizar la innovación.
Posibilidad de poner a prueba	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla.
Posibilidad de Observar	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles.

Fuente: OPS, 2001a

3.3.- Cambio organizacional.

Este modelo hace referencia a la necesidad de contar con estrategias que favorezcan la realización de políticas y programas que aporten a los cambios de comportamiento (OPS, 2001a). Para ello requieren de la combinación de dos teorías en particular:

**Teoría de las Etapas.*

Esta considera que en toda organización existen etapas de cambio, las cuales pasan de la identificación del problema, a la iniciación de una acción, ejecución y finalmente la institucionalización, permitiendo que estos cambios sean parte fundamental de la organización (OPS, 2001a).

**Teoría del Desarrollo Organizacional.*

Esta comparte la importancia de la “estructura y los procesos de la organización” en donde si bien comparten similares principios de cambios, esta adiciona la intervención de un agente externo que facilite la identificación del problema y la planificación de las acciones o estrategias necesarias a desarrollar (OPS, 2001a).

Tabla 8 Variables de la Teoría de Desarrollo Organizacional

Definición del problema (etapa de toma de conciencia)	• Los problemas se reconocen y se analizan; se buscan y se evalúan las soluciones (OPS, 2001a).
Inicio de la aplicación (etapa de adopción)	• Se formulan políticas o normas y se asignan recursos para iniciar el cambio (OPS, 2001a).
Implantación del cambio	• Se implanta la innovación, ocurren reacciones y cambios de funciones (OPS, 2001a).
Institucionalización del cambio	• Las políticas o programas se arraigan en la organización y se internalizan nuevas metas y valores (OPS, 2001a).

Fuente: OPS, 2001a

3.4.- Comunicación persuasiva.

Esta teoría plantea que la comunicación se desarrolla de manera vertical, basado en un paradigma funcionalista, en donde los medios de comunicación podían llegar directamente a generar cambios de comportamiento en las personas (Muñoz, 2005).

Es en base a estas consideraciones que Basanta & Romero (2010) reconocen que esta teoría al querer llegar a las emociones y alcanzar el cambio de comportamiento, debe fundamentar los mensajes en los conceptos que esta teoría plantea:

Tabla 9 Variables de la Teoría de Comunicación Persuasiva Mensaje

Elementos del mensaje persuasivo	
Credibilidad del comunicador	Es la capacidad de transmitir confianza ante un mensaje, la honestidad del comunicador, credibilidad, el contexto en el cual se presenta dicha relación con el oyente y aún de las características del oyente.
Atracción por el comunicador	Es el respeto que se mantiene por el comunicador que emite el mensaje.
Interacción	La interacción es la acción recíproca entre dos o más agentes y mide la capacidad en la cual se retroalimenta, en como da a conocer sus propias concepciones frente al tema que se está informando
Intensidad del mensaje	Se refiere a la capacidad de que el mensaje llegue a más público objetivo y sea capaz de recibir una respuesta

Fuente: Basanta Z. & Romero P., 2010

Tabla 10 Variables de la Teoría de Comunicación persuasiva

Construcción del mensaje persuasivo	
Evidencia	Se debe considerar la fuente de la información, el emisor de la información, y el tipo de mensaje: el motivacional que recurre a la sensibilidad y el racional que recurre a los datos y evidencias con las cuales se tiene respecto al tema (Basanta Z. & Romero P., 2010).
Organización del mensaje	En donde se priorice el objetivo al cual se desea llegar y luego se complementa con mensajes que refuerzan el propósito principal (Basanta Z. & Romero P., 2010)
Apelación al miedo	En donde se promueve a utilizar el miedo, la amenaza con intensidad para contar con mayores cambios de comportamiento (Basanta Z. & Romero P., 2010).
Lenguaje dogmático	La asignación de significados a las ideas, contextualizándolas a partir de referentes que la hacen significativa y de interés (Basanta Z. & Romero P., 2010).

Fuente: Basanta Z. & Romero P., 2010

Al identificar las teorías y sus principales conceptos con los cuales se cuenta para el desarrollo de las estrategias comunicacionales, basadas en la perspectiva ecológica, se consideró que para el caso de las campañas de comunicación en medios masivos no todas logran aplicarse, ya que se complementan con acciones de intervención en la población.

Problema

La política pública al ser considerada una estrategia o decisión con la finalidad de atender las necesidades de la población (SENPLADES, 2011), para su formulación debe atender los diferentes ángulos en los que esa población se vincula y desarrolla. De tal manera se recomienda prestar particular atención a la comunicación, en la elaboración de las políticas públicas (OMS, 2011a).

En el campo de la comunicación constantemente se desarrollan varias estrategias de acción para atender el ámbito de la salud (Randolph & Viswanath, 2004), es así que, entre las recomendadas para atender los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles están las campañas de comunicación (WHO, 2011a), las cuales al trabajar con medios de comunicación masiva tienen entre sus objetivos sensibilizar, informar, cambiar de actitudes e influir en el comportamiento (Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011).

Para que las campañas logren alcanzar exitosos resultados se han realizado varios estudios que permitan identificar aspectos claves o recomendaciones al momento de desarrollar y ejecutar las mismas. De esta manera una de las recomendaciones indica que los mensajes deben fundamentarse en un modelo teórico (Noar, 2006; Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011, Snyder, 2007), ya que facultan la capacidad de contar con un mensaje reforzado (Mosquera, 2002) que permita una mejor comprensión del mismo; estimula la búsqueda de información (Mosquera, 2002) promoviendo el involucramiento de la población en el interés por atender su salud y permite el cambio de comportamiento (Mosquera, 2002) como una respuesta de asumir responsabilidad ante su vida. Pero aun cuando varias campañas a nivel

internacional se han apegado a este principio y se encuentran aplicándolo, hay otras que no toman en consideración esta recomendación en el desarrollo de las campañas (Noar, 2006) limitando así alcanzar la meta última de generar cambios de comportamiento para afrontar los problemas de salud a los cuales se expone la población.

Entre las campañas enfocadas en factores de riesgo que han alcanzado exitosos cambios de comportamiento y que han considerado el ámbito teórico se encuentran: la revisión sistemática de campañas para promover la actividad física elaborada por Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman (2011) en donde se concluye que al utilizar los modelos teóricos, en particular el modelo de creencias en salud, considerando un orden en el que primero se confirmaron las actitudes y creencias del público objetivo y finalmente se dio el mensaje de cambio de comportamiento a favor de la actividad física, se logró un mayor recordatorio del mensaje, y generó mayor conciencia para realizar actividad física, en especial para las mujeres; respecto al estudio realizado por Maddock, Silbanuz & Reger –Nash (2008) para atender la nutrición y la actividad física en la elaboración de los mensajes de campaña realizaron encuestas basados en las variables del modelo de creencias en salud, pero en sus conclusiones evidenciaron que la motivación y el apoyo de un familiar, así como que estos también realicen los cambios sugeridos, es fundamental para alcanzar el cambio de comportamiento, es decir requerían abordar en sus mensajes variables teóricas de las teorías del aprendizaje social y de acción razonada.

En el caso particular del Ecuador, desde hace varios años se cuenta con políticas públicas que facultan la atención de los factores de riesgo correspondientes a la diabetes y las

enfermedades cardiovasculares, además de consideraciones en el área de comunicación. Entre las acciones de comunicación podrían encontrarse campañas, las mismas que de acuerdo a las recomendaciones antes mencionadas por varias investigaciones, deberían considerar el involucramiento de algún modelo teórico de cambio de comportamiento, con la finalidad de alcanzar la meta en salud para la cual fue implementada. Sin embargo, de acuerdo a las estadísticas presentadas por el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 -2013 se evidencia que la población ecuatoriana tiene comportamientos que potencialmente podrían afectar su salud y transformarse en factores de riesgo para desarrollar alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles (Freire, Ramírez, Belmont, Mendieta, Silva, Romero, Sáenz, Piñeiros, Gómez & Monge, 2013). Además la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión han aumentado, encontrándose entre las primeras diez causas de muerte (INEC, 2011). Hecho que no refleja similitud con los casos de investigaciones antes mencionados, en donde las intervenciones de campañas comunicacionales alcanzaron exitosos cambios de comportamiento.

De esta manera se presenta la necesidad investigativa de identificar el proceso de elaboración que se ha llevado a cabo con las campañas (Noar, 2006; WHO, 2004b; WHO, 2008d; Snyder 2007), a fin de contar con información que las fortalezca (Snyder, 2007) y permita tomar decisiones basados en la evidencia. Es así que el estudio tiene por objetivo examinar la inclusión de los modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en las campañas de comunicación diseñadas para la prevención de los factores de riesgo de las ECNT, en particular diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Objetivos

General.

- Examinar la inclusión de los modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en las campañas de comunicación diseñadas para la prevención de los factores de riesgo de las ECNT, en particular diabetes y enfermedades cardiovasculares, realizadas en medios masivos en el Ecuador en los años 2000 al 2014, a fin de recomendar aspectos que puedan fortalecer el desarrollo futuro de las mismas.

Específicos.

- Ubicar y caracterizar las campañas comunicacionales enfocadas a la prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador, específicamente de diabetes y enfermedades cardiovasculares, en los años 2010 – 2014, en aspectos generales.
- Identificar los principales modelos teóricos dirigidos a cambios de comportamiento, usados en las campañas comunicacionales, a fin de documentar aspectos que promueven cambios de comportamientos en la población para la reducción de factores de riesgo relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- Recomendar medidas para fortalecer el desarrollo futuro de campañas comunicacionales en salud en relación a enfermedades crónicas no transmisibles, en particular diabetes y enfermedades cardiovasculares y su efectividad de impacto en la población.

CAPITULO 2 – REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las enfermedades crónicas no transmisibles y la comunicación

Las enfermedades crónicas no transmisibles han mantenido una atención latente a nivel mundial, dando paso a desarrollar estrategias requeridas para promocionar la salud y prevenir las complicaciones que están vinculadas a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre algunos de los campos de atención, se solicita contar con información para determinar acciones (WHO, 2000 f).

La Estrategia Mundial De Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004b) plantea que la comunicación sea el principio para el cambio de comportamiento, por lo cual se insta a los países miembros de WHO a que vinculen como parte de sus estrategias, la comunicación. De esta manera se proveería a la población de información referente a las enfermedades crónicas, a la vez se atendería la necesidad de tomar decisiones responsables y saludables desde la población, frente a los factores de riesgo de estas enfermedades. Esta información debía ser veraz y capaz de considerar las diferencias sociales como la alfabetización, la cultura o aspectos limitantes en cuanto a la comprensión y acceso a la información para poder superarlos mediante estrategias comunicacionales adecuadas al público objetivo (WHO, 2004b). La información en este caso, tiene como finalidad apoyar al cambio de comportamiento, en los factores de riesgo comportamentales que conllevan a desarrollar las enfermedades crónicas no transmisibles (WHO, 2011a).

Además, de acuerdo al Informe de “Estatus global de las enfermedades no transmisibles 2010” el uso de los medios de comunicación se ha convertido en una potencial herramienta, llevando a considerarla entre una de las “mejores compras”, es así como se define a las mejores estrategias, que logran aportar a la disminución de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles y que deben ser aplicadas con inmediatez (WHO, 2011a).

La investigación científica logró evidenciar que los cambios de comportamiento pueden iniciar con procesos de acercamiento de la información a la población (Soto et al., 1997). Además en el estudio realizado por Kenneth H. Beck y Arthur Frankel (1981) se destaca que para realizar procesos de cambio de comportamiento se debe contar con un espacio para acercar la información que tiene que ver con las consecuencias negativas y positivas de las acciones en contra y a favor de la salud a fin de que se pueda iniciar un proceso de cambios de comportamiento. Destaca además que la información debe ser de calidad, que debe ser manejada con una seriedad correspondiente al tema de riesgo que se encuentra informando (Becker et al., 1977).

Entre las acciones desempeñadas en comunicación, se encuentran las campañas de comunicación, las cuales van incrementando cada año (Randolph & Viswanath, 2004) con la finalidad de abordar y enfrentar problemáticas de salud (Hutchinson & Wheeler, 2006). De esta manera se han considerado entre algunas de las estrategias comunicacionales que se deben desarrollar (WHO, 2004b), ya que su objetivo es promover y motivar al cambio de comportamiento en su público objetivo (Raab & Rocha, 2011; Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011).

En el ámbito correspondiente a los factores de riesgo de las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, se cuenta con un estudio realizado por Bala, Strzeszynski & Cahill (2008) quienes demuestran que el atender bajo una campaña de comunicación la temática del consumo de cigarrillo ha tenido grandes resultados en donde se evidencia que los “programas integrales de control del tabaco, que incluyen campañas en los medios masivos pueden ser eficaces para cambiar la conducta de fumar en los adultos”.

Una de la más reconocidas campañas que aporó a las enfermedades relacionadas con el corazón fue la de Karelia del Norte en donde se destaca que, la importancia la vinculación de la información con el cambio de comportamiento favoreció en la disminución de “la mortalidad por la enfermedad cardiaca entre los hombres en edad de trabajar” ya que para el 2006 se registró un 86% menos de muertes debido a esta causa, respecto al registro obtenido durante el período de 1969 – 1971” (Barengo, Tuomilehto, Nissinen & Puska, 2011). A nivel internacional se han realizado una serie de campañas de comunicación enfocadas en la reducción de consumo de sal, para las cuales se han desarrollado materiales impresos, radiofónicos, televisivos y productos en internet. Algunos países que se han acogido a esta estrategia son Reino Unido, España, Finlandia, Canadá, Estados Unidos, Argentina, Chile (Valenzuela & Atahala, 2011).

Las campañas y los modelos teóricos de cambios de comportamiento

Con la finalidad de que las campañas alcancen su objetivo final de cambio de comportamiento, se ha motivado el desarrollo de una serie de investigaciones que plantean recomendaciones para su desarrollo. Una de las recomendaciones indica que los mensajes

deben fundamentarse en un modelo teórico (Noar, 2006; Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011, Snyder, 2007), pero aun cuando varias campañas a nivel internacional están aplicando este principio, hay otras que no toman en consideración esta recomendación (Noar, 2006). De esta manera se presenta la necesidad investigativa de identificar el proceso de elaboración que se ha llevado a cabo con las campañas (Noar, 2006; WHO, 2004b; WHO, 2008d; Snyder 2007; Bauman & Chau, 2009), a fin de contar con información que las fortalezca (Snyder, 2007; Bauman & Chau, 2009) y permita tomar decisiones basados en la evidencia.

Entre las campañas enfocadas en factores de riesgo que han alcanzado exitosos cambios de comportamiento y que han considerado el ámbito teórico se encuentran: la revisión sistemática de campañas para promover la actividad física elaborada por Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman (2011) en donde se concluye que al utilizar los modelos teóricos, en particular el modelo de creencias en salud, considerando un orden en el que primero se confirmaron las actitudes y creencias del público objetivo y finalmente se dio el mensaje de cambio de comportamiento a favor de la actividad física, se logró un mayor recordatorio del mensaje, y generó mayor conciencia para realizar actividad física, en especial para las mujeres; respecto al estudio realizado por Maddock, Silbanuz & Reger –Nash (2008) para atender la nutrición y la actividad física en la elaboración de los mensajes de campaña realizaron encuestas basados en las variables del modelo de creencias en salud, pero sus conclusiones evidenciaron que la motivación y el apoyo de un familiar, así como que estos también realicen los cambios sugeridos, es fundamental para alcanzar el cambio de

comportamiento, es decir requerían abordar en sus mensajes variables teóricas de las teorías del aprendizaje social y de acción razonada.

En tanto que la “Campaña Nacional Antitabaco de Australia” apeló al uso de imágenes que se enfocaron en el miedo, en el temor de las consecuencias del consumo de tabaco como parte de la combinación de más de dos teorías, entre ellas el modelo de creencias en salud y el de comunicación persuasiva. Esta campaña mediante sus mensajes motivó a que un 53% de fumadores trate de dejar de fumar, un 85% indicó que se asocia menos “el fumar con algo deseable”, y como acciones inmediatas el 26% de actuales fumadores piensa dejar de fumar, en tanto el 27% va reducir el número de cigarrillos (White, Tan, Wakefield & Hill, 2003).

Jordan, Taylor, Bleakley & Mallya (2012) indican que en Filadelfia se desarrolló durante el 2010 una exitosa campaña, que su principal objetivo era reducir los riesgos de obesidad en niños por su futura asociación con el desarrollo de alguna enfermedad crónica no transmisible, por tanto se consideró que atender el consumo de bebidas azucaradas era indispensable. De esta manera inicialmente se consideró a la teoría de acción razonada como fundamental para el desarrollo de la campaña, utilizando sus conceptos en principio para elaborar las preguntas de una encuesta que permita identificar las intenciones de cambio de comportamiento respecto de los padres de los niños y niñas (fueron considerados en un rango de 3 a 16 años), además de la actitud hacia un nuevo comportamiento para enfrentar el dejar las bebidas azucaradas y finalmente enfocarse en la importancia de la salud de su familia asociada a las normas subjetivas. Posteriormente con los resultados obtenidos se desarrollaron los mensajes, los cuales tuvieron más apego en la población adulta para

ingresar y motivar a sus hijos en dejar las bebidas azucaradas. La campaña hizo uso de la televisión, la radio, de mensajes online y además se incluyeron mensajes en el interior de los buses, un estudio pos test de los mensajes reveló que tanto las personas al cuidado de niños y niñas entre 3 y 16 años tienen una alta intención de proveerles de bebidas azucaradas a esta población, además el mismo resultado se presentó para los niños y niñas que observaron esta campaña.

Huhman, Heitzler & Wong (2004) presentan un esquema de cómo la campaña “Verb” enfocada en la actividad física para niños, niñas y adolescentes se basó en el fundamento del desarrollo transversal de la campaña desde la conjunción de tres teorías de cambio de comportamiento como son: teoría de acción razonada, la teoría del aprendizaje social y el modelo de procesamiento de la información por el consumidor. De esta manera se consideraba que los mensajes debían ser claros, comprensibles, divertidos, de igual manera se desarrollarían mensajes para los adultos, que comprendan la importancia de la actividad física en la salud. Tomando en cuenta que la meta última con la que se planificó la campaña de actividad física “VERB” era atender las enfermedades crónicas no transmisibles, enfocándose en un público de prioritaria atención como son los preadolescentes y quienes mantienen aún la energía de actividad física. La vinculación con las teorías era promover a que sus referentes de refuerzo de mensaje sean los padres, promover confianza en la actividad física y sus beneficios, la capacidad de interiorizar en los jóvenes de que son capaces de realizar esas actividades.

En tanto que respecto al estudio realizado por Ferrence (1996) identifica que en la campaña “Anti smoking” desarrollada en Estados Unidos, se aplicó la teoría de difusión de innovaciones. Además Ferrence en una cita que realiza de Warrence, respecto un estudio de los beneficios de esta campaña indica que, a largo plazo de acuerdo a lo que se estimaba de aumento de fumadores e incremento de muertes por consumo de tabaco, se logró disminuir lo ya previsto con anterioridad a la campaña que se llevó a cabo.

La campaña “Truth” enfocada en dejar de fumar, de acuerdo al estudio realizado por Cowell, Farrelly, Chou & Vallone (2009), se ha fundamentado en la teoría de acción razonada, debido a que los mensajes se realizaron considerando los conceptos de “intención de cambio de comportamiento” mediante el refuerzo de no intentar fumar para aquellos que nunca lo han hecho, mientras que para aquellos que fuman se promovía la intención de dejar de fumar.

Además otras campañas han alcanzado exitosos cambios de comportamiento en factores de riesgo como disminución de consumo de cigarrillo (Hammond, Wakefield, Durkin, & Brennan, 2012), sal (Food and Health Alliance, 2010), práctica de ejercicios (Finlay & Faulkner, 2005) los cuales son reportados por algunos países como Estados Unidos, Australia, Finlandia, España.

Otro hecho destacable para la inclusión de un marco teórico en las campañas, se evidenció en un estudio dedicado a atender los cambios de comportamiento, en donde el modelo de creencias en salud mediante su concepto de percepción a desarrollar o adquirir la enfermedad, tuvo como resultados que los cuidados dedicados a evitar una enfermedad se

realicen con un mejor cumplimiento en cuanto a la prescripción médica y la continuidad de las revisiones médicas (Becker et al., 1977).

Sin embargo es necesario evidenciar que existen factores limitantes en su accionar como es la importancia de encontrarse involucradas en un programa integral (WHO, 2011a), en donde la campaña es uno de los motores motivadores al cambio de comportamiento, proveyendo de la información necesaria y adecuada. McAlister (1991) destaca que una combinación entre campaña y acciones con la comunidad pueden tener un mayor impacto, aun mejor si se considera una teoría de cambio de comportamiento como la base estructural de la misma, ya que proveería de una interacción de estrategias capaces de promover una mejor reacción y comprensión del mensaje desde la población.

CAPITULO 3- ARTÍCULO

Título del estudio: El éxito de las campañas enfocadas en las enfermedades crónicas no transmisibles se diluye del escritorio a la realidad.

Resumen

Antecedente: Las campañas de comunicación son estrategias de comunicación para informar y motivar al cambio de comportamiento en la población, por tanto la inclusión de los modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en su desarrollo es altamente recomendado. *Objetivo:* Examinar la inclusión de los modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en las campañas de comunicación diseñadas para la prevención de los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), realizadas en medios masivos en el Ecuador en los años 2000 al 2014. *Métodos:* Fueron incluidas campañas dirigidas a población > 18 años, elaboradas por instituciones con orientación de trabajo hacia una lógica pública. La colecta de datos incluyó entrevistas a profundidad a informantes claves identificados a través de la metodología bola de nieve; así como materiales y documentos de campaña reportados e identificados por los informantes. Los modelos teóricos estudiados dentro de la perspectiva ecológica de la salud incluyeron: la teoría de etapas del cambio; creencias en salud, procesamiento de la información por el consumidor; la teoría del aprendizaje social; acción razonada; organización comunitaria; difusión de innovaciones; y comunicación persuasiva. Las características principales de estos modelos fueron utilizadas como variables de estudio. En el análisis, se aplicó una revisión documental a materiales y documentos; la información obtenida a través de cada fuente fue cotejada con cada variable, posteriormente se aplicó un proceso de triangulación. *Resultados:* La muestra final incluyó tres campañas, elaboradas e implementadas por instituciones gubernamentales a partir del año 2010, su diseño estuvo a cargo de agencias de publicidad. Las teorías más utilizadas fueron el modelo de procesamiento de la información por el consumidor, y el de comunicación persuasiva; sin embargo existió discrepancia entre lo reportado por los informantes claves y lo observado en los materiales y documentos de campaña. *Conclusiones:* Las campañas incluyeron teorías, sin embargo, sus alcances como estrategia para promover cambios de comportamientos entre la población se vio limitado por lo planificado frente a lo implementado. Se recomienda capacitar en el conocimiento de estas teorías a quienes diseñan, elaboran e implementan las mismas.

Palabras clave: campañas, comunicación, teorías de comportamiento, enfermedades crónicas no transmisibles.

Study title:

Successful campaigns focused on chronic noncommunicable diseases desktop diluted to reality.

Abstract

Background: The communication campaigns are communication strategies to inform and motivate behavioral change in the population, so the inclusion of theoretical models aimed at behavioral changes in their development is highly recommended. *Objective:* To examine the inclusion of theoretical models aimed at behavior change communication campaigns designed to prevent risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs), made in mass media in Ecuador in 2000 to 2014. *Methods:* We included campaigns aimed at population > 18 years with guidance developed by institutions working towards a public logic. Data collection included in-depth interviews with key informants identified through ball snow methodology; as well as campaign materials and documents reported and identified by informants. Theoretical models studied within the ecological health perspective included: the theory of stages of change; health beliefs, information processing by the consumer; social learning theory; reasoned action; community organization; diffusion of innovations; and persuasive communication. The main features of these models were used as study variables. In the analysis, a document review materials and documents applied; the information obtained from each source was collated with each variable, then a triangulation process was applied. *Results:* The final sample included three campaigns, developed and implemented by government institutions since 2010, its design was in charge of advertising agencies. The theories most used were the model of information processing by the consumer, and persuasive communication; however there was a discrepancy between reported by key informants and observed in materials and campaign documents. *Conclusions:* The campaigns included theories, however, its scope as a strategy to promote behavioral change among the population was limited by planned against it implemented. To train in the knowledge of these theories to design, elaborate and implement them.

Keywords: campaigns, communication, behavioral theories, chronic noncommunicable diseases.

Introducción

Las campañas de comunicación se incrementan año a año¹ abordando temas de salud², con el objetivo de promover y motivar al cambio de comportamiento en su público objetivo³, por esta razón se han realizado varios estudios que cuentan con recomendaciones para garantizar que las campañas logren su finalidad. Una de las recomendaciones indica que los mensajes deben fundamentarse en un modelo teórico⁴⁻⁵⁻⁶, debido a que faculta a que el mensaje sea comprensible, capaz de llegar a la población, además estimula la búsqueda de información y permite el cambio de comportamiento⁴ pero aun cuando varias campañas a nivel internacional están aplicando este principio, hay otras que no toman en consideración esta recomendación.⁷ De esta manera se presenta la necesidad investigativa de identificar el proceso de elaboración que se ha llevado a cabo con las campañas⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹, a fin de contar con información que las fortalezca⁶ y permita tomar decisiones basados en la evidencia.

Las campañas de comunicación orientadas al cambio de comportamiento involucran mayoritariamente teorías que se encuentran enmarcadas en la perspectiva ecológica de la salud⁶⁻¹⁰ debido a que sus postulados se encajan dentro de una visión que trasciende el ámbito individual al vincularle con su entorno ambiental y social⁶⁻¹¹ aspecto que caracteriza a los comportamientos, aún más si se enfocan en factores de riesgo comportamentales relacionados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles que tienen un origen tanto en el individuo como en su entorno determinante. Entre las teorías incluidas en esta perspectiva se encuentran las Etapas del cambio¹²⁻¹³, Modelo de creencias en salud¹²⁻¹⁴, Modelo de procesamiento de la información por el consumidor¹⁴, Teoría del aprendizaje social¹²⁻¹⁴,

Teoría de acción razonada¹⁴, Organización comunitaria¹⁴, Teoría de la difusión de innovaciones¹⁴, Comunicación persuasiva¹⁵.

Las campañas de comunicación abordan varios temas de salud, mas en el caso particular de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se las ha llegado a considerar como una de las “mejores prácticas”, estrategias, para salvar vidas, prevenir enfermedades y evitar costos, ya que son rentables y asequibles a un amplio público¹⁶. Además se considera su capacidad de enfocarse en los factores de riesgo que atañen a las ECNT⁸⁻¹⁶ y que se encuentran en el ámbito de comportamientos a ser modificados. En lo que respecta al abordaje temático de diabetes y enfermedades cardiovasculares se cuenta con exitosas experiencias de cambios de comportamiento desde un abordaje de sus factores de riesgo.

Entre ellos se encuentra la revisión sistemática de campañas para promover la actividad física elaborada por Leavy, Bull, Rosenberg, Bauman⁵ en donde se concluye que al utilizar los modelos teóricos, en particular el modelo de creencias en salud, considerando un orden en el que primero se confirmaron las actitudes y creencias del público objetivo y finalmente se dio el mensaje de cambio de comportamiento a favor de la actividad física, se logró un mayor recordatorio del mensaje, y generó mayor conciencia para realizar actividad física, en especial para las mujeres. En el estudio realizado por Maddock, Silbanuz & Reger –Nash¹⁷ para atender la nutrición y la actividad física en la elaboración de los mensajes de campaña realizaron encuestas basados en las variables del modelo de creencias en salud, en sus conclusiones evidenciaron que la motivación y el apoyo de un familiar, así como que estos también realicen los cambios sugeridos, es fundamental para alcanzar el cambio de

comportamiento, es decir requerían abordar en sus mensajes variables teóricas de las teorías del aprendizaje social y de acción razonada.

El Ecuador cuenta con políticas públicas que facultan la atención de los factores de riesgo de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, considerando entre algunas de sus acciones las que se relacionan con el área de comunicación. Sin embargo estas enfermedades se encuentran entre las primeras causas de mortalidad¹⁸, y de acuerdo al informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 -2013 la población tiene comportamientos que potencialmente podrían afectar su salud y pueden transformarse en factores de riesgo para desarrollar alguna de las ECNT¹⁹. De esta manera a fin de atender una necesidad de estudio en cuanto al proceso llevado a cabo con las campañas respecto a la recomendación anteriormente indicada, el estudio tiene por objetivo examinar la inclusión de los modelos teóricos orientados a cambios de comportamiento en las campañas de comunicación diseñadas para la prevención de los factores de riesgo de las ECNT, en particular diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Metodología

Tipo de estudio, lugar y materiales.

Es un estudio de tipo descriptivo, realizado a través de métodos cualitativos. En el estudio se consideraron las campañas de comunicación realizadas en Ecuador durante los años 2000 al 2014, orientadas a las principales ECNT, específicamente enfermedades cardiovasculares y diabetes, cuyos contenidos temáticos hacían referencia a los siguientes factores de riesgo: consumo de tabaco, falta de ejercicio físico, consumo excesivo de alcohol, alto consumo de

sal, grasas saturas y trans, consumo inadecuado de frutas y verduras, y azúcares. Se incluyeron campañas realizadas a través de los medios de comunicación masiva televisión, radio y prensa, para este último también se consideraron los materiales impresos utilizados en la campaña. Los medios virtuales no fueron incluidos por ser muy dispersos, lo cual dificulta su análisis.

Las campañas debían estar dirigidas a personas adultas mayores a 18 años de edad, y haber sido ejecutadas a nivel nacional, es decir tener una cobertura territorial en al menos 16 de las 24 provincias en las cuales se divide políticamente el país. Adicionalmente las campañas tenían que haber sido desarrolladas por instituciones u organizaciones nacionales e internacionales con una orientación de trabajo hacia una lógica pública. La muestra inicial estuvo compuesta por nueve campañas; se excluyeron aquellas que a pesar de incluir aspectos relacionados a una alimentación inadecuada su contenido no se relacionaba con las ECNT. De igual manera no se incluyeron campañas que a pesar de enfocarse en los factores de riesgo no cumplían con la cobertura mínima geográfica definida como criterio de inclusión, ni aquellas que no contaban con materiales desarrollados. La muestra final estuvo compuesta por tres campañas (ver figura 1).

Procedimiento de colecta de información.

La información fue colectada a través de: 1) Revisión documental de los materiales de campaña, así como de los documentos de diseño de las mismas; 2) Aplicación de entrevistas semi-estructuradas. En los dos casos la colecta de datos fue posible a través de un proceso inicial de identificación de informantes claves.

Los informantes claves fueron actores que participaron del proceso de diseño, elaboración o implementación de las campañas y que al momento del estudio se encontraban laborando en las instituciones u organizaciones en donde se desarrollaron las campañas. Aquellas personas que fueron parte de la elaboración de la campaña, pero que ya no tenían vínculo laboral institucional, fueron contactadas pero se negaron a participar. Todos los posibles informantes fueron contactados a través de la metodología de bola de nieve. En el proceso de identificación de actores claves se identificó personas cuyo trabajo estaba relacionado con la temática de estudio, pero que no estaban vinculadas con el desarrollo de las campañas; estas personas refirieron a su vez a otras, quienes si fueron parte del proceso de realización de las campañas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) fue la primera institución contactada. El tema de entrada para identificar los actores claves fueron las enfermedades crónicas no transmisibles como primera opción; y los factores de riesgo de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares como segunda opción. Producto de este proceso se identificaron otras instituciones gubernamentales cuyo trabajo estaba relacionado con alguno de los factores de riesgo a estudiarse, por ejemplo el Ministerio del Deporte y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Algunos de los actores identificados refirieron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En un primer acercamiento a los actores identificados se les explicó acerca del estudio, se respondieron sus dudas, y se les solicitó los materiales de las campañas realizadas, así como el documento de diseño de las mismas. Además se solicitó participar en una entrevista bajo parámetros de confidencialidad personal e institucional, a ser aplicada en un momento posterior.

Para la revisión documental, los materiales de campaña fueron solicitados a los informantes claves que participaron de la entrevista, con el material obtenido se procedió a clasificarlo por campaña y medio de comunicación con la finalidad de realizar un procedimiento organizado en el momento del análisis. El total de materiales obtenidos fue de diecinueve. Los documentos de diseño de campaña en su mayoría fueron resúmenes técnicos, la información de los mismos incluía entre otros aspectos los siguientes: objetivos, grupo meta, justificación, duración de la campaña, antecedentes de sustento, mensajes claves, y medios sugeridos de divulgación.

Para la aplicación de las entrevistas se utilizó una guía de preguntas previamente elaborada, en base a las variables de los modelos teóricos y de las variables de caracterización de las campañas, mismas que se encuentran detalladas a continuación y que además se encuentran fundamentadas en una revisión de la literatura de estudios semejantes⁷⁻¹⁷. Las entrevistas en su gran mayoría fueron realizadas en el lugar de trabajo de las personas. Previo a la aplicación de la entrevista se solicitó consentimiento verbal. El total de actores claves contactados fue de catorce, a cinco de los cuales finalmente se les aplicó la entrevista.

El consentimiento ético para la realización del estudio fue otorgado por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ).

Con la finalidad de alcanzar el objetivo de estudio se realizaron dos procedimientos consecutivos organizados en bloques investigativos: en el primero se ubicaron y caracterizaron las campañas enfocadas en el tema de estudio; en el segundo se identificaron los principales modelos teóricos dirigidos a cambios de comportamiento que fueron utilizados en las campañas y de acuerdo a los factores de riesgo.

Variables de estudio.

Las variables de estudio se organizaron en concordancia con los bloques descritos para alcanzar el objetivo del estudio:

1. Variables que dan cuenta de la caracterización de las campañas, en este bloque se incluyeron las siguientes variables: nombre, mensaje principal y objetivo de cada campaña; fecha, tiempo, justificación y lugar de implementación; medio de comunicación utilizado con las siguientes categorías: radio, prensa (incluye impresos) y televisión; formato de los materiales categorizada como: spot, cuña, afiche, y separador; entidad que desarrolló e implementó la campaña categorizada como: instituciones gubernamentales, organismos internacionales y ONGs; población objetivo, categorizada como adultos y adultos mayores; número de materiales elaborados.

2. Variables referentes a las teorías de cambios de comportamiento, estas se obtuvieron a partir de la revisión de la literatura sobre las teorías que se encontraban bajo la perspectiva ecológica de la salud⁶⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁴⁻²⁰ y que estaban vinculadas con el estudio. De este conjunto de teorías se distinguió para cada una de ellas sus principales características, mismas que fueron usadas en el estudio como variables (ver tabla 1).

Además de las variables referentes a los factores de riesgo con las siguientes categorías: tabaco, alcohol, actividad física, dieta baja en sal, dieta baja en consumo de azúcares, consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra, dieta baja en grasas (saturadas y trans).

Otras variables incluyeron aquellas de identificación del informante clave: cargo, espacio de trabajo con las siguientes categorías: departamento de comunicación, departamento de marketing o afines; experiencia de trabajo del informante categorizada como: sector salud, y

realizó campañas de comunicación en el sector salud; su participación en la campaña se categorizó como: participó en el desarrollo de la campaña, y formó parte del equipo de diseño de la campaña.

Análisis

La información obtenida se ingresó y organizó en matrices elaboradas en el programa Excel; se aplicó un análisis inductivo. A continuación se mencionan los pasos seguidos en función de cada uno de los bloques de estudio.

Para el primer bloque, relacionado con la caracterización de las campañas, los datos obtenidos por cada fuente de colecta se ingresaron de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio. Las entrevistas semi-estructuradas fueron transcritas, en el caso de contar con dos informantes claves respecto a una misma campaña se procedió a cotejar su registro y condensarlos en un único dato, manteniendo aquellos que eran disímiles, como información complementaria. La información de cada fuente fue sintetizada y sistematizada en tablas en el mismo programa Excel para su posterior análisis combinado a través de la triangulación. En este proceso se compararon los resultados presentados en cada tabla, registrándose la información que era similar, en tanto que la información que no tenía semejanza fue utilizada como complementaria. Los resultados se consolidaron en un único documento de Word.

Para alcanzar el segundo bloque investigativo, relacionado a la identificación de las variables de las teorías y la teoría (s) de cambios de comportamiento mayormente utilizadas en las campañas; la información de los mensajes gráfico y textual de los materiales se ingresó y organizó en una nueva matriz. Entendiéndose por gráfico a la imagen que se utilizaba en el

material, y textual al escrito que se incluía en la misma. Los mensajes se vincularon con las variables que corresponden a las teorías de cambios de comportamiento a través de los siguientes pasos:

1) A fin de determinar las variables de las teorías más usadas por campaña, inicialmente se revisaron los materiales de cada campaña, de esta manera, se dio lectura a cada mensaje textual, se observó las imágenes empleadas en estos y se revisó los materiales audiovisuales disponibles. La correspondencia observada entre los mensajes con cada una de las variables de las teorías constituyó un registro. Posteriormente se contabilizaron los registros obtenidos por campaña obteniéndose un número entero, equivalente al 100% del total de correspondencias observadas. Seguidamente se calculó la proporcionalidad de las coincidencias por campaña. Seguidamente, en esta misma matriz se ingresó la información proveniente de los mensajes de los documentos de campaña, así como aquella proveniente de las entrevistas. En el primer caso, se realizó el mismo procedimiento descrito que para los mensajes gráficos, en tanto que la información transcrita de las entrevistas semiestructuradas se vinculó directamente con las variables de las teorías. De manera similar a lo realizado en el bloque anterior, la información organizada para cada fuente de colecta, se sintetizó en tablas para el análisis combinado.

2) Para establecer la teoría más usada en cada campaña se procedió a contabilizar las relaciones observadas entre las variables que integraban las distintas teorías, y los mensajes de campaña. Posteriormente, y de manera similar al procedimiento anterior, se obtuvo la proporcionalidad de estas relaciones por teoría.

Finalmente para identificar las teorías mayormente usadas para cada uno de los factores de riesgo, la información correspondiente se ingresó y organizó en columnas añadidas a la matriz de trabajo del objetivo dos. De esta manera se procedió a vincular cada mensaje de campaña con cada uno de los factores de riesgo, identificando esta relación como un registro; en algunos casos existió más de un registro por factor de riesgo. Seguidamente el dato obtenido de la relación campaña- factor de riesgo se relacionó con cada una de las variables de las teorías. Debido a que las campañas enfocaban a más de un factor de riesgo, una misma campaña podía tener un doble y hasta un cuádruple registro. Posteriormente se contabilizaron los datos obtenidos para el mismo factor de riesgo, y se procedió a realizar una proporcionalidad comparativa. La información transcrita de las entrevistas semiestructuradas y documentos de campaña se ingresó y organizó en la matriz de igual manera a lo realizado en los bloques anteriores.

En cada uno de los bloques investigativos, el procedimiento de triangulación fue similar a aquel aplicado en el primero.

Las tablas con la información organizada y sistematizada por bloque investigativo y fuente de información se presentan en los anexos 7 al 18 de este documento.

Resultados

Los resultados se presentan en función de cada bloque investigativo para alcanzar el objetivo de estudio.

1.- Características de las campañas.

No se encontraron campañas en años anteriores al 2010, a pesar de que el estudio consideró como fechas desde el 2000 al 2014. Las campañas presentaron un tiempo de implementación de tres a cuatro meses; su desarrollo respondió a una necesidad institucional que se enmarca en el establecimiento de nuevas leyes estatales. Las Instituciones Gubernamentales fueron quienes desarrollaron e implementaron las campañas, en tanto que las agencias de publicidad se encargaron de elaborar y diseñar las mismas, sin embargo esto no aplicó para “Agita tu mundo” en donde los dos procesos estuvieron a cargo de la Institución gubernamental. Esto debido a que la campaña tenía como público alvo a todos los funcionarios a nivel nacional que formaban parte de su institución, de esta forma su implementación hizo uso de los recursos humanos con los cuales contaba la misma. Para todas las campañas el público objetivo se centró en los adultos. En la tabla 2 “Etiquetado” fue la única de las campañas que se focalizó en las ECNT, sin embargo al considerar los factores de riesgo, todas las campañas involucraron a los mismos. Los mensajes de las campañas tuvieron concordancia con los objetivos planteados. Un dato de interés fue que los mensajes de los materiales de la campaña a pesar de no encontrarse en similar redacción que lo expresado en el documento de campaña, mantuvieron el enfoque de los mensajes planteados.

2.- Teorías de cambios de comportamiento más utilizadas en las campañas.

Primeramente se reporta los resultados de las principales características teóricas usadas por campaña; y finalmente se presentan las teorías que fueron más vinculadas a cada campaña. De manera general se observó discrepancia entre las características de las teorías estudiadas

de acuerdo a lo reportado por los informantes claves y la revisión documental de las campañas.

El Modelo de Creencias en Salud de acuerdo a los informantes claves fue usado en las tres campañas. Las tres características, de esta teoría, comunes a las campañas fueron: “Proveer de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad”, “Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad”, y “la inclusión en el mensaje de aspectos como edad, sexo, etnia, personalidad, clase social influyen en las percepciones y creencias”. Mediante la triangulación las dos primeras características anteriormente nombradas se ratificaron, mediante dos fuentes de información, para la campaña “Etiquetado”.

El Modelo de Procesamiento de la Información por el Consumidor de acuerdo a lo reportado por el informante clave fue utilizado por las tres campañas, lo cual se ratifica mediante todas las fuentes de información para la campaña “Etiquetado” y por dos fuentes de información para las campañas “Ecuador libre de humo de tabaco” y “Agita tu mundo”. La Teoría del Aprendizaje Social fue considerada para todas las campañas de acuerdo al informante clave, sin embargo solo la característica “Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica” es común en las tres campañas y además es ratificada por dos fuentes de información para las campañas de “Etiquetado” y “Agita tu mundo” (ver tabla 3). La Teoría de Acción Razonada no fue considerada para la campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”. En la visión de los informantes claves esta teoría fue muy utilizada por las dos campañas restantes. Aspecto similar se observó con la Teoría de Organización

Comunitaria. En cuanto a la Teoría de la Difusión de Innovaciones fue utilizada en las tres campañas. La característica “La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias” fue común en todas las campañas mediante las tres fuentes de información para “Ecuador libre de humo de tabaco” y “Etiquetado”, y solo dos fuentes para “Agita tu mundo”; en tanto la característica “La campaña tiene mensajes que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza” únicamente coincidió con dos fuentes de información para la campaña “Etiquetado”. La Teoría de Comunicación Persuasiva de acuerdo a los informantes claves se utilizó ampliamente por las campañas. Tres de sus características coincidieron en las tres campañas “La campaña se centra en los elementos que fortalecen al mensaje como la credibilidad a la fuente o el comunicador que emite el mensaje” “Logra enfocarse en el objetivo del mensaje” y “Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo”. Esta última característica fue ratificada por dos fuentes de información para todas las campañas, en tanto la característica “Logra enfocarse en el objetivo del mensaje” se ratificó para la campaña “Etiquetado” por tres fuentes de información.

De esta manera, entre las principales características teóricas utilizadas por campaña, se identificó que las siguientes no fueron consideradas en ninguna de ellas: “Da a conocer el problema de salud” que corresponde a la Teoría Etapas del cambio; “El mensaje permite identificar hasta donde se puede actuar” de la Teoría de Organización Comunitaria; “La formulación del mensaje considera la fuente de información” de la Teoría de Comunicación Persuasiva; y “La información insta al uso del miedo para alcanzar cambios de comportamiento” de la Teoría de Comunicación Persuasiva. Las características consideradas

en todas las campañas fueron “La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil” del Modelo de Procesamiento de la Información por el Consumidor; “La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias” de la campaña Teoría de la Difusión de Innovaciones; “Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo” que corresponde a la Teoría de Comunicación Persuasiva.

Para todas las campañas se observó el uso de la característica teórica “La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias” y “Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo”. La primera característica fue ratificada por todas las fuentes de información, en tanto que la última solo dos de las tres fuentes la ratificaron. En el caso de la campaña “Etiquetado” se ratifica el uso de la característica “La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil” por las tres fuentes de información, mientras que para la campaña “Ecuador libre de humo” y “Agita tu mundo” solo se ratificó con dos fuentes de información.

En el caso particular de “Etiquetado” se reportó por tres fuentes de información el apego a la característica “Logra enfocarse en el objetivo del mensaje”; en tanto que se ratificó mediante dos fuentes de información el uso de las siguientes características “Proveer de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad”, “Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad”, “La campaña tiene mensajes que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza”. La campaña “Agita tu mundo”

consideró las características “Logra enfocarse en el objetivo del mensaje” y “Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica” por dos fuentes de información.

Entre los principales modelos teóricos considerados en las campañas se identificó que las siguientes teorías no fueron mencionadas en todas las campañas: Teoría de Etapas del Cambio, Modelo de procesamiento de la Información por el consumidor, Teoría de acción razonada, Organización comunitaria. En tanto que la Teoría de Comunicación Persuasiva fue la más utilizada según la triangulación para “Etiquetado” por las tres fuentes de información, lo cual se presentó de forma similar para dos fuentes de información en cuanto a la campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”. Para el caso de “Ecuador libre de humo de tabaco” además se ratifica por dos fuentes de información el uso de la “Teoría de Aprendizaje Social” y la “Teoría de difusión de innovaciones”. En cuanto a “Agita tu mundo” en particular, existen contrastes en toda la información, ya que sus fuentes de información no coincidieron, de esta manera se reporta el uso del Modelo de Creencias en Salud, Teoría de Aprendizaje Social y de Comunicación Persuasiva para esta campaña.

Finalmente se observó a través de la triangulación que para los factores de riesgo: tabaco, dieta baja en sal, dieta baja en consumo de azúcares, dieta baja en grasas (saturadas y trans) consideraron ampliamente la Comunicación Persuasiva. Adicionalmente tabaco incluyó la “Teoría del Aprendizaje Social”. Para el caso de actividad física, y consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra las teorías más usadas fueron “Modelo de Creencias en Salud”, “Teoría del Aprendizaje Social” y “Comunicación Persuasiva”, sin embargo en este caso no se

pudo aplicar triangulación, debido a que las fuentes no coincidieron. Alcohol no registra nada porque no fue considerado en las campañas como un comportamiento ligado a las ECNT.

Discusión

Es destacable encontrar similitud entre las campañas analizadas y lo reportado por estudios realizados a nivel internacional, en los cuales se indica que cada vez las campañas incluyen más los modelos teóricos, en la realización de las mismas⁷⁻²¹ orientando así a la población a los cambios de comportamiento⁷. Sin embargo lo cuestionable en las campañas analizadas es que de acuerdo a los informantes claves estas son pensadas bajo varias consideraciones teóricas, pero finalmente no logran consolidarse en el material que llega a la población objetivo.

La diferencia mencionada tiene varias explicaciones. Una de ellas es que quienes se encargan de concretar el producto final pertenecen a una agencia de publicidad, quienes sin el carácter de ser técnicos en el área y tal vez sin contar con la explicación amplia, de parte de los encargados de desarrollar la propuesta de la campaña respecto de la meta que se espera, realizan un producto sin todos las consideraciones teóricas. Por otro lado, las campañas al responder a asuntos institucionales, coyunturales, y tener un tiempo corto de implementación, tres o cuatro meses, dejan de lado la consideración de una estrategia enfocada a una meta en el mediano y largo plazo, lo cual es estratégico dentro de un proceso de cambio de comportamiento²². Es cuestionable que las campañas respondan a necesidades institucionales y no a situaciones epidemiológicas evidenciadas, hecho que puede notarse al encontrar apenas tres campañas de comunicación en un periodo del 2000 al 2014. Tomando

en cuenta que desde el 2000 se cuenta con políticas públicas direccionadas a atender este perfil epidemiológico de las ECNT, las cuales comprenden la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, mediante sus factores de riesgo²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷. A pesar de esta situación, los mensajes presentados en los materiales de campaña finalmente encontraron acuerdo con los objetivos propuestos para la misma, sin embargo hay que considerar que esos objetivos se mantienen en el cumplimiento de un asunto coyuntural.

Además otro aspecto destacable son los resultados obtenidos por las campañas a partir de la consideración de las combinaciones teóricas, mismas que se encuentran enmarcadas en una perspectiva ecológica¹⁴. De esta manera, la campaña “Agita tu mundo” al utilizar las teorías “Modelo de creencias en salud”, “Teoría del Aprendizaje Social” y “Comunicación persuasiva” podría considerarse como una campaña que atendió los diferentes aspectos en donde se desarrollan los comportamientos de los sujetos: a nivel individual, interpersonal y comunitario. Sin embargo es cuestionable esta distinción de teorías debido a que las fuentes de información no coincidieron en el reporte de las mismas. En tanto que para el caso de la campaña “Ecuador libre de humo de tabaco” se logró identificar una combinación de variables enfocadas en un ámbito comunitario e interpersonal, mediante las teorías de “Comunicación Persuasiva” y la “Teorías del Aprendizaje Social” destacando así que sus mensajes no se ajusten únicamente al diseño estructural del mismo, sino que preste importancia al entorno de su público objetivo¹²⁻¹⁴, evitando así tener una campaña fallida⁷. Los modelos teóricos vinculados a los factores de riesgo presentaron ausencia de combinación de teorías para el caso de consumo de dieta baja en sal, azúcar y grasas, los cuales se enfocaron únicamente a nivel de la teoría de “Comunicación Persuasiva”, por lo

que podrían verse limitados en atender otros aspectos involucrados en el desarrollo de los comportamientos en las personas.

La utilización de una gran variedad de canales de información, se considera como un accionar eficaz para que el mensaje pueda promover el impacto deseado de la campaña⁷ aspecto que se cumple con concordancia en las campañas que se están realizando para atender las enfermedades cardiovasculares y de diabetes.

Limitaciones y fortalezas

Algunas limitaciones con las cuales se encontró al momento de obtener la información se relacionaron con la carencia de un archivo de los productos elaborados y la rotación del personal que se lleva con ellos esa memoria de lo emprendido, de lo funcional y disfuncional. Esto implicó en tener una información limitada en la triangulación de la información, pudiendo omitir algún aspecto teórico que pudo involucrarse en la campaña, además de contar con consideraciones de valor para ser incluidas en las recomendaciones al momento de elaborar las campañas.

No fue posible a través del estudio conocer si las consideraciones que se encontraron desde los actores claves respecto de la inclusión de las características de las teorías de cambios de comportamiento en las campañas, responde a su conocimiento de las teorías y su importancia en el diseño de las campañas o simplemente atiende a otras necesidades. Próximos estudios deben profundizar en este aspecto a fin de poder encontrar posibles vacíos que guíen procesos de capacitación y orientación al respecto, lo cual aportaría a cumplir la meta de cambios de comportamiento.

Conclusiones

Las campañas incluyeron teorías, sin embargo, sus alcances como estrategia para promover cambios de comportamientos entre la población se vio limitado por lo planificado frente a lo diseñado para su implementación.

La combinación de las teorías que pertenecen a la perspectiva ecológica bajo sus tres niveles de modelos: individual, interpersonal y comunitario, permiten tener campañas que trabajen de manera más cercana con los aspectos que promueven los comportamientos de la población.

Las campañas de comunicación al tener un tiempo de implementación tan corto, de tres a cuatro meses de duración, no pueden presentar como objetivo cambios de comportamientos, ya que estos implican desarrollar y ejecutar una estrategia de larga duración, pensada esta en años. Inclusive este corto tiempo limita la capacidad de medir cambios de comportamiento sostenidos.

Recomendaciones

Considerando que las campañas son un elemento más dentro de una estrategia de cambios de comportamiento, se requiere una intervención adicional que mantenga lo alcanzado con las campañas, hay que recordar que la meta es el cambio de comportamiento y eso implica aunar acciones.

Se recomienda capacitar en el conocimiento de estas teorías a quienes diseñan, elaboran e implementan las mismas

Recomiendo continuar estudiando los otros ámbitos que promueven los cambios de comportamiento ya que la campaña es uno de tantos, que requiere encontrar unión con otras estrategias que sean parte de un ámbito comunicacional y educativo.

Referencias

- ¹ Randolph W, Viswanath, K. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annu Rev Public Health* [Internet] 2004 Abril [citado 2015 Febrero 5];25:419-37. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/235218193/fulltextPDF/E8FEFC175258468FPQ/1?accountid=36555>
- ²Hutchinson P, Wheeler J. The cost-effectiveness of health communication programs: what do we know?. *J Health Commun* [Internet] 2006 Octubre [citado 2016 Febrero 16]; 11 Suppl 2: 7-45. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=218fe3f6-2d7c-4df0-bb3e-3183e595a134%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4107> DOI:10.1080/10810730600973862
- ³Raab M, Rocha J. Campaigns to End Violence against Women and Girls [Internet]. Organización de las Naciones Unidas Mujeres; 2011 diciembre -[citado 2014 Julio 1]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1342724232.pdf>
- ⁴Mosquera M. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias [Internet]. Colombia: The Communication Initiative Network; 2002 diciembre 12 [citado 2015 Diciembre 16]. Disponible en: <http://www.comminit.com/node/150400>
- ⁵Leavy J, Bull F, Rosenberg M, Bauman A. Physical activity mass media campaigns and their evaluation: a systematic review of the literature 2003–2010. *Health Educ. Res.* [Internet]. 2011 Julio 7 [citado 2015 Enero 19]; 26 (6):1060-1085. Disponible en: <http://her.oxfordjournals.org/content/26/6/1060.long#ref-33>

⁶Snyder LB. Health communication campaigns and their impact on behavior. J Nutr Educ Behav. [Internet]. 2007 Marzo/Abril . [citado 2014 Enero 30]; 39 Suppl 2:S32-40. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499404606006543>

⁷Noar, SM. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here?. J Health Commun. [Internet].2006. [citado 2014 Agosto 14];11(1):21-42. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf5d4515-9800-4f96-a63f-bb673efa0859%40sessionmgr113&vid=1&hid=105> DOI: 10.1080/10810730500461059

⁸WHO: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. [citado 2014 Agosto 21]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

⁹WHO: 2008 -2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [citado 2014 Agosto 13]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

¹⁰Bauman A, Chau J. The role of media in promoting physical activity. J Phys Act Health. [Internet]. 2009 Noviembre [citado 2015 Enero 20];6 Suppl 2:196-210. Disponible en: <http://fitnessforlife.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/17561.pdf>

¹¹McLeroy K, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. Health Educ Behav. [Internet]. 1988 Diciembre [citado 2014 Diciembre 3]; 15(4):

351-377. Disponible en:
https://www.academia.edu/170661/An_Ecological_Perspective_on_Health_Promotion_Programs

¹²Ríos, I. Perspectivas de la comunicación: Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. [Internet]. Temuco (Chile): Universidad de la Frontera; 2011 Abril. [citado 2014 Febrero 13]; 4(1): 123-140. Disponible en:
<http://publicacionescienciasociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/viewFile/111/94>

¹³Organización Mundial de la Salud, editor. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo 2011. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud; 2011 Octubre 19 – 21; Rio de Janeiro, Brasil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

¹⁴OPS: Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001 Abril. [citado 2014 Febrero 13]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>

¹⁵Basanta G, Romero R. Lineamientos teóricos de la comunicación persuasiva y su relación en la mediación de conflictos organizacionales en universidades nacionales experimentales del estado Zulia. Revista de Ciencias Sociales. [Internet]. 2010 Enero - Marzo. [citado 2014

Diciembre 6];16(1): 28-38. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182010000100004&script=sci_arttext

¹⁶WHO: Global Status Report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. [citado 2014 Junio 30]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

¹⁷ Maddock JE, Silbanuz A, Reger –Nash B. Formative research to develop a mass media campaign to increase physical activity and nutrition in a multiethnic state. J Health Commun. [Internet]. 2008 Abril-Mayo [citado 2015 Enero 19]; 13(3):208-215. doi: 10.1080/10810730701807225

¹⁸Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (EC). Registro de defunciones 2011 [Internet]. [Sin lugar]: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2011. [citado 2014 Febrero 13]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/Presentacion_Defunciones.pdf

¹⁹ Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: Freire WB, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva MK., Romero N, Sáenz K, Piñeiros P, Gómez LF, Monge R. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador (EC); 2013 Resumen Ejecutivo Tomo I.

²⁰CDC: CDC's healthy communities program [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [sin fecha]. CDC Building Our Understanding: Key Concepts of Evaluation. Applying Theory in the Evaluation of Communication Campaigns; 2014 noviembre 4 [citado 2014 Agosto 14]. Disponible en:

www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/apply_theory.pdf

²¹Reger-Nash B1, Bauman A, Booth-Butterfield S, Cooper L, Smith H, Chey T, Simon KJ.

Wheeling walks: evaluation of a media-based community intervention. *Fam Community Health*. [Internet]. 2005 Enero –Marzo [citado 2015 Enero 19]; 28(1):64-78. Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp->

3.18.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=DLMAFPAPODDDECGPNCJKACDCIFGHAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.64.65%257c0%257c00003727-

200501000-

00009%26S%3dDLMAFPAPODDDECGPNCJKACDCIFGHAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNDCACGPOD00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00

003727%2f00003727-200501000-

00009.pdf&filename=Wheeling+Walks%3a+Evaluation+of+a+Media-

Based+Community+Intervention.&pdf_key=FPDDNDCACGPOD00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv023/00003727/00003727-200501000-00009

²²Snyder L, Hamilton M, Mitchell E, Kiwanuka-Tondo J, Fleming- Milici F, Proctor D. Meta-

analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *J Health Commun*. [Internet]. 2004 [citado 2014 Agosto 14]; 9 Suppl 1:71-

96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730490271548>

²³MSP: Estudio de caso: la determinación social de la salud y las ECNT. La epidemia de tabaquismo y el efecto de las medidas de control. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2014. [ppt.].

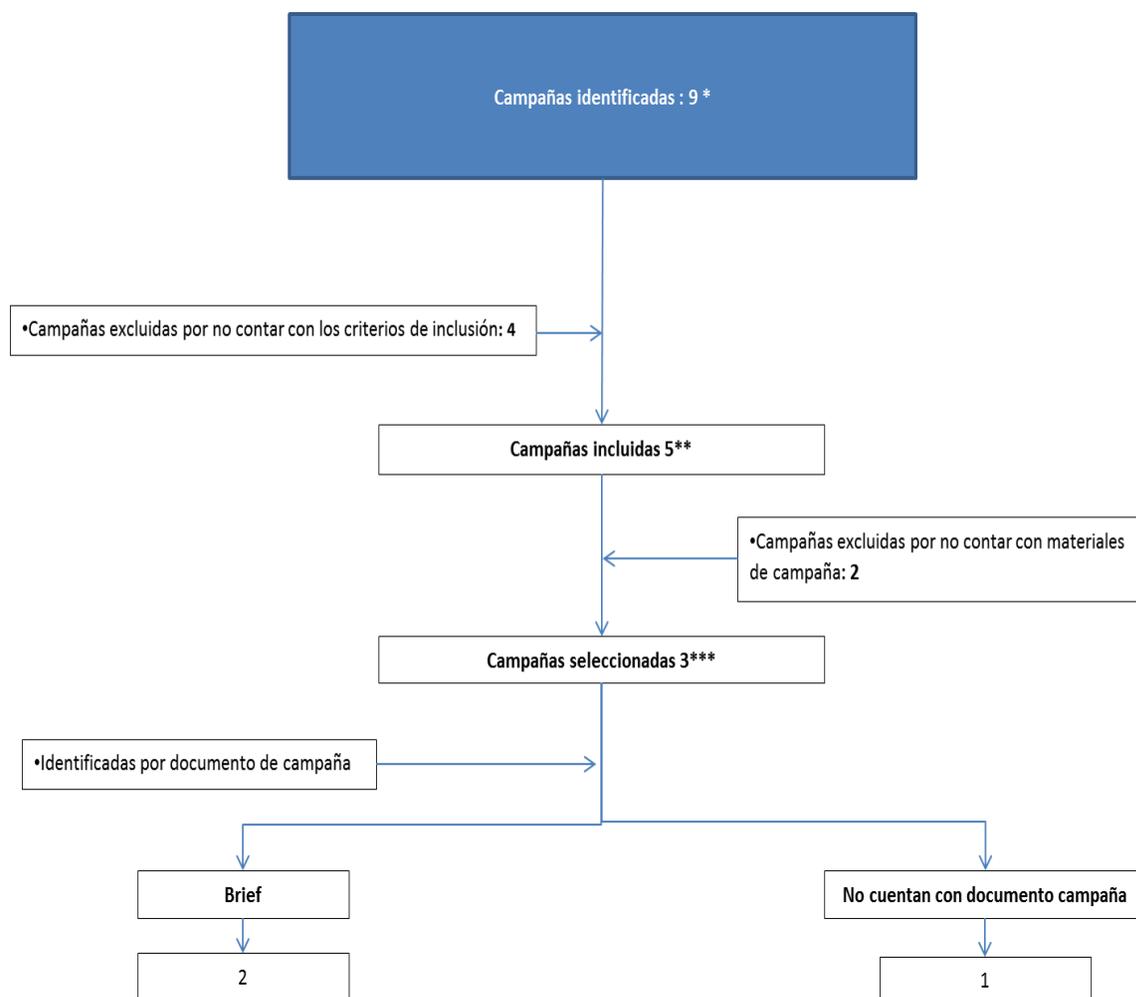
²⁴Sandoval C, Blanco A, Caixeta R. El convenio marco de la OMS para el control del tabaco. En: Revista informativa OPS/ OMS. 32 ed. Quito: OPS/ OMS; 2014 junio. p. 24 – 29.

²⁵Alianza antitabaco ecuador (sf.). MPOWER. Recuperado de: <http://alianzaantitabaco-ecuador.org/159/mpower/>

²⁶ SENPLADES: Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Internet]. Quito: SENPLADES; 2009 [citado 2014 Diciembre 7]. Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf

²⁷Constitución de la República del Ecuador 2008, Artículo 381 y 46 (2008). Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Figura 1. Esquema de la selección de campañas para el estudio.



* Desnutrición cero; Acción nutrición; Ecuador libre de humo de tabaco; Etiquetado; Derribemos a ese gigante; Quioscos saludables; Agita tu mundo; Pausas activas; Ecuador ejercítate

** Ecuador libre de humo de tabaco; Etiquetado; Derribemos a ese gigante; Agita tu mundo; Ecuador ejercítate

*** Ecuador libre de humo de tabaco; Etiquetado; Agita tu mundo

Tabla 1. Modelos teóricos de cambios de comportamiento con sus variables

	<i>Teoría</i>	<i>Características principales</i>
Modelos de nivel individual	- Etapas del cambio	- Da a conocer el problema de salud
	- Modelo de creencias en salud	- Proveer de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad (OPS, 2001a).
		- Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad (OPS, 2001a)
		- Aporta con información respecto a los beneficios de la acción frente a las barreras percibidas (OPS, 2001a) - La inclusión en el mensajes de aspectos como edad, sexo, etnia, personalidad, clase social influyen en las percepciones y creencias (Ríos, 2011).
- Modelo de procesamiento de la Información por el consumidor	- La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil (OPS, 2001a)	
Teorías del comportamiento interpersonal de salud	- Teoría del aprendizaje social	- Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica (OPS, 2001a).
		- Enfatiza con información los beneficios y resultados positivos de la nueva conducta (OPS, 2001a).
		- Centra la información en la observación de otros y los resultados que estos han obtenido como apoyo de al valor de veracidad del cambio de comportamiento propuesto (OPS, 2001a).
		- Se enfoca la información en desarrollar confianza en que la persona puede realizar el cambio de comportamiento (OPS, 2001a).
		- En la campaña se identifica que los comportamientos dependen del vínculo entre la persona, el entorno y la conducta (Ríos, 2011).
	- Teoría de acción razonada	- Los mensajes destacan las consecuencias positivas de determinado comportamiento, para que la persona valore el comportamiento propuesto (OPS, 2001a). - La información enfatiza la importancia que tiene para sus seres queridos, el cambio de comportamiento que debe realizar (OPS, 2001a).

Tabla 1. Continuación

	<i>Teoría</i>	<i>Características principales</i>
Modelos de nivel comunitario	- Organización comunitaria	- Mediante el mensaje se desea activar y hacer participar a los grupos poblacionales, principalmente desatendidos, en sus problemáticas de salud (OPS, 2001a).
		- La información de la campaña estimula la solución de problemas y la participación (OPS, 2001a).
		- El mensaje permite identificar hasta donde se puede actuar (OPS, 2001a).
	- Teoría de la difusión de innovaciones	- La campaña tiene mensajes innovadores que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza (OPS, 2001a).
		- La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias (OPS, 2001a).
	- Comunicación persuasiva	- La campaña se centra en los elementos que fortalecen al mensaje como la credibilidad de la fuente o el comunicador que emite el mensaje (Basanta & Romero, 2010).
		La formulación del mensaje considera su fuente de información. (Basanta & Romero, 2010).
		Si el mensaje se enlaza a lo emotivo y lo racional (Basanta & Romero, 2010).
		Logra enfocarse en el objetivo del mensaje (Basanta & Romero, 2010).
		Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo (Basanta & Romero, 2010).
- La información insta al uso del miedo para alcanzar cambios de comportamiento (Basanta & Romero, 2010).		

Tabla 2. Caracterización de las campañas de estudio orientadas a la prevención de factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Ecuador 2010 – 2014 (N=3).

		Nombre de la campaña		
Características de la campaña		Ecuador Libre de Humo de tabaco	Etiquetado	Agita tu mundo
Rango de fecha de implementación		2010 - 2014	2010 - 2014	2010 - 2014
Justificación del momento de implementación		Necesidades institucionales	Necesidades institucionales	Necesidades institucionales
Donde se implementó la campaña		A nivel nacional	A nivel nacional	A nivel nacional
Enfermedades crónicas a las que se orienta la campaña:				
	-Diabetes		X	X
	- Enfermedades cardiovasculares		X	X
Factores de riesgo a los que se orienta la campaña:				
	- Tabaco	X		
	- Alcohol			
	- Actividad física	X		X
	- Dieta baja en sal		X	
	- Dieta baja en consumo de azúcares		X	
	- Consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra		X	X
	- Dieta baja en grasas (saturadas y trans)		X	
Entidades que desarrollaron e implementaron la campaña				
	- Instituciones gubernamentales	X	X	X
	- Organismos internacionales		X	
	- ONGs			
Personal o agencia que elaboró, diseño la campaña				
	- Institucional			X
	- Agencia de publicidad	X	X	

Tabla 2. Continuación

		Nombre de la campaña		
Características de la campaña		Ecuador Libre de Humo de tabaco	Etiquetado	Agita tu mundo
Objetivo de la campaña		Que la población respete los espacios 100% libres de humo de tabaco. Denunciar los lugares en donde se incumpla la ley.	Que la población conozca los efectos de los alimentos procesados y los beneficios de los alimentos saludables. La población informada pueda tomar las mejores decisiones para la compra de alimentos.	Alimentarse bien y hacer actividad física, trabajar en huertos familiares.
Población objetivo:				
	- Adultos	x	x	x
	- Adultos mayores	x		
Tipo de materiales:				
	- Radio	x	x	
	- Impreso	x	x	x
	- Televisión	x	x	
Formato de los materiales de la campaña:				
	-Cuña radial	x	x	
	- Afiche	x	x	x
	- Separador	x		
	- Spot televisivo	x	x	
	- Prensa		x	
Tiempo de implementación de la campaña		4 meses	3 meses	Desde el 2013 hasta la actualidad
Mensaje principal				
		<p>*Siéntete libre, cada día tenemos más espacios libres de humo de tabaco.</p> <p>*Ayúdanos a disfrutar de un Ecuador 100% libre de humo y lleno de respeto, denuncia a los lugares que todavía incumplen la ley.</p> <p>*Ayúdanos a disfrutar de un Ecuador 100% libre de humo y lleno de respeto, denuncia a los lugares que todavía incumplen la ley.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeta los espacios libres de humo de tabaco. • El humo del tabaco también es nocivo para los que están expuesto al mismo • Exige tu derecho a respirar aire puro 	<p>* Cada alimento procesado ahora tiene una nueva etiqueta: rojo significa alto contenido, amarillo medio y verde bajo para estar a toda máquina.</p> <p>*El exceso de azúcar puede causar diabetes, la sal hipertensión y la grasa problemas del corazón y cerebro.</p> <p>*Cuidate de los excesos, cuidate bien para vivir bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lee las etiquetas antes de comprar, los niveles altos de grasas, azúcar, sal (sodio) y calorías, no te alimentan mejor, al contrario hacen daño a tu salud. • Prefiere refrigerios de alimentos naturales como: fruta, vegetales, granos. 	<p>*Frutívoros: consume 3 frutas al día. 10h00 a la media mañana, 13h00 en el almuerzo, 16h00 a la media tarde.</p> <p>*Pausa Activa: Reduce el estrés diario de la oficina con la Pausa Activa. Es una rutina sencilla de estiramientos y ejercicios para que los realices dos veces al día durante quince minutos.</p> <p>*Ruta de la Salud. Ahorra tiempo caminando o usando bici para ir al trabajo o movilizarte entre los edificios.</p> <p>*Ruleta. Subir gradas, puede ser divertido. ¡Adelante!</p>

Tabla 3. Identificación de las variables teóricas empleadas en las campañas: informantes claves vs. materiales y documentos de campaña.

	Teoría	Características principales	Nombre de la campaña		
			Ecuador Libre de Humo de Tabaco	Etiquetado	Agita tu mundo
Modelos de nivel individual	- Etapas del cambio	- Da a conocer el problema de salud			
	- Modelo de creencias en salud	- Proveer de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad (OPS, 2001a).		X _x	X
		- Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad (OPS, 2001a)	X	X _x	X
		- Aporta con información respecto a los beneficios de la acción frente a las barreras percibidas (OPS, 2001a)			X
		- La inclusión en el mensajes de aspectos como edad, sexo, etnia, personalidad, clase social influyen en las percepciones y creencias (Ríos, 2011).	X	X	X
	- Modelo de procesamiento de la Información por el consumidor	- La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil (OPS, 2001a)	X _x	X _{xx}	X _x
Teorías del comportamiento interpersonal de salud	- Teoría del aprendizaje social	- Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica (OPS, 2001a).	X	xx	X _x
		- Enfatiza con información los beneficios y resultados positivos de la nueva conducta (OPS, 2001a).		x	X
		- Centra la información en la observación de otros y los resultados que estos han obtenido como apoyo de al valor de veracidad del cambio de comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	X		
		- Se enfoca la información en desarrollar confianza en que la persona puede realizar el cambio de comportamiento			X
	- Teoría de acción razonada	- En la campaña se identifica que los comportamientos dependen del vínculo entre la persona, el entorno y la conducta (Ríos, 2011).	X		X
		- consecuencias positivas de determinado comportamiento,			X
	- La información enfatiza la importancia que tiene para sus seres queridos, el cambio de comportamiento que debe realizar (OPS, 2001a).		X		

Tabla 3. Continuación

	Teoría	Características principales	Nombre de la campaña			
			Ecuador Libre de Humo de Tabaco	Etiquetado	Agita tu mundo	
Modelos de nivel comunitario	- Organización comunitaria	- Mediante el mensaje se desea activar y hacer participar a los grupos poblacionales, principalmente desatendidos, en sus problemáticas de salud (OPS, 2001a).		X	x	
		- La información de la campaña estimula la solución de problemas y la participación (OPS, 2001a).		X	X	
		- El mensaje permite identificar hasta donde se puede actuar (OPS, 2001a).				
	- Teoría de la difusión de innovaciones	- La campaña tiene mensajes innovadores que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza (OPS, 2001a).	x		xx	
		- La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias (OPS, 2001a).	X _{xx}	X _{xx}	X _x	
	- Comunicación persuasiva	- La campaña se centra en los elementos que fortalecen al mensaje como la credibilidad de la fuente o el comunicador que emite el mensaje (Basanta & Romero, 2010).		X	X	X
		La formulación del mensaje considera su fuente de información. (Basanta & Romero, 2010).				
		Si el mensaje se enlaza a lo emotivo y lo racional (Basanta & Romero, 2010).			X	X
		Logra enfocarse en el objetivo del mensaje (Basanta & Romero, 2010).	x		X _{xx}	x
		Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo (Basanta & Romero, 2010).		X _x	X _x	X _x
		- La información insta al uso del miedo para alcanzar cambios de comportamiento (Basanta & Romero, 2010).				

X= Representa lo reportado por los informantes claves en cuanto al uso de las variables teóricas.

x= Representa lo reportado por una de las dos fuentes de información restantes.

Se ha resaltado con amarillo aquella variable que se utiliza en dos fuentes de información.

Se ha resaltado en durazno bajo aquella variable que se ha utilizado en más de dos fuentes de información.

CAPITULO 4 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Las campañas respondan a necesidades institucionales en cuanto a aspectos de inmediatez en la promoción y difusión de leyes que entran en vigencia y dejan de lado la inmediatez de las situaciones epidemiológicas evidenciadas, al contar con tres campañas de comunicación en un periodo del 2000 al 2015. Aspecto que determina inclusive el tiempo que se dedica a la elaboración de la campaña, la atención en considerar un marco teórico y finalmente obtener un producto que no cumple con alcanzar un nuevo comportamiento deseado desde la población.
- La elaboración de la campaña desde los técnicos del área vincula varias características teóricas de cambios de comportamiento, sin embargo el producto final de la campaña carece de aquellas características con las que fueron planeados, limitando así la capacidad de promover los cambios de comportamiento esperados. De esta manera, en el camino del diseño y elaboración de los materiales de la campaña se pierde lo estipulado en cuanto a las consideraciones teóricas.
- La falta de consideración en mantener una base o registro de las acciones emprendidas ponen en riesgo las acciones que se pueden desarrollar a posteriori, inclusive para contar con evidencia de que “aquella estrategia” fue positiva para atender uno u otro tema, descargando así la responsabilidad que se otorga la memoria de los trabajadores, sin dejar de lado una consideración en la alta rotación de personal.

Recomendaciones

- Un cambio de comportamiento al ser considerado como un proceso largo que puede llevar hasta años alcanzarlo, genera una necesidad urgente para elaborar un plan de campaña que incluya actividades relacionadas con el monitoreo epidemiológico para no elaborar acciones que no se enfocan en la necesidad sentida y visibilizada, además esto permite partir de líneas de base (estado situacional actual) capaces de identificar el apoyo y cambios logrados desde las campañas. Estas acciones permiten a posteriori contar con evaluaciones de proceso, periódicas, de resultados e impactos.
- Este estudio abre las puertas a un nuevo ámbito de trabajo con las agencias de publicidad en el desarrollo de campañas que promuevan un bien social. De esta manera se recomienda en base a la necesidad, crear espacios de formación para especialistas en comunicación y salud con énfasis en cambios de comportamiento.
- Si bien, en principio se consideró que las campañas son parte de todo un proceso comunicacional que puede apoyar un cambio de comportamiento, es recomendable continuar este estudio identificando cómo se desarrollan los demás elementos que comprenden una estrategia de comunicación, entre ellas se incluyen actividades educomunicacionales, entre otras. Trascendiendo así de un enfoque únicamente informativo, a aquellos aspectos de participación y educación.
- Es urgente considerar un marco teórico para la elaboración de las campañas enfocadas en alcanzar cambios de comportamientos ya que permiten alcanzar la meta, además de añadir un valor agregado a la inversión costosa que implica realizar una campaña, sin contar con la capacidad de evitar gastos en lo que respecta a una enfermedad.

REFERENCIAS

- Acuerdo Interministerial, N° 1470 Registro Oficial (2010).
- Acuerdo Ministerio de Educación, N°0041-14. Recuperado de <http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/ACUERDO-041-14.pdf>
- Alianza antitabaco Ecuador (s.f.) MPower. Recuperado de <http://alianzaantitabacoecuador.org/159/mpower/>
- Atkin, C. & Rice, R. (2011). *Theory and Principles of Public Communication Campaigns*. Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/obo/9780199756841-0055>
Recuperado de <http://oxfordindex.oup.com/view/10.1093/obo/9780199756841-0055>
- Bala, M., Strzeszynski, L. & Cahill K. (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *The Cochrane Database Systematic Reviews*. 23(1). doi: 10.1002/14651858.CD004704.pub2
- Barengo, N. C., Tuomilehto, J. O., Nissinen A. & Puska, P. (2011). Estrategias de comunicación en la mejora de los factores de riesgo cardiovasculares y enfermedades cardiovasculares en el Proyecto Karelia del Norte. *Revista de Comunicación y Salud*. 1(1), 42-51. Recuperado de <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/10/5>
- Basanta Z., G. & Romero P., R. (2010). Lineamientos teóricos de la comunicación persuasiva y su relación en la mediación de conflictos organizacionales en universidades nacionales experimentales del estado Zulia. *Revista de Ciencias Sociales*. 16(1), 28-38. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182010000100004&script=sci_arttext
- Bauman, A. & Chau, J. (2009). The role of media in promoting physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*. 6(2) 196-210. Recuperado de <http://fitnessforlife.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/17561.pdf>
- Becker M., Haefner D., Kasl S., Kirscht J., Maiman L. & Rosenstock I. (1977). Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviors. *Medical Care*, 15(5), 27-46. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3763352?uid=3737912&uid=2&uid=4&sid=21104105248021>

- Bellicha, T. & McGrat. J. (1990). Mass Media Approaches to Reducing Cardiovascular Disease Risk. *Public Health Reports*, Vol. 105, No. 3 (May - Jun., 1990), pp. 245-252. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/4628865>
- Cevallos, M. C. (2014). Planeamiento, ejecución y evaluación de campañas sociales de comunicación. En proceso. Versión electrónica.
- Código de la Niñez y Adolescencia, N° 737. Artículo 27. Registro Oficial (2003).
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Artículos 13, 32, 381, 46. Recuperado de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Cowell, A., Farrelly, M., Chou, R. & Vallone, D. (2009). Assessing the impact of the national 'truth' antismoking campaign on beliefs, attitudes, and intent to smoke by race/ethnicity. *Ethnicity & Health*, Vol. 14, No. 1: 75-91. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3d60a984-edd6-4546-ae1-8a12ecb1730d%40sessionmgr102&vid=1&hid=105>
- Ferrence (1996) Using Diffusion Theory in Health Promotion: The Case of Tobacco Canadian *Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 87, (Suppl. 2): Canadian Conference on Dissemination Research: Strengthening Health Promotion and Disease Prevention pp. S24-S27. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/pdf/41992637.pdf?acceptTC=true>
- Finlay SJ. & Faulkner G.(2005). Physical activity promotion through the mass media: inception, production, transmission and consumption. *Preventive Medicine*. 40(2), 121-30. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&list_uids=15533520
- Food and Health Alliance. (2010). Food Standards Agency salt campaign: measuring success. Recuperado de <http://www.fhascot.org.uk/Resource/food-standards-agency-salt-campaign-measuring-success>
- Freire, W.B., Ramírez, MJ., Belmont P., Mendieta, MJ., Silva MK., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros P., Gómez, LF. & Monge, R. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. (Resumen Ejecutivo Tomo I). Quito: Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Hammond D. Phd., Wakefield M. Phd., Durkin S. Phd. & Brennan E. Phd. (2012). Tobacco Packaging and Mass Media Campaigns: Research Needs for Articles 11 and 12 of the

- WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Nicotine and Tobacco Research*, 15(4): 817–831. doi: 10.1093/ntr/nts202
- Hutchinson, P. & Wheeler J. (2006). The cost-effectiveness of health communication programs: what do we know?. *Journal of Health Communication*. 11 (2) 7-45. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=218fe3f6-2d7c-4df0-bb3e-3183e595a134%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4107>
DOI:10.1080/10810730600973862
- Huhman, M., Heitzler, C. & Wong, F. (2004). The VERB campaign logic model: a tool for planning and evaluation. *Preventing Chronic Disease*. Available from: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jul/04_0033.htm. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1253476/pdf/PCD13A11.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro de defunciones 2011. Ecuador. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/Presentacion_Defunciones.pdf
- Jordan, A., Taylor, J., Bleakley, A. & Mallya, J. (2012). Developing Media Interventions to Reduce Household Sugar-Sweetened Beverage Consumption. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 640, Advancing Reasoned Action Theory, pp. 118-135. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/pdf/23218426.pdf?acceptTC=true>
- Kaminski, J. (2014). Diffusion of Innovation Theory. *Canadian journal of nursing informatics*. 6(2). Recuperado de <http://cjni.net/journal/?p=1444>
- Beck, K.H. & Frankel A. (Sep., 1981). A Conceptualization of Threat Communications and Protective Health Behavior. *Social Psychology Quarterly*. Vol. 44, No. 3 pp. 204-217. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3033834>
- Leavy, J., Bull, F., Rosenberg, M. & Bauman, A. (2011). Physical activity mass media campaigns and their evaluation: a systematic review of the literature 2003–2010, 26 (6):1060-1085. doi: 10.1093/her/cyr069. Recuperado de <http://her.oxfordjournals.org/content/26/6/1060.long#ref-33>
- Ley de Cultura Física, Deportes y Recreación, N°255 Registro Oficial (2010).

Ley Orgánica de Comunicación, N° 22 Registro Oficial (2013).

Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, N° 259 Registro Oficial (2006).

Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, N° 497 Registro Oficial & Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011).

Maddock J.E., Silbanuz A. & Reger –Nash B. (2008) Formative research to develop a mass media campaign to increase physical activity and nutrition in a multiethnic state. *J Health Commun.* Vol. 13(3):208-215. doi: 10.1080/10810730701807225

McAlister, A. (1991). Population Behavior Change: A Theory-Based Approach. *Journal of Public Health Policy*, Vol. 12, No. 3, pp. 345-361. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3342846>

McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education & Behavior*, 15(4), 351-377. Recuperado de: https://www.academia.edu/170661/An_Ecological_Perspective_on_Health_Promotion_Programs

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008b). Reglamento del CILA. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/tabaco/reglamento_cila.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011c). Nutrición En Salud Propuesta para el fortalecimiento Institucional en el área de nutrición en salud. Ecuador. [Cd]

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (a) (2014). Estudio de caso: la determinación social de la salud y las ECNT. La epidemia de tabaquismo y el efecto de las medidas de control. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ecuador. [ppt.].

Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Ministerio de Educación. (2014). Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación, N°232 Registro Oficial.

Ministerio del Deporte y Ministerio de Educación. (2012) Actualización y fortalecimiento curricular de educación general básica y bachillerato educación física. Recuperado de: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Feducacion.gob.ec%2Fwp-content%2Fplugins%2Fdownload-monitor%2Fdownload.php%3Fid%3D3087&ei=->

fOEVIgJHIKaNobwg8gN&usg=AFQjCNESW_hJT1El6xwVRyNcmI76Azcm2w&bvm=bv.80642063,d.eXY

Mosquera M. (2002) Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. The Communication Initiative Network. Colombia. Recuperado de: <http://www.comminit.com/node/150400>

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2002). Reglamento General A La Ley Orgánica De Defensa Del Consumidor, publicada en el suplemento del registro oficial no. 116 del 10 de julio del 2000. Recuperado de: http://www.quito.gob.ec/lotaip2013/a/REGLAMENTO_GENERAL_A_LA_LEY_DE_DEFE_NSA_DEL_CONSUMIDOR.pdf

Muñoz, B. (2005). Cultura y comunicación: introducción a las teorías contemporáneas. Madrid: Editorial Fundamentos.

Murphy, E. (2005). La promoción de comportamientos saludables. Population Reference Bureau. Recuperado de www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB_SP.pdf

Noar, SM. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here?. Journal of Health Communication. 11(1), 21-42. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf5d4515-9800-4f96-a63f-bb673efa0859%40sessionmgr113&vid=1&hid=105> DOI: 10.1080/10810730500461059

Organización Mundial de la Salud. (a) (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo 2011. (Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud Rio de Janeiro – Brasil, 19 – 21 de Octubre 2011). Ginebra: Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (a) (2001). Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (b) (2012, septiembre). Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s17.pdf?ua=1

- Raab, M. & Rocha, J. (2011). Campaigns to End Violence against Women and Girls. Organización de las Naciones Unidas Mujeres. Recuperado de: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1342724232.pdf>
- Randolph, W. & Viswanath K. (2004). Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annual Reviews of Public Health*, 25:419-37. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/235218193/fulltextPDF/E8FEFC175258468FPQ/1?accountid=36555>
- Reglamento a la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, N° 1047 Decreto (2012). Recuperado de <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/07/reglamento-a-la-ley-organica-para-regulacion-y-control-del-tabaco.pdf>
- Reglamento de Registro y Control Sanitario de Alimentos, N° 777 Decreto (2012).
- Reglamento General a la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación (2011). N° 22 Registro Oficial (2013)
- Reglamento para la Autorización y Control de da Publicidad y Promoción de Alimentos Procesados, N° 388 Registro Oficial (2011).
- Reglamento Sanitario De Etiquetado De Alimentos Procesados Para El Consumo Humano N° 4522 Decreto (2013).
- Reyes R., L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa*, (7), 66-77. Recuperado de http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf
- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la comunicación*, 4(1),123-140. Recuperado de <http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/viewFile/11/94>
- Sandoval R. C., Blanco A. & Caixeta R. (2014). El convenio marco de la OMS para el control del tabaco. *Revista informativa OPS/ OMS*, edición 32, junio 2014.

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES. (2009). Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito: SENPLADES. Recuperado de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES. (2011). Guía Para La Formulación De Políticas Públicas Sectoriales. Quito: SENPLADES. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Gu%C3%ADa-para-la-formulaci%C3%B3n-de-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas-sectoriales.pdf>
- Snyder LB. (2007). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2 Suppl):S32-40. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499404606006543>
- Soto F., Lacoste J., Papenfuss R. & Gutierrez A., (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española en Salud Pública*, 71, 335-341. Recuperado de http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL71/71_4_335.pdf
- White, V., Tan, N., Wakefield, M. & Hill, D. (2003). Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control*, 12 (Suppl II): ii23-ii29. doi: 10.1136 / tc.12.suppl_2.ii23 Recuperado de http://tobaccocontrol.bmj.com/content/12/suppl_2/ii23.full
- World Health Organization (f) (2000, mayo). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. 53ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s17.pdf?ua=1
- World Health Organization (b) (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva - Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- World Health Organization (c) (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva - Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- World Health Organization (d) (2008). *2008 -2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva - Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

World Health Organization (a) (2011). Global Status Report noncommunicable diseases 2010. Geneva: Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

World Health Organization (e) (s.f.). "Enfermedades crónicas", Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/Noncommunicable diseases profiles by country](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/Noncommunicable_diseases_profiles_by_country).

Valenzuela L., K. & Eduardo Atalah S., E. (2011). Estrategias globales para reducir el consumo de sal. ALAN. 61(2), 111-119. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000200001

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

Quito, de 2015

Formulario de consentimiento informado oral

Estimad@ soy Myriam Aracely Lugmaña Tito, licenciada en comunicación social y estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Promoción 11va. de la Universidad San Francisco de Quito. Me encuentro desarrollando mi proyecto de tesis, el cual busca contar con una sistematización respecto a las campañas de comunicación orientadas al cambio de comportamiento en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, en específico diabetes y enfermedades cardiovasculares, que se han implementado a nivel nacional. Esta investigación busca dar paso a la toma de decisiones basadas en la evidencia, en cuanto a la realización de campañas de comunicación, ya que estas son una estrategia comunicacional recomendada para atender las enfermedades crónicas no transmisibles. La investigación tiene la finalidad de identificar si las campañas de comunicación que se implementan incorporan aspectos claves de las teorías de cambios de comportamientos en salud a fin de ser efectivas.

Para esta investigación se aplicaran entrevistas semiestructuradas a informantes claves, a fin de contar con información que permita entender el enfoque de cambio de comportamientos de la campaña de comunicación así como de los materiales usados en la misma, cuanto recomendaciones frente al desarrollo de nuevas campañas. Por ello se requiere contar con su

participación en esta entrevista durante una sesión de aproximadamente 45 minutos. Para fines de estudio, la entrevista será grabada en audio, durante el desarrollo de la misma se realizarán una serie de preguntas para obtener la información necesaria de la investigación.

A fin de garantizar su confidencialidad en la entrevista, no se registrará su nombre, sin embargo al requerirse un registro de la entrevista, se empleará una codificación por participante e institución que implemento la campaña. Además la información será únicamente manejada por la investigadora principal, en este caso mi persona, y mi directora de tesis la Doctora Fadya Orozco, Directora de la Maestría de Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito.

Usted se encuentra en plena libertad de participar en la entrevista, de suspenderla en cualquier momento o negarse a la participación de la misma. El único riesgo que se prevé de su participación en este estudio en calidad de informante clave es una posible incomodidad de su parte ante las preguntas a ser realizadas, o el tiempo de duración total de la actividad, que se prevé será de 45 minutos.

Por favor le agradezco que ratifique si: le mencione el objetivo del estudio, los posibles riesgos de su participación, la manera en la que la información será manejada, el tiempo que demandara su participación. Adicionalmente le solicito su confirmación de que acepta ser parte de este estudio en calidad de informante clave.

Si usted tuviese alguna duda, le dejo mi contacto: soy Aracely Lugmaña, mi email es: cellylug_20@hotmail.com y mi teléfono: 0995937885.

Anexo B: Guía de entrevista semiestructurada: instituciones y departamentos de comunicación, marketing, comunicación en salud o afines

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Código Institucional: _____

Código entrevista: _____

Fecha:

Tema: Análisis de las campañas de comunicación orientadas a cambios de comportamiento para prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Objetivo General: Analizar las campañas de comunicación orientadas a cambios de comportamiento para la prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente diabetes y enfermedades cardiovasculares, que fueron realizadas en medios masivos en el Ecuador, en los años 2000 al 2014 a través de un análisis de los principales aspectos teóricos dirigidos a cambios de comportamiento, dentro de un análisis ecológico, a fin de recomendar aspectos que puedan fortalecer el desarrollo futuro de las mismas, así como su efectividad.

Consentimiento verbal: Si – No

I. Datos del informante clave

¿Cuál ha sido su experiencia en el campo de las campañas de comunicación en salud?

- Cargo actual
 - Cargo pasado al momento de la realización o implementación de la campaña
 - Institución que implemento la campaña
 - Experiencia de trabajo con el sector salud
 - Realización previa de otras campañas en salud
-
-

II. Datos de la institución que diseño

¿Cuál fue el equipo encargado del diseño de la campaña?

- Institucional:
 - o Formó parte del equipo de desarrollo de la campaña
 - o Formó parte del equipo de diseño de la campaña
 - Agencia de publicidad
-
-

III. Datos referentes a la campaña

¿Cuál era el nombre de la campaña?

¿A qué tema de salud en particular hacía referencia la campaña?

- Enfermedades crónicas no transmisibles

- Diabetes y enfermedades cardiovasculares
-
-

¿Cuáles eran los factores de riesgo a los cuales hacía referencia la campaña?

- Alcohol
 - Tabaco
 - Alimentación poco saludable:
 - o Dieta baja en sal
 - o Dieta baja en consumo de azúcares)
 - o Consumo de frutas, verduras, hortalizas, fibra
 - o Dieta baja en grasas (saturadas y trans)
 - Actividad física
-
-

¿Cuál fue el objetivo de la campaña de comunicación?

- Objetivo
 - Cambio de comportamiento
-
-

¿Cuál fue el público objetivo al que se deseaba alcanzar con la campaña?

- Adultos (18 – 64 años)
- Adulto mayores (65 años en adelante)

¿Dónde se implementó la campaña?

- A nivel nacional
-
-

¿Qué estrategias comunicacionales emplearon?

- Medios de comunicación: Radio, prensa, televisión
 - Materiales empleados
 - Teoría de difusión de innovaciones
-
-

¿De qué forma se trabajó con el mensaje que deseaban llegar con la campaña?

- Mensaje principal:
 - o Gráfico
 - o Textual
 - Apelo al ámbito emocional y estadístico (Comunicación persuasiva)
 - Estrategia de comunicación para el mensaje (Difusión de innovaciones)
-
-

¿Al momento de elaborar los mensajes se consideraron las características generales de su público objetivo como edad, etnia, género, etc.?

- Modelo de creencias en salud
 - Comunicación persuasiva
-
-

¿Cuándo se implementó la campaña y por qué implementarla en ese momento?

- Fecha de implementación
 - Justificación del momento en el cual se la implemento
-
-

¿Cuál fue el tiempo de implementación que se dio para la campaña?

- Tiempo de implementación
-
-

Solicitar:

- Documento campaña
 - Materiales comunicacionales
-
-

IV. Datos relacionados a las teorías

¿La campaña promovía el conocimiento de la enfermedad?

- Etapas de cambio
-
-

¿Se promovía el reconocimiento de las causas de la enfermedad, el riesgo a desarrollarla y los beneficios de las recomendaciones?

- Modelo de creencias en salud (causas, riesgo, beneficios)
 - Teoría de acción razonada/ Teoría del aprendizaje social (beneficios)
-
-

¿En la campaña se hacían recomendaciones de acción frente a la enfermedad?

- Modelo de creencias en salud/ Teoría del aprendizaje social/ Difusión de innovaciones
-
-

¿Consideraría que la campaña destacó los resultados favorecedores en salud, que se podrían obtener al realizar las recomendaciones presentadas?

- Modelo de creencias en salud/ Teoría del aprendizaje social/ Teoría de acción razonada
-
-

¿Se consideró en esta campaña recurrir al reconocimiento de experiencias previas frente a las recomendaciones sugeridas, mediante otras personas, tal vez personajes públicos reconocidos?

- Teoría del aprendizaje social

¿Se apeló a identificar cuán importante es para los seres queridos que el familiar, que se encuentra en riesgo de esta enfermedad, deba llevar a cabo los nuevos comportamientos?

- Teoría de acción razonada

¿Consideraría usted que en la campaña se dio paso a que el público objetivo se sienta involucrado en un proceso de participación, de fortalecer su capacidad de cambio y confianza en que puede realizarlo?

- Organización comunitaria (participación, capacidad de cambio)
- Teoría del aprendizaje social (confianza)

¿La campaña permitió entender que los comportamientos dependen de la persona, el entorno y su conducta?

- Teoría del aprendizaje social

¿Consideraría usted que la credibilidad del medio, o del emisor del mensaje fue determinante en esta campaña?

- Comunicación persuasiva

¿Consideraría usted que la información estaba disponible y comprensible para el público objetivo?

- Modelo de procesamiento de la información por el consumidor

¿En algún momento se consideró el miedo como parte de los mensajes de la campaña?

- Comunicación persuasiva

¿Esperaban generar cambios de comportamiento con esta campaña?

- Si- no
- En qué momento:
 - o Durante la campaña
 - o Al finalizar la misma
 - o Años después

¿Qué resultados alcanzaron con la campaña?

V. Evaluación

¿Respecto a la campaña se realizaron evaluaciones del comportamiento previo a la implementación de la misma, tal vez durante el desarrollo de la campaña y al final de esta, a fin de identificar el logro de las metas planteadas?

- Si – no
- Métodos utilizados para evaluar
- En qué momento
 - o Ex ante
 - o Seguimiento
 - o Ex post
 - o Impacto

VI. Enlaces con otras campañas

¿Conoce usted de otras campañas que se hayan desarrollado para atender factores de riesgo de las ECNT?

¿Podría indicarme si alguna de las campañas nombradas anteriormente es recomendable replicarla?

- Exitosa o no

TEORÍA					
Etapas del cambio	Modelo de creencias en salud				Modelo de procesamiento de la Información por el consumidor
Da a conocer el problema de salud	Provee de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad (OPS, 2001a).	Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad (OPS, 2001a)	Aporta con información respecto a los beneficios de la acción frente a las barreras percibidas (OPS, 2001a)	La inclusión en el mensajes de aspectos como edad, sexo, etnia, personalidad, clase social influyen en las percepciones y creencias (Ríos, 2011).	La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil (OPS, 2001a)

TEORÍA						
Teoría del aprendizaje social					Teoría de acción razonada	
Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica (OPS, 2001a).	Enfatiza con información los beneficios y resultados positivos de la nueva conducta (OPS, 2001a).	Centra la información en la observación de otros y los resultados que estos han obtenido como apoyo al valor de veracidad del cambio de comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	Se enfoca la información en desarrollar confianza en que la persona puede realizar el cambio de comportamiento	En la campaña se identifica que los comportamientos dependen del vínculo entre la persona, el entorno y la conducta (Ríos, 2011).	Los mensajes destacan las consecuencias positivas de determinado comportamiento, para que la persona valore el comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	La información enfatiza la importancia que tiene para sus seres queridos, el cambio de comportamiento que debe realizar (OPS, 2001a).

TEORÍA				
Organización comunitaria			Teoría de la difusión de innovaciones	
Mediante el mensaje se desea activar y hacer participar a los grupos poblacionales, principalmente desatendidos, en sus problemáticas de salud (OPS, 2001a).	La información de la campaña estimula la solución de problemas y la participación (OPS, 2001a).	El mensaje permite identificar hasta donde se puede actuar (OPS, 2001a).	La campaña tiene mensajes innovadores que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza (OPS, 2001a).	La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias (OPS, 2001a).

TEORÍA					
Comunicación persuasiva					
La campaña se centra en los elementos que fortalecen al mensaje como la credibilidad de la fuente o el comunicador que emite el mensaje (Basanta & Romero, 2010).	La formulación del mensaje considera su fuente de información (Basanta & Romero, 2010).	Si el mensaje se enlaza a lo emotivo y lo racional (Basanta & Romero, 2010).	Logra enfocarse en el objetivo del mensaje (Basanta & Romero, 2010).	Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo (Basanta & Romero, 2010).	La información insta al uso del miedo para alcanzar cambios de comportamiento (Basanta & Romero, 2010).

Anexo E: Guía de análisis de contenidos de los materiales de la campaña

NOMBRE DE LA CAMPAÑA	PRINCIPAL MENSAJE DEL PRODUCTO COMUNICACIONAL (Gráfico y textual)	TEORÍA					
		Etapas del cambio	Modelo de creencias en salud				Modelo de procesamiento de la Información por el consumidor
		Da a conocer el problema de salud	Provee de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad (OPS, 2001a).	Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad (OPS, 2001a)	Aporta con información respecto a los beneficios de la acción frente a las barreras percibidas (OPS, 2001a)	La inclusión en el mensajes de aspectos como edad, sexo, etnia, personalidad, clase social influyen en las percepciones y creencias (Ríos, 2011).	La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil (OPS, 2001a)

TEORÍA						
Teoría del aprendizaje social				Teoría de acción razonada		
Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica (OPS, 2001a).	Enfatiza con información los beneficios y resultados positivos de la nueva conducta (OPS, 2001a).	Centra la información en la observación de otros y los resultados que estos han obtenido como apoyo de al valor de veracidad del cambio de comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	Se enfoca la información en desarrollar confianza en que la persona puede realizar el cambio de comportamiento	En la campaña se identifica que los comportamientos dependen del vínculo entre la persona, el entorno y la conducta (Ríos, 2011).	Los mensajes destacan las consecuencias positivas de determinado comportamiento, para que la persona valore el comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	La información enfatiza la importancia que tiene para sus seres queridos, el cambio de comportamiento que debe realizar (OPS, 2001a).

TEORÍA									
Organización comunitaria			Teoría de la difusión de innovaciones		Comunicación persuasiva				
Mediante el mensaje se desea activar y hacer participar a los grupos poblacionales, principalmente desatendidos, en sus problemáticas de salud (OPS, 2001a).	La información de la campaña estimula la solución de problemas y la participación (OPS, 2001a).	El mensaje permite identificar hasta donde se puede actuar (OPS, 2001a).	La campaña tiene mensajes innovadores que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza (OPS, 2001a).	La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias (OPS, 2001a).	La campaña se centra en los elementos que fortalecen al mensaje como la credibilidad de la fuente o el comunicador que emite el mensaje (Basanta & Romero, 2010).	La formulación del mensaje considera su fuente de información (Basanta & Romero, 2010).	Si el mensaje se enlaza a lo emotivo y lo racional (Basanta & Romero, 2010).	Logra enfocarse en el objetivo del mensaje (Basanta & Romero, 2010).	Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo (Basanta & Romero, 2010).

Anexo F: Guía de análisis de documentos de campaña

NOMBRE DE LA CAMPAÑA	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN			Justificación Del Momento De Implementación	DONDE	TEMA (ENFERMEDADES CRÓNICAS)		CONTENIDOS (FACTORES DE RIESGO)						
	2000 – 2004	2005 -2009	2010 -2014			diabetes	enfermedades cardiovasculares	Tabaco	alcohol	actividad física	dieta baja en sal	Dieta baja en consumo de azucares	Consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra	dieta baja en grasas (saturadas y trans)
					Nacional	diabetes	enfermedades cardiovasculares	Tabaco	alcohol	actividad física	dieta baja en sal	Dieta baja en consumo de azucares	Consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra	dieta baja en grasas (saturadas y trans)

ENTIDADES QUE DESARROLLARON E IMPLEMENTARON LA CAMPAÑA			PERSONAL O AGENCIA QUE ELABORÓ, DISEÑO		OBJETIVO DE LA CAMPAÑA	POBLACIÓN OBJETIVO		MEDIOS DE COMUNICACIÓN			FORMATOS DE MATERIALES EMPLEADOS (Detallado ejem. Spot, cuña, etc.)	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
Instituciones gubernamentales	organismos internacionales	ONGs	institucional	agencia de publicidad		adultos	adultos mayores	radio	impreso	Televisión		
						adultos	adultos mayores	radio	impreso	Televisión		

PRINCIPAL MENSAJE DEL PRODUCTO COMUNICACIONAL (Gráfico y textual)	TEORÍA					
	Etapas del cambio	Modelo de creencias en salud				Modelo de procesamiento de la Información por el consumidor
	Da a conocer el problema de salud	Provee de información para percibir la severidad y susceptibilidad de la enfermedad (OPS, 2001a).	Proveer información de una acción, a fin de aportar a la creencia de eficacia para la reducción de la severidad, susceptibilidad o condición de la enfermedad (OPS, 2001a)	Aporta con información respecto a los beneficios de la acción frente a las barreras percibidas (OPS, 2001a)	La inclusión en el mensajes de aspectos como edad, sexo, etnia, personalidad, clase social influyen en las percepciones y creencias (Ríos, 2011).	La información debe: estar disponible, ser nueva y utilizable, comprensible y de uso fácil (OPS, 2001a)

TEORÍA						
Teoría del aprendizaje social					Teoría de acción razonada	
Provee a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica (OPS, 2001a).	Enfatiza con información los beneficios y resultados positivos de la nueva conducta (OPS, 2001a).	Centra la información en la observación de otros y los resultados que estos han obtenido como apoyo de al valor de veracidad del cambio de comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	Se enfoca la información en desarrollar confianza en que la persona puede realizar el cambio de comportamiento	En la campaña se identifica que los comportamientos dependen del vínculo entre la persona, el entorno y la conducta (Ríos, 2011).	Los mensajes destacan las consecuencias positivas de determinado comportamiento, para que la persona valore el comportamiento propuesto (OPS, 2001a).	La información enfatiza la importancia que tiene para sus seres queridos, el cambio de comportamiento que debe realizar (OPS, 2001a).

TEORÍA										
Organización comunitaria			Teoría de la difusión de innovaciones		Comunicación persuasiva					
Mediante el mensaje se desea activar y hacer participar a los grupos poblacionales, principalmente desatendidos, en sus problemáticas de salud (OPS, 2001a).	La información de la campaña estimula la solución de problemas y la participación (OPS, 2001a).	El mensaje permite identificar hasta donde se puede actuar (OPS, 2001a).	La campaña tiene mensajes innovadores que denotan que la opción presentada es mejor frente a lo que se realiza (OPS, 2001a).	La campaña con su mensaje es compatible con los hábitos, experiencias y necesidades de las personas destinatarias (OPS, 2001a).	La campaña se centra en los elementos que fortalecen al mensaje como la credibilidad de la fuente o el comunicador que emite el mensaje (Basanta & Romero, 2010).	La formulación del mensaje considera su fuente de información (Basanta & Romero, 2010).	Si el mensaje se enlaza a lo emotivo y lo racional (Basanta & Romero, 2010).	Logra enfocarse en el objetivo del mensaje (Basanta & Romero, 2010).	Logra asociar las ideas principales con el contexto de su público objetivo (Basanta & Romero, 2010).	La información insta al uso del miedo para alcanzar cambios de comportamiento (Basanta & Romero, 2010).

Anexo G: Ficha técnica de campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”

N° 01	FICHA TÉCNICA	
Nombre de la campaña	Ecuador Libre de Humo de tabaco	
Rango de fecha de implementación	2010 - 2014	
Justificación del momento de implementación	Necesidades institucionales	
Donde se implementó la campaña	A nivel nacional	
Enfermedades crónicas a las que se orienta la campaña:	Se orientó al cuidado de un ambiente que promueva salud, evitando enfermedades como las cardiovasculares.	
Factores de riesgo a los que se orienta la campaña:	*Tabaco *Actividad física	
Entidades que desarrollaron e implementaron la campaña	*institución gubernamental	
Personal o agencia que elaboró, diseño la campaña	*Agencia de publicidad	
Objetivo de la campaña	Que la población respete los espacios 100% libres de humo de tabaco. Denunciar los lugares en donde se incumpla la ley.	
Población objetivo:	*Adultos	
Tipo de materiales:	*Radio *Impreso * Televisión	
Formato de los materiales de la campaña:	*Cuñas radiales *Afiches *Separadores *Spot televisivos *Publicaciones en prensa	
Tiempo de implementación de la campaña	4 meses	
Mensaje principal	*Siéntete libre, cada día tenemos más espacios libres de humo de tabaco. *Ayúdanos a disfrutar de un Ecuador 100% libre de humo y lleno de respeto, denuncia a los lugares que todavía incumplen la ley. • Respetar los espacios libres de humo de tabaco. • El humo del tabaco también es nocivo para los que están expuesto al mismo • Exige tu derecho a respirar aire puro	
Políticas, normativas y estrategias complementarias	*Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco *Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco *Reglamento a la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco	

Anexo H: Ficha técnica de campaña “Etiquetado”

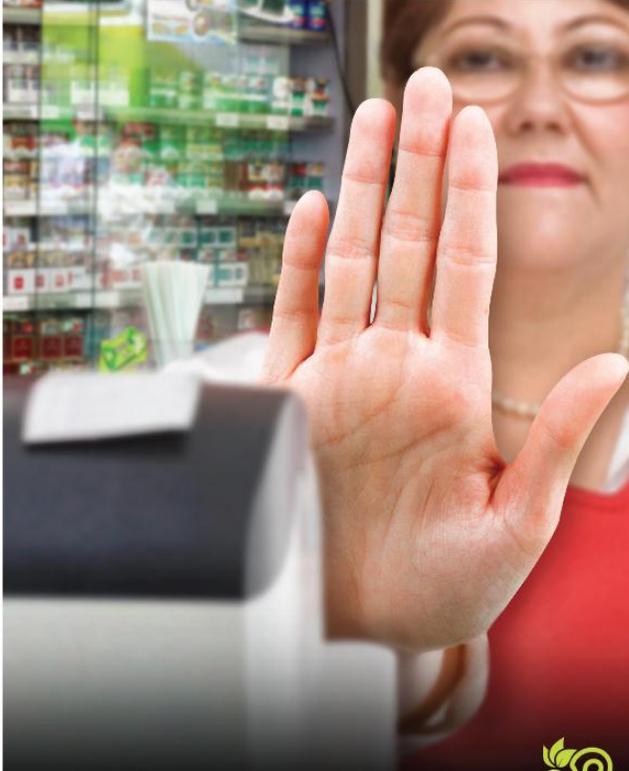
N° 02	FICHA TÉCNICA
Nombre de la campaña	Etiquetado
Rango de fecha de implementación	2010 - 2014
Justificación del momento de implementación	Necesidades institucionales
Donde se implementó la campaña	A nivel nacional
Enfermedades crónicas a las que se orienta la campaña:	*Diabetes *Enfermedades cardiovasculares
Factores de riesgo a los que se orienta la campaña:	*Dieta baja en sal *Dieta baja en consumo de azúcares *Consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra *Dieta baja en grasas (saturadas y trans)
Entidades que desarrollaron e implementaron la campaña	*Instituciones gubernamentales *Organismos internacionales
Personal o agencia que elaboró, diseño la campaña	*Agencia de publicidad
Objetivo de la campaña	Que la población conozca los efectos de los alimentos procesados y los beneficios de los alimentos saludables. La población informada pueda tomar las mejores decisiones para la compra de alimentos.
Población objetivo:	*Adultos
Tipo de materiales:	*Radio *Impreso * Televisión
Formato de los materiales de la campaña:	*Cuñas radiales *Afiches *Spot televisivos *Publicaciones en prensa
Tiempo de implementación de la campaña	3 meses
Mensaje principal	<p>* Cada alimento procesado ahora tiene una nueva etiqueta: rojo significa alto contenido, amarillo medio y verde bajo para estar a toda máquina.</p> <p>*El exceso de azúcar puede causar diabetes, la sal hipertensión y la grasa problemas del corazón y cerebro.</p> <p>*Cuidate de los excesos, cuidate bien para vivir bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lee las etiquetas antes de comprar, los niveles altos de grasas, azúcar, sal (sodio) y calorías, no te alimentan mejor, al contrario hacen daño a tu salud. • Prefiere refrigerios de alimentos naturales como: fruta, vegetales, granos.
Políticas, normativas y estrategias complementarias	<p>* Reglamento para la Autorización y Control de da Publicidad y Promoción de Alimentos Procesados</p> <p>* Reglamento Sanitario De Etiquetado De Alimentos Procesados Para El Consumo Humano</p> <p>*Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación</p>

Anexo I: Ficha técnica de “Agita tu mundo”

N° 03	FICHA TÉCNICA	
Nombre de la campaña	Agita tu mundo	
Rango de fecha de implementación	2010 - 2014	
Justificación del momento de implementación	Necesidades institucionales	
Donde se implementó la campaña	A nivel nacional	
Enfermedades crónicas a las que se orienta la campaña:	*Enfermedades cardiovasculares	
Factores de riesgo a los que se orienta la campaña:	*Actividad física *Consumo de frutas, verduras, hortalizas y fibra	
Entidades que desarrollaron e implementaron la campaña	*Instituciones gubernamentales	
Personal o agencia que elaboró, diseño la campaña	*Institucional	
Objetivo de la campaña	Alimentarse bien y hacer actividad física, trabajar en huertos familiares.	
Población objetivo:	*Adultos	
Tipo de materiales:	*Impreso	
Formato de los materiales de la campaña:	*Afiches	
Tiempo de implementación de la campaña	Desde el 2013 hasta la actualidad	
Mensaje principal	<p>*Frutívoros: consume 3 frutas al día. 10h00 a la media mañana, 13h00 en el almuerzo, 16h00 a la media tarde.</p> <p>*Pausa Activa: Reduce el estrés diario de la oficina con la Pausa Activa. Es una rutina sencilla de estiramientos y ejercicios para que los realices dos veces al día durante quince minutos.</p> <p>*Ruta de la Salud. Ahorra tiempo caminando o usando bici para ir al trabajo o movilizarte entre los edificios.</p> <p>*Ruleta. Subir gradas, puede ser divertido. ¡Adelante!</p>	
Políticas, normativas y estrategias complementarias		

Anexo J: Materiales de campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”

AFICHE 40cm x 60cm



En este establecimiento el humo de tabaco **ya no tiene lugar.**

Recuerda, es ilegal fumar en espacios públicos porque todos tenemos derecho a respirar un aire puro. Únete tú también... ¡Ecuador oficialmente declarado país libre de humo de tabaco!

denuncias.tabaco@msp.gob.ec

Ecuador libre de humo de tabaco

LA EDUCACIÓN AVANZA

Ministerio de Salud Pública

Siéntete libre!!



Ecuador libre de humo de tabaco

Cada día **tenemos más espacios libres de humo de tabaco.**

LA EDUCACIÓN AVANZA

Ministerio de Salud Pública



Anexo K: Materiales de campaña “Etiquetado”



Busca las nuevas etiquetas en productos procesados.

Elige bien para vivir bien.

en AZÚCAR / SAL / GRASA

Encuentra las etiquetas en los productos procesados. Hay tres cosas que debes cuidar en tu alimentación:

- **Azúcar**
El exceso puede causar diabetes
- **Sal (sodio)**
El exceso puede causar hipertensión
- **Grasa**
El exceso puede dañar tu corazón y cerebro

Avanzamos Patria!

Ministerio de Salud Pública

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social



Anexo L: Materiales de campaña “Agita tu mundo”

Ruta de la Salud

Ahorra tiempo caminando o usando bici para ir al trabajo o movilizarte entre los edificios.

Mira los tiempos de cada trayecto:

Punto de Partida*
Ed. República del Salvador y Suecia

Organización Panamericana de la Salud:
• En bici: 7 minutos
• Caminando: 15 minutos

Mosca:
• En bici: 3 minutos
• Caminando: 6 minutos

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social:
• En bici: 10 minutos
• Caminando: 20 minutos

ATU:
• En bici: 10 minutos
• Caminando: 20 minutos

Coordinación Zonal 9:
• En bici: 10 minutos
• Caminando: 20 minutos

Victoria II:
• En bici: 7 minutos
• Caminando: 5 minutos

* El tiempo de cada ruta es estimado.

Agita tu Mundo | www.salud.gob.ec | Ministerio de Salud Pública

Pausa Activa

Reduce el estrés diario de la oficina con la Pausa Activa. Es una rutina sencilla de estiramientos y ejercicios para que los realices dos veces al día durante quince minutos.

PRACTICA 2 SERIES DE 8 REPETICIONES EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE
10h00 **16h00**
CADA UNA CON LOS SIGUIENTES EJERCICIOS:

CABEZA:

- Hacia atrás y al frente.
- Volteando a la derecha y a la izquierda.
- Inclinando de un hombro hacia el otro.
- Haciendo círculos hacia la derecha y a la izquierda.

HOMBROS:

- Moverlos hacia arriba, subiendo y bajando.
- Haciendo círculos hacia el frente y hacia atrás.

BRAZOS:

- Extenderlos a los lados y elevarlos hasta dar una palmada por arriba de la cabeza.

Agita tu Mundo | www.salud.gob.ec | Ministerio de Salud Pública

Ruleta

1 Haz girar la Ruleta

2 Distingue el color que obtuviste

3 Sube las gradas pisando en el color que te tocó

Subir gradas, puede ser divertido... ¡Adelante!

Agita tu Mundo | www.salud.gob.ec | Ministerio de Salud Pública

Frutívoros

CONVIÉRTETE EN FRUTÍVORO
CONSUME 3 FRUTAS AL DÍA.

10h00
A la 1/2 mañana

13h00
En el almuerzo

16h00
A la 1/2 tarde...

LAS FRUTAS TE DAN VITAMINAS, MINERALES Y ANTIOXIDANTES.

Agita tu Mundo | www.salud.gob.ec | Ministerio de Salud Pública