



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ARTES PLÁSTICAS

"Diseño de soportes informativos para la prevención del cáncer cérvico uterino
del Programa IMSS Oportunidades"

Tesis

Que para obtener el título de:

Licenciada en Diseño y Comunicación Visual.

Presenta

Maldonado Becerril Nayelly Yolotzin.

Directora de Tesis: M.A.V. María Elena Martínez Durán

México, D.F., 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Así como es imposible imaginar un amanecer sin sol,
es imposible ser lo que soy sin ustedes, gracias mamá, gracias
papá, a mis hermanos Citlalli, Luis y Jesus. Besos Ale.*

*A los Maestros y Profesores de la ENAP por
compartir sus conocimientos y formar a
profesionales con visión social.*

*Un infinito agradecimiento a todas las personas que
contribuyeron para que este proyecto se materializara.*

Gracias a los Doctores del Programa IMSS Oportunidades.

Indice

INTRODUCCIÓN 11

1 Programa IMSS-Oportunidades y Situación de la mujer indígena y campesina 13

1.1 Programa IMSS Oportunidades. 15

1.2 Comunidades que atiende el programa IMSS-Oportunidades. 20

1.3 Modelo de Atención Integral a la Salud. 21

1.2.1 Acciones que se realizan en el Modelo de Atención a la Salud. 23

1.4 Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con énfasis en el CaCu. 25

1.3.1 Información, Educación y Comunicación IEC. 27

1.5 Situación social de la mujer indígena y campesina. 33

1.5.1 Familia. 34

1.5.2 Educación. 36

1.5.3 Trabajo. 37

1.5.4 Salud. 37

1.5.4.1 Salud sexual y reproductiva. 38

1.5.4.2 Cáncer Cérvico Uterino CaCu. 39

2 Comunicación educativa para la salud. 49

2.1 Proceso de comunicación. 51

2.2 Comunicación educativa para la salud. 53

2.3 Técnicas del cambio de comportamiento en el enfoque educativo. 54

2.3.1 Modelo del proceso del cambio de comportamiento. 57

3	Diseño y Comunicación Visual.	61
3.1	La imagen grafica.	63
3.1.1	La imagen didáctica.	64
3.1.1.1	El aprendizaje perceptual.	66
3.2	Elementos del diseño grafico.	67
3.2.1	Los elementos formales.	67
3.2.2	Elementos visuales.	71
3.2.3	Elementos de relación.	78
3.2.4	Elementos prácticos.	81
3.2.5	Tipografía.	82
3.3	Soporte Holístico.	83
3.4	Diseño audiovisual.	85
3.4.1	Elementos del diseño audiovisual.	87
3.4.1.1	Términos técnicos.	91
3.5	Elementos de producción de un audiovisual.	96

4 Metodología para el diseño de los soportes informativos. Audiovisual, rotafolio y cartel. 99

4.1	Metodología.	101
4.1.1	Planteamiento del problema.	102
4.1.2	Contexto.	102
4.1.3	Mensaje.	102
4.1.4	Usuarios.	103
4.1.5	Códigos.	103
4.2	Audiovisual.	104
4.2.1.	Análisis de los audiovisuales que utiliza el Programa IMSS-Oportunidades.	104
4.2.2	Selección de la información.	104
4.2.3	Propuesta de diseño del audio visual.	105
4.2.3.1	Sinopsis.	106
4.2.3.2	Guión.	107
4.3	Rotafolio.	117
4.3.1	Análisis.	117
4.3.2	Selección de la información.	118
4.3.3	Propuesta de diseño.	119
4.3.4	Fase de proyectación.	120
4.4	Cartel.	129
4.4.1	Análisis de los carteles sobre CaCu.	130
4.4.2	Selección del mensaje.	130
4.4.3	Propuesta.	130
4.5	Validación de los soportes.	132

CONCLUSIÓN 135

Bibliografía 137

INTRODUCCIÓN

En México diariamente mueren 10 mujeres por Cáncer Cérvico Uterino (CaCu), este problema aumenta en las zonas rurales debido al rezago en los recursos, servicios de salud, apoyos y a la falta de una educación sexual adecuada.¹

Para enfrentar este problema de salud pública es necesario plantear una estrategia de comunicación que incida permanentemente en las mujeres indígenas y campesinas y en sus parejas, con soportes informativos diseñados para un contexto rural.

Por tal motivo decidí realizar este proyecto de tesis con el fin de ofrecer una alternativa para enfrentar este problema de salud, con el respaldo de la Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades dentro del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con Énfasis en CaCu.

Los soportes que se diseñaron para brindar información sobre el CaCu a las mujeres en riesgo y que estas accedan a realizarse las pruebas de detección son, audiovisual, rotafolio y cartel, medios utilizados dentro del Programa IMSS Oportunidades para la promoción y difusión del autocuidado de la salud.

El reto de este proyecto fue, el diseñar soportes dirigidos al universo de trabajo del programa, que integra a comunidades indígenas y rurales de 17 estados de la república, enfrentándome al alto índice de analfabetismo, la diversidad de lenguas indígenas y sobre todo a la renuencia de las mujeres a tocar el tema de la salud sexual.

¹ Modelo de atención a la salud ginecológica con énfasis en CaCu. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. México 2002 p7.

El trabajo se encuentra dividido en cuatro partes, la primera parte contiene las estrategias de comunicación con las que trabaja el Programa IMSS Oportunidades, su universo de trabajo, los recursos y medios con los que cuentan, a si como también se plantea la situación de la mujer indígena y campesina en las zonas rurales.

La segunda parte trata la comunicación educativa para la salud donde se plantea las estrategias del cambio de comportamiento dirigido a elevar los niveles de autocuidado de las mujeres del universo de trabajo del Programa.

En la tercera parte se establece los criterios rectores del diseño gráfico y el diseño audiovisual, que marcan los lineamientos de los soportes a diseñar, así como también un apartado sobre la imagen didáctica.

Por último el cuarto capítulo aborda la metodología del proyecto y expone la fase de proyectación de los soportes informativos diseñados, audiovisual, rotafolio y cartel además incluye un apartado de validación de los soportes, donde se muestra el funcionamiento de los materiales en su aplicación con las usuarias finales.

Este proyecto establece un vínculo entre mi formación meramente pública y la comunidad, ofreciendo los conocimientos adquiridos en la carrera de Diseño y Comunicación Visual, con el fin de retribuir y agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México la educación con visión social que me ha brindado durante mi formación.

capítulo 1

Programa
IMSS-Oportunidades

y

Situación de la mujer
indígena y campesina.

Programa IMSS Oportunidades

Coahuila

Chihuahua

Zacatecas

Yucatan

Campeche

San Luis Potosí

Michoacán

Baja California Norte.

Puebla

Oaxaca

Chiapas

Nayarit

Hidalgo

Veracruz

Sinaloa

Durango

Tamaulipas



1.1 Programa IMSS-Oportunidades

IMSS-Oportunidades es un programa del gobierno federal desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende a 10.6 millones de mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social.

3.6 millones son indígenas y 1.2 millones de familias son beneficiarias del programa de desarrollo humano oportunidades.²

Lo fundamental de IMSS-Oportunidades es la participación comunitaria para el autocuidado de la salud, logrando vincular así las acciones comunitarias con las acciones médicas.

El origen del Programa se remonta a junio de 1974 cuando, con base en la facultad conferida al Instituto Mexicano del Seguro Social por la Ley de 1973, se iniciaron los servicios de solidaridad en favor de la población desprotegida, es decir de comunidades rurales e indígenas no derechohabientes del IMSS.

En 1979 el Gobierno Federal hizo la petición para que el IMSS proporcionara servicios de salud a 10 millones de campesinos sin capacidad contributiva, creando el Programa IMSS-COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados).

En abril de 1983 por decreto Presidencial desaparece COPLAMAR y el Instituto Mexicano del Seguro Social asume la responsabilidad operativa total del Programa, con financiamiento a cargo del Gobierno Federal, adecuándose a las necesidades del medio rural, fue posible establecer un Modelo de Atención Integral a la Salud, sustentado en la estrategia de atención primaria y erigiéndose como base operativa del Programa.

Durante el sexenio de Lic. Miguel De La Madrid Hurtado, se decreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta, y en 1985 a 1987 se transfirieron a los gobiernos de los estados y a la Secretaría de Salud un total de 911 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 23 Hospitales Rurales (HR) en 14 estados de la república.



² Salud reproductiva en el IMSS, Experiencia rural. Coordinación General del programa IMSS-Oportunidades. México 2001 p28.



El periodo presidencial de 1988 se denominó al programa IMSS-Solidaridad y continuó los servicios de salud en 17 entidades federativas y amplió su infraestructura con la construcción de 1,216 Unidades Médicas Rurales y 17 Hospitales Rurales.

En la actualidad el Programa toma el nombre de IMSS-Oportunidades, y en el 2003 se institucionalizó integrándose en su totalidad al Instituto Mexicano del Seguro Social, contando con una infraestructura y universo de trabajo en:

- 17 Estados del país
- 1,264 Municipios y 16,578 localidades.
- Atención a 10.6 millones de mexicanos (2.5 millones de familias) de los cuales 3.6 millones son indígenas.
- Casi 1.2 millones de familias son beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 98% de la infraestructura del Programa atiende a familias Oportunidades.
- 3,540 Unidades Médicas Rurales.
- 69 Hospitales Rurales.
- 225 Equipos de Salud itinerantes con enfermera, promotor comunitario y camioneta para atender localidades menores de 500 habitantes (microrregiones).

El costo estimado de operación anual del año 2000, por cada UMR supera los \$500 mil y por cada HR cerca de \$25 millones de pesos. Tomando como base lo anterior y la población usuaria, resulta un costo promedio de atención por persona que atiende el programa es de \$315 al año.³

El Programa IMSS-Oportunidades tiene por objeto proporcionar servicios de salud integrales de 1er. y 2o. nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los Servicios de Salud de zonas rurales marginadas; el Modelo de Atención Integral a la Salud se sustenta, además, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario, mediante cuatro vertientes de trabajo.

1. Desarrollo Humano Oportunidades y nutrición:

El programa Oportunidades se instauró en el régimen presidencial 2000 – 2006, con el propósito de brindar ayuda económica y alimenticia a familias en alta marginalidad.

Las familias adscritas a este programa son aquellas que cumplen con los siguientes requisitos, asistir mensualmente a las pláticas de información que se imparten en los centros de salud, así como también que los niños en edad escolar asistan a la escuela.

³ Reporte de retos y prioridades 2003-2004. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades

Para supervisar que las familias en control cumplan con los requisitos se cuenta con un equipo de trabajo social que mes a mes levantan un censo y revisan que las personas inscritas en el programa asistan al centro de salud o a la escuela, en caso contrario se visitara a la familia en su domicilio para invitarlas a cumplir lo acordado, si la respuesta es negativa se retiran los apoyos.

El 4 de septiembre de 2002 el Consejo Técnico, con base en las reformas a la Ley del Seguro Social, aprobó otorgar en las instalaciones del régimen obligatorio, el componente de salud del Programa Oportunidades en áreas urbanas de alta marginación, con cargo al presupuesto del Gobierno Federal, dando origen a la instauración de los “Módulos Urbanos” espacios habilitados para proporcionar servicios de salud a población sin capacidad contributiva en áreas urbanas.

Bajo este compromiso, se otorga el componente de salud del Programa Oportunidades a través del paquete esencial de salud en sus 13 acciones, el reforzamiento alimentario al dotar el suplemento alimenticio a menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como la educación y promoción de la salud con sesiones sobre 35 temas en 660 módulos operativos.

La meta de familias para el 2003 corresponde a 299,508 familias, debido a que en el presente año se pretende por la Coordinación Nacional del Programa mantener el padrón de familias beneficiarias de Oportunidades, y no se considera un incremento en la incorporación de estas.

2. Atención Integral al Adolescente:

Consiste en una serie de acciones específicas de índole educativa preventiva y asistencial dirigidas a grupos de 10 a 19 años a través de los CARA y otras estrategias de líneas de acción de acercamiento y servicios.

En el transcurso del año, a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente, CARA, se reforzaron los procesos educativos y de desarrollo humano, se conformaron 5,686 equipos juveniles activos, con la participación de 23,411 animadoras, para proporcionar orientación a casi 387,370 millones de adolescentes campesinos e indígenas.

En los CARA se efectuaron 126,982 sesiones en las que la temática abordada a través de dinámicas participativas fue relativa a promoción de la salud sexual, equidad de género, masculinidad y autoestima las cuales se hicieron extensivas a través de 13,872 Módulos Ambulantes, 5,063 Encuentros Educativos para compartir experiencias de los CARA que tienen como sede una unidad médica de primer nivel o un hospital rural.





3. Atención Integral a la Salud Ginecológica:

Un millón 241 mil 901 parejas son usuarias de algún método anticonceptivo, lo cual a condicionado la reducción del número de hijos por mujer que pasó de 6.4 a 4.1; Un millón de mujeres campesinas e indígenas se realizaron la exploración ginecológica, avance significativo ya que se detectaron y trataron 332 mil 726 mujeres con cervicovaginitis, 3 mil 853 lesiones precancerosas del cérvix y 1,191 pacientes con displasia leve o moderada las cuales recibieron tratamiento oportuno.

4. Comunidades Saludables y Proyectos Productivos:

Desde la Secretaría de Desarrollo Social otorga recursos financieros en apoyo a la labor voluntaria de los Comités de Salud en acciones de: Mejoramiento de la vivienda producción familiar de alimentos, abastecimiento de agua y saneamiento básico. En el año 2004 la entonces Secretaría de la Contraloría General de la Federación (ahora SECODAM) y el Instituto Mexicano del Seguro Social, sostienen un convenio de colaboración para la incorporación de la contraloría social en aquellas localidades amparadas por IMSS-Oportunidades que fueron beneficiadas con recursos del PRONASOL, lo cual constituye un auge significativo en la aplicación adecuada de estos recursos y fortalecimientos de la capacitación de autogestión de las comunidades.



La administración y conducción del Programa se rige por la estructura y normalización general del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en esto y adaptada al medio rural, se permite la operación de los servicios a un costo que el país puede soportar; las Unidades Médicas Rurales (UMR) de primer y segundo nivel de atención son homogéneas, incorporan tecnología simplificada y otorgan servicios a la población en forma gratuita los 365 días al año.

El Nivel Central corresponde a la Coordinación General, la cual depende de la Dirección General del IMSS, tiene funciones normativas y de control en el ámbito interno, y de concertación en el externo; su plantilla representa el 1.7% del total del personal.

A nivel estatal, el Delegado del Instituto es responsable de la administración del Programa; el Jefe de Prestaciones Médicas, quien depende del delegado, conduce y supervisa técnicamente la operación del Programa, con el apoyo de uno o más equipos multidisciplinarios de supervisión de IMSS-Oportunidades, conformados por un médico, una enfermera, un administrador y personal técnico de las Ciencias Sociales.

Estos grupos multidisciplinarios son responsables de la conducción de dos o más zonas de supervisión y de uno o dos Hospitales Rurales (HR); a su vez, cada grupo zonal esta formado por un médico, promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente; los cuerpos de gobierno de los HR lo integran un Director Médico Especialista, una Jefa de Enfermeras, un Administrador y un Jefe de Conservación.

En los niveles delegacionales y zonales se encuentran ubicados el 10.3% del personal del Programa (1,811 plazas).

Los equipos multidisciplinarios apoyan técnicamente y supervisan los hospitales y los grupos zonales, estos últimos supervisan un promedio de 10 UMR por mes.

En el nivel operativo se encuentra el 88% del personal (15,398 plazas) ubicado en las 3,540 UMR y 69 HR.

La infraestructura delegacional, regional, zonal y todas las UMR y HR se encuentran interconectadas por un sistema de radiocomunicación y un sistema computarizado de información, y se apoyan con una flota de 991 vehículos, de los cuales 766 corresponden al Programa y 225 a PROGRESA.

El Programa IMSS-Oportunidades proporciona servicios de salud a trabajadores sin capacidad contributiva, residentes en las áreas rurales con mayor grado de marginación, en dos niveles de atención, en el primer nivel de atención se encuentran las Unidades Médicas Rurales (UMR), y el segundo nivel de atención en los Hospitales Rurales (HR); el tercer nivel de atención lo otorga la Secretaría de Salud SSA mediante los Hospitales de Especialidades ubicados en la zona centro de la república o en los encuentros Médico Quirúrgicos que el programa lleva acabo periódicamente.

En el primer nivel, las UMR proporcionan atención continua e integra de promoción y recuperación de la salud (consulta externa general, asistencia farmacéutica, atención materno-infantil y planificación familiar, educación para la salud, orientación nutricional, promoción del saneamiento, inmunizaciones y control de enfermedades y control de enfermedades transmisibles), a los individuos, las familias y la comunidad.

En cada unidad labora un pasante de Medicina en Servicio Social (49%) o un médico contratado (51%) cuando no se dispone pasante, así como dos auxiliares bilingües de área médica quienes son nativas de la localidad; una trabaja de lunes a viernes y la otra sábados y domingos.

Cada UMR atiende a la población de la localidad sede y cuatro más denominadas de acción intensiva, con una población de entre dos y cinco mil habitantes y disponen del equipamiento necesario para atender el 85% de la demanda de padecimientos más frecuentes. La atención que se proporciona es gratuita e incluye los medicamentos necesarios para el tipo de enfermedad que se atiende.

La población retribuye los servicios mediante la denominada contraprestación de servicios, que consiste en su participación en el cuidado de su salud y en actividades colectivas para prevenir enfermedades y mejorar su ambiente familiar y comunitario.





Todas las unidades médicas rurales están enlazadas por un sistema de radiocomunicación con los Hospitales Rurales

El segundo nivel lo conforman los Hospitales Rurales los cuales cuentan con un promedio de 40 camas y brindan más de 150 servicios de salud en sus 69 centros de atención.

La atención especializada en los hospitales otorga por médicos residentes, quienes rotan durante seis meses en su cuarto año de especialidad y proceden de los Centros Médicos Nacionales del IMSS; con ello se incrementa el 95% la demanda de servicios médicos de esta población.



El 5% restante se deriva para su tratamiento a los hospitales de tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud, o se programan para su atención especializada a través de la estrategia institucional denominada Encuentros Médico-Quirúrgicos.

Parte de la estructura de acercar los servicios de tercer nivel de atención a la población más desprotegida del país son los Encuentros Médico-Quirúrgicos, Personal altamente capacitado de las especialidades de Cirugía Plástica y reconstructiva, Ortopedia, Traumatología y Oftalmología.

1.2 Comunidades que atiende el programa IMSS-Oportunidades.



El Programa atiende a más de 11 millones de campesinos e indígenas que residen en más de 16 mil localidades, de las cuales 96% tiene menos de 2,500 habitantes, es decir trata a comunidades dispersas con baja densidad de población.

El 88% de los municipios donde reside la población que atiende el Programa está catalogado como alta y muy alta marginación de acuerdo con los criterios de INEGI; el 91% carece de red de drenaje y el 78% no tiene abastecimiento de agua intradomiliaria; el analfabetismo en la población es del 16.5% y el 31% no completo la educación primaria.

En las entidades federativas donde el Programa opera se asienta 65% de la población rural, 69% de los productores de subsistencia e infrsubsistencia y 86% de los 56 grupos étnicos identificados en el país.

Por las condiciones económicas prevalecientes en las áreas rurales marginadas, el 17% de la población en edad reproductiva del ámbito del Programa trabaja fuera de sus comunidades durante periodos variables, lo que dificulta más atender su salud.

Las deficientes condiciones de vida y la carencia de satisfactores mínimos de bienestar determinan el predominio de la patología de la pobreza.

En estas localidades aun se mantiene la alta fecundidad y las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio, las que afectan las frágiles condiciones de salud de las mujeres, mismas que se agravan aún más por la desnutrición, la maternidad temprana y las tareas agrícolas y familiares que desempeñan.

1.3 Modelo de Atención Integral a la Salud.

Desde 1983 el Modelo de Atención Integral a la Salud, tiene como sustento la estrategia de Atención Primaria a la Salud, entendiendo esta como una nueva forma de proporcionar servicios, que pretenden modificar las formas tradicionales que se han proporcionado, con un enfoque integral de promoción, prevención, curación y rehabilitación de buena calidad, basado en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos, con plena participación y que sean punto de partida para el desarrollo sustentable de las comunidades.⁴

Las acciones integrales de salud están dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, que conllevan la atención a la población sana y enferma, se desarrollan mediante actividades intra y extramuros, junto con los equipos de salud institucionales y la población. En la realización de estas acciones participa personal multidisciplinario en todos los niveles de la organización, personal en formación y personal comunitario capacitado. Se favorece el uso de tecnología simplificada adecuada al medio rural y se promueve la concertación de acciones con otros sectores de la administración pública, así como con organizaciones campesinas e indígenas. Todo ello, con pleno respeto a la cultura, organización social, condiciones locales y a las prácticas tradicionales de atender la salud; elementos que son tomados en cuenta en la planificación de acciones.

La responsabilidad de llevar a la práctica este Modelo recae en la comunidad y el personal de salud, la comunidad participa en el análisis y la jerarquización de los riesgos y problemas locales de salud, sus causas y efectos, mediante un proceso conjunto y continuo de reflexión y diálogo respetuoso con los prestadores de servicios de salud para facilitar la toma de decisiones en los diferentes niveles, intervienen, desde la planeación de acciones de acuerdo con las expectativas, las posibilidades y los recursos locales, para luego actuar sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud y más tarde en la evaluación periódica de procedimientos, compromisos y resultados.



4 Salud reproductiva en el IMSS, Experiencia rural. Coordinación General del programa IMSS-Oportunidades. México 2001 p42.



Actualmente la organización comunitaria, eje y parte fundamental en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud la conforman 17,050 comités de salud, 148,992 promotores sociales voluntarios, que orientan a un promedio de 13 familias incluida la propia, así como los 13,746 asistentes rurales de salud. Además se mantiene interrelación con 6,498 parteras y 2,860 terapeutas tradicionales.

La organización comunitaria para la salud que promueve IMSS-Oportunidades, sustentada en la Ley Agraria, en los usos y costumbres locales y en los recursos terapéuticos de la medicina tradicional, adecuándose a las necesidades propias cada una de las comunidades, estas se encuentra integrada por:

Asamblea Comunal.

La asamblea comunal representa el nivel superior de decisiones de la organización comunitaria. El diagnóstico local de salud, elaborado conjuntamente por el equipo de salud y la comunidad, es la base para que la asamblea apruebe el plan y el programa de trabajo, asuma el compromiso de cumplirlos y vigile el desarrollo de las actividades de salud.

Comités de Salud.

Actualmente existen 16,971 comités de salud activos, con la participación de 83,810 integrantes; se componen de tres a seis miembros de la comunidad elegidos en asamblea, representan el principal órgano de gestión local y son el vínculo más importante entre la comunidad y los servicios de salud. Están formados por un presidente y vocales de salud, saneamiento, nutrición, educación y control; para el desempeño de sus funciones reciben asesoría y apoyo de promotores de acción comunitaria y del personal de la unidad médica.

Asistentes Rurales de Salud.

El Programa cuenta con 12,596 asistentes rurales de salud activos, son voluntarios de la comunidad, elegidos en asamblea para atender la salud de la población que radica en localidades menores de 500 habitantes, carentes de infraestructura de salud. El Programa los capacita durante tres meses en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades frecuentes de baja complejidad; en la identificación y derivación a la unidad médica de los casos difíciles o complicados; en la formación y consolidación de la organización comunitaria para la salud y en la promoción del mejoramiento de la vivienda, el saneamiento básico, la producción de alimentos, el control de fauna nociva y transmisora, así como en la salud sexual y reproductiva, mediante la aplicación de estrategias de comunicación educativa. Se les dota de equipo e instrumental básico, 14 claves de medicamentos y apoyo económico para gastos de traslado a las UMR, a las que acuden con el propósito de reabastecer su botiquín de medicamentos y material de curación, recibir asesoría del equipo de salud y proporcionar información de las actividades que realizan.

Promotoras Voluntarias Rurales.

En su mayoría mujeres seleccionadas por la comunidad, y capacitadas por el Programa para promover la salud entre un grupo de familias de su localidad, incluida la propia. Actualmente, las 143,613 promotoras voluntarias realizan visitas domiciliarias a las familias bajo su cuidado para identificar personas en riesgo y derivarlas a la UMR. Promueven acciones de saneamiento básico; mejoramiento sanitario de la vivienda; control de fauna nociva; salud sexual, reproductiva y ginecológica; orientación nutricional y vacunación, asimismo, vigilan que se lleven a cabo las actividades acordadas en la asamblea. Periódicamente se reúnen con el equipo de salud para recibir orientación y asesoría e informar sobre las actividades que realizan.

Terapeutas Tradicionales.

Son hombres y mujeres de la comunidad, con amplio reconocimiento a su capacidad de curar, que utilizan recursos terapéuticos locales para atender diversos problemas de salud. En la actualidad existen 3,356 terapeutas en el Programa, se les conoce también como curanderos, hueseros, rezadores, yerberos y sobadores, entre otros, y son los únicos encargados de curar enfermedades propias de su entorno sociocultural como son: mal de ojo, susto, empacho y pérdida de la sombra, por citar algunas. Esto refleja el gran respeto de los usos y costumbres de la comunidad.

Parteras Rurales.

Son terapeutas tradicionales que tras un largo proceso de aprendizaje adquieren habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio. A la fecha existen 6,103 su interrelación y participación resulta de gran trascendencia en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Mediante encuentros de capacitación e intercambio de experiencias se fomenta la vinculación de las parteras con los equipos de salud para realizar acciones conjuntas o complementarias.

1.3.1 Acciones que se realizan en el Modelo de Atención a la Salud.

Para llevar a la práctica el componente de participación comunitaria del Modelo de Atención Integral a la Salud en los diferentes niveles de la estructura del Programa, existe personal con formación en Ciencias Sociales, preparado para apoyar a las UMR en el proceso de lograr la participación responsable de la población en el mejoramiento de sus condiciones de salud. Dicho personal actualiza sus conocimientos periódicamente y cuenta con documentos técnicos de apoyo en materia de trabajo con la comunidad, capacitación a voluntarios, métodos didácticos participativos, saneamiento del medio, mejoramiento de la vivienda y producción de alimentos, entre otros temas.





También se ha continuado con la promoción para la instalación de huertos familiares y de granjas de especies menores, privilegiando el consumo de sus productos para mejorar la dieta familiar.

Con el propósito de contribuir a abatir las condicionantes que afectan la salud, principalmente por vías respiratorias y gastrointestinales, el Programa ha realizado labores de promoción y difusión de actividades para alentar la participación familiar en actividades de autocuidado de la salud. Esta tarea redituó en la ejecución de 272,716 acciones entre las que se incluyen pisos, techos, muros, arreglo y encalado de fachadas, construcción de ventanas, separación de cuartos y construcción de camas y fogones en alto, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las comunidades y crear un ambiente más favorable para preservar la salud en 206,438 viviendas.

Se realizaron obras para la protección de fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, construcción de fogones lorena y sanitarios ecológicos secos. Se orientó al personal institucional sobre la reducción a la exposición del plomo por el uso de la loza vidriada y se impulsó la creación de 140 proyectos productivos para mejorar la alimentación y el ingreso de 689 familias.

A fin de contribuir a disminuir la aparición de brotes epidemiológicos de estos padecimientos, se llevaron a cabo 272,716 acciones para el control de fauna nociva y transmisora, entre las que destacan jornadas familiares y comunitarias de limpieza.

En aspectos sobre salud reproductiva y sexualidad en el adolescente, a través de talleres participativos se transmitieron 12,562 spots de radio, se distribuyeron 164,539 carteles, se expusieron en bardas y muros 8,645 mensajes de salud, se impartieron 37,681 talleres, se realizaron 325,594 visitas domiciliarias y 64,686 adolescentes fueron capacitados y orientados a través de la red EDUSAT, mejorando su nivel de conocimiento en sexualidad humana para favorecer decisiones responsables.

Como resultado de la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente del Medio Rural, se encuentran activos 5,435 comités juveniles y se han orientado a 1'140,169 adolescentes. Asimismo, se han formado 27,915 grupos deportivos y culturales y se realizaron 32,869 talleres a los que asistieron 603,525 personas.

1.4 Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con énfasis en el CaCu.

El mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población durante los últimos 50 años ha propiciado un incremento en la esperanza de vida al nacer y la modificación de las principales causas de enfermedad y muerte de la población, donde las enfermedades transmisibles han tenido una disminución importante a expensas de un incremento significativo de las crónicas degenerativas, destacando en estas últimas, los tumores malignos como las de mayor incremento, a tal grado que en las dos últimas décadas constituyen la segunda causa de muerte en el ámbito mundial.

En este contexto, dos de las enfermedades que más impacto han tenido en décadas recientes, en países en vías de desarrollo han sido el Cáncer Cérico Uterino (CaCu) y el Cáncer Mamario (CaMa).

En México, el cáncer cervical constituye la primera causa de muerte en las mujeres mayores de 25 años a tal grado que anualmente más de 4 mil mujeres mueren por esta causa, lo que equivale a que 10 mujeres mueren por día debido al CaCu.

Con el propósito de enfrentar esta problemática, el Programa IMSS-Oportunidades estructuró e implementó una serie de estrategias, dando origen al “MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD GINECOLÓGICA CON ÉNFASIS EN CaCu”, este modelo tiene su base en el empleo en el primer nivel de atención de dos pruebas de detección para grupos específicos de mujeres, lo cual permite optimizar los recursos institucionales y principalmente incrementar en el corto plazo las coberturas de detección, diagnóstico y tratamiento para disminuir la incidencia de displasias y cáncer *in situ*, así como la disminución de la mortalidad por cáncer invasor.⁵

En el Programa el reto es atender a poblaciones que habitan en comunidades de difícil acceso tanto rurales como indígenas, así como también lograr en las mujeres indígenas y campesinas la incorporación de una cultura del autocuidado y empoderamiento en la salud ginecológica.

El modelo plantea para alcanzar sus objetivos, cuatro líneas básicas permanentes y sistemáticas, tomando como eje la salud de la mujer con énfasis en su esfera ginecológica, enfocándose principalmente en la prevención y detección de cáncer de cérvix en las mujeres con vida sexualmente activa, a partir de 15 años en adelante, así como también el cáncer de mama.



5 Modelo de atención a la salud ginecológica con énfasis en CaCu. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. México 2002 p8.



Estrategia que tiene su base en una permanente campaña de promoción, difusión e información dirigida a la comunidad, donde se abordan aspectos de prevención y detección oportuna, promoviendo la participación activa de las mujeres y sus parejas, en el autocuidado de su salud, así como la aceptación de los servicios de salud.

El modelo centra su acción en la prevención, identificación y detección oportuna de todas aquellas patologías que predispongan al desarrollo de lesiones premalignas y malignas tanto de mamas como del tracto genital inferior, que repercuten en la calidad de vida de las mujeres, para lo cual, toma como punto de partida la exploración ginecológica, para continuar con las acciones específicas de detección con las pruebas de tamizaje, tales como la visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5%, citología cervical y examen clínico de mamas. Además de acciones de promoción y educación en salud, con énfasis en el autocuidado. Estas acciones se deben ejecutar en las unidades médicas rurales y en los consultorios de medicina familiar de los hospitales rurales y constituyen una cascada de actividades, donde una acción conlleva a otra de acuerdo a su resultado, hasta garantizar en caso necesario la resolución de alguna problemática.

La población indígena y campesina que se atiende en el Programa IMSS-Oportunidades, tiene características particulares derivadas de la cultura regional y de las diversas etnias, situación que puede influir en la aceptación de las acciones médico preventivas y de detección, dirigidas a la población femenina.

Por lo antes referido, las actividades a realizar en el modelo se sustentan en dos estrategias la de Información, Educación, Comunicación y la Consejería (IEC) en el Modelo de Atención a la Salud Ginecológica; ambas influenciadas por aspectos del desarrollo humano, la autoestima, la perspectiva de género, el enfoque de ganancia y el manejo del pudor.

En este contexto, se busca que mediante el diálogo individual, en pareja o grupal se acentúe el análisis de la problemática, proporcionando información, orientación y apoyos educativos que esclarezcan las dudas que pudieran tener sobre la detección de cáncer de cérvix y de mama.

A fin de lograr la aceptación de los servicios, se hace necesario controlar con estrategias sustentadas en la Información, Educación y Comunicación y en la técnica de Consejería para su aplicación por el personal de salud, con el propósito de que se incremente el nivel conciencia en relación a la utilización de los servicios de prevención y detección del cáncer cérvicouterino y de mama.⁶

El objetivo es otorgar información oportuna y veraz a las mujeres a través de la estrategia de IEC para lograr una cultura de salud ginecológica, en especial, la relacionada con la detección periódica y oportuna de cáncer cérvicouterino y de mama.

1.4.1 Información, Educación y Comunicación IEC

La Información, Educación y Comunicación IEC que se proporciona, es el medio por el cual se da a la población los elementos necesarios para que pueda involucrarse en el cuidado de su propia salud, particularmente en la adopción de medidas preventivas. Así mismo posibilita una relación entre la usuaria y los servicios de salud de una manera más equilibrada y corresponsable.

La Información incluye la generación y difusión de hechos, datos y temas para lograr un mayor grado de conocimiento acerca de la situación de salud; con la modalidad de promover la aceptación y utilización de los servicios de salud.

La Educación alude al proceso de aprendizaje individual o grupal con miras a lograr una mayor comprensión de los temas relacionados con la salud ginecológica, con la revisión de las actitudes y valores que favorecen su cuidado y el ejercicio del proceso de toma de decisiones relacionadas con los aspectos de detección.

La Comunicación es un proceso de intercambio de información, puntos de vista, valores y perspectivas, encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos que coadyuven al cuidado de la salud ginecológica.

Criterios que orientan la aplicación de actividades del IEC en la salud Ginecológica.

Ofrecer de acuerdo a las necesidades particulares de cada mujer o pareja.

Los factores que influyen en el comportamiento y en la salud ginecológica de la mujer:

- Situación económica.
- Nivel de educación.
- Situación de la mujer ante creencias personales, rumores y prejuicios.
- Ubicación y accesibilidad a los servicios.

Por este motivo, es importante conocer y tomar en cuenta las características generales de las usuarias por las condiciones previas con que ellas llegan a este proceso y que originan que sean complejo y no solo la simple difusión de ideas e información.

Entre ellos están:

Considerar factores socioculturales y lingüísticos.

Formulas mensajes sensibilizadores que apunten a buenas estrategias de difusión.





Utilizar la comunicación interpersonal como estrategia para responder a hombres y mujeres que requieran una mayor seguridad y confianza para aceptar y solicitar las detecciones.

-Identificar confusiones que ameriten explicación, vacíos que requieran información adicional y responder a preguntas y temores personales sin imposiciones ni deformaciones.

-En términos generales la IEC debe contribuir a:
Promover una mayor participación de las usuarias de los servicios en la toma de decisiones a favor de la Salud Ginecológica.

-Favorecer en las mujeres y sus parejas la capacidad de ejercer su derecho de decidir con responsabilidad y libertad.

-Lograr un mejor conocimiento de la percepción y la necesidad de contar con los servicios de la Salud Ginecológica.

-Mejorar la comunicación interpersonal y la capacidad de asesoramiento de los prestadores de servicios en su interacción con las usuarias del Modelo.

-Aumentar el acceso y la aceptación de los servicios mediante la difusión y promoción.

-Aumentar la demanda entre las personas con mayor necesidad de los servicios.

-Promover el apoyo de la comunidad y el compromiso de las autoridades según corresponda.

-Promover la práctica deseable a nivel individual y entre el género femenino.

-Promover el desarrollo de actitudes responsables a favor de la Salud Ginecológica.

-Fomentar cambios en la percepción de los servicios a fin de que se incremente la demanda.

-Aclarar rumores y malentendidos que distorsionan la percepción acerca de los servicios de Salud Ginecológicas.

-Utilización de los canales de comunicación tradicionales, grupales, interpersonales y medios de apoyo didácticos existentes en la comunidad.

La Consejería es el proceso de análisis y comunicación entre el personal de salud y las usuarias de los servicios para que se brinden los elementos para tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su Salud Ginecológica a través de:

- Tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de las o los usuarios, debe ser respetado en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación.
- Constatar que las usuarias han recibido y comprendido la información sobre las características de este Modelo como parte de la salud sexual y reproductiva.
- Dar atención diferenciada a los adolescentes, las adultas jóvenes y mujeres de 50 años y más.
- Proporcionar información completa sobre los riesgos existentes en la oportuna detección del cáncer cérvico uterino y de mama.

La Consejería es otorgada por cualquier integrante del equipo de salud que haya sido capacitado para tal fin (personal médico, enfermería, trabajo social, paramédico, promotor de acción comunitaria o asistente rural de salud).

Para que la labor de convencimiento sea eficaz, el prestador de servicios debe establecer un diálogo ágil con la usuaria, así como, observar, hacer preguntas relevantes y escuchar.

Debe contar con toda la información y temática relacionada con:

- La salud sexual y ginecológica.
- Las infecciones del tracto genital inferior.
- Las detecciones de cáncer cérvico uterino y de mama.
- Medios para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- La autoexploración de mama.
- La visualización del cérvix.

Un primer paso fundamental para la aceptación de los servicios de detección es resaltar y dejar claro que las principales acciones en Modelo de Salud Ginecológica son:

1. La exploración ginecológica.
2. La visualización del cérvix, con aplicación de ácido acético (para mujeres de 15 a 49 años) que hayan iniciado su vida sexual.
3. La citología cervical para mujeres de 50 años y más.
4. La autoexploración de mama.
5. El examen clínico de mamas por personal de salud.





El padecimiento a detectar es cáncer, el cual afecta a las mujeres en general, no importando edad, escolaridad, estado civil o clase social.

Está dentro de las enfermedades denominadas “silenciosas”, debido a que no presenta síntomas de alarma, hasta etapas avanzadas, por lo que la mujer puede estar y sentirse aparentemente “sana”; pero sin que eso signifique que esté libre de enfermedad.

Estas alteraciones no aparecen de la noche a la mañana, la oportunidad de detección es amplia.

Atenuando a lo antes expuesto, se descarta las incalculables e innumerables ventajas de la detección, principalmente en la salud de la mujer, del costo-beneficio de las detecciones, de la posibilidad de que sean evitables y del tratamiento y rehabilitación de estos tipos de cáncer.

En la exploración ginecológica y en las pruebas de detección se requiere:

Poner especial atención en el manejo del pudor (sentimiento de reserva hacia lo que puede tener relación con el sexo) y que es expresado por vergüenza timidez, motivo por el cual, antes de toda información sobre la exploración ginecológica y pruebas de detección el personal de salud debe crear un clima de confianza en lo individual y con la pareja.

Para poder propiciar este clima, es necesario ponerse en el lugar del otro, escuchar atentamente y ser tolerante en la aceptación del otro.

Otro aspecto que requiere ser tratado, es cuando se identifica una baja autoestima y sus repercusiones en la inequidad de género “el hombre decide, es el jefe de familia es el que manda(...)”; situación que limita la oportuna toma de decisiones en la mujer y su pareja.

Explicar previamente a la exploración, qué es el cérvix y su ubicación, el aparato reproductor femenino, mostrar el espejo vaginal que será introducido para apoyar la observación (visualización) y el liquido revelador (ácido acético) que se aplicará para ver si existe alguna lesión o padecimiento.

Dar a conocer los diferentes padecimientos e infecciones que se pueden presentar y que son detectados durante la visualización del cérvix.

Informar que esta exploración se efectúa en presencia de la auxiliar de área médica (o enfermera) y que incluso, puede estar presente la pareja durante el proceso de visualización.

Preparación previa a la visualización del cérvix:

En las sesiones de información educación y comunicación se debe mencionar a las mujeres y sus parejas, que existen requisitos y recomendaciones para realizar la exploración ginecológica.

Ventajas de la detección oportuna.

Oportunidad: dejar bien entendido la relevancia de los riesgos que se corren ante la inoportunidad de ambas detecciones; para que en caso necesario, se proporcione el tratamiento requerido.

Periodicidad: enfatizar que la exploración ginecológica debe realizarse en forma anual o antes si es necesario y la citología cervical (Papanicolaou) cada 3 años.

Riesgos: aclarar la importancia de conocer los resultados de la exploración de mama, la visualización del cérvix o Papanicolaou a fin de recibir el tratamiento curativo con oportunidad.

Temporalidad: reforzar que estas detecciones no son prácticas de una sola vez, que la autoexploración de mama se debe realizar cada mes; la visualización del cérvix anualmente; y la citología cervical cada tres años dependiendo de los resultados o antes de ser necesario.

Efectos reales de la detección: asegurar que haya quedado claro en la mujer y su pareja, que después de la visualización o de la autoexploración de mama, se puede adquirir alguna enfermedad ginecológica.

Seguimiento: asegurar la comprensión de la información proporcionada solicitando retroinformación después de haber realizado la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y de mama. Aclarar dudas en caso necesario y sensibilizar a la mujer sobre la importancia de que acuda a la Unidad Médica cuando se solicite su presencia para verificar el diagnóstico o recibir tratamiento especializado.

Comunicación: no olvidar que ésta requiere de palabras sencillas, que se apeguen a su lenguaje, pero con respeto a su cultura, tabúes y mitos de la población, porque de no hacerlo puede provocar en el receptor una experiencia negativa derivada de la incomprensión, intolerancia, falta de calidez y maltrato, que se puede interpretar como rechazo.

Eficacia: aquí se comenta a las mujeres que la visualización cervical con aplicación de ácido acético, así como la citología cervical, son pruebas seguras y confiables que nos permiten obtener resultados en forma inmediata.

Especificidad: de acuerdo a la edad de las mujeres se realizan dos tipos de pruebas de detección del cáncer cérvicouterino, a las que se encuentran entre 15 y



49 años se les realiza la visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5% y a las mujeres de 50 años y más se les realiza la citología cervical o Papanicolaou.

Retroinformación: se debe solicitar a fin de identificar desinformación, evitar malos entendidos, así como la aclaración de dudas.



Responsabilidad compartida entre el prestador de servicios, la usuaria y su pareja:

1. Que el prestador del servicio comprenda que tiene la responsabilidad de proporcionar a través de una relación interpersonal auténtica, libre, profunda, empática y significativa, toda la información necesaria sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y de mama y así garantizar la absoluta comprensión en las solicitantes de los riesgos y beneficios de ésta.

2. Que la solicitante comprenda que tiene derecho a recibir de manera clara, precisa y veraz, toda la información requerida para asumir la responsabilidad de aceptar ambas detecciones en la periodicidad establecida y así garantizar su bienestar individual y en consecuencia su entorno familiar.

3. La finalidad de este componente es ratificar que la decisión de la usuaria, es libre y se toma sin ninguna presión, y que en cualquier momento antes y durante el procedimiento, se respetará la voluntad de cambiar su decisión.

Para ello, es importante considerar el reforzamiento de los recursos del segundo nivel, donde todos los hospitales del Programa cuentan con un área habilitada, donde se corroborará o descartará el diagnóstico de patología premaligna o maligna del cuello uterino y se establecerá en caso necesario el tratamiento específico, a todas aquellas pacientes con prueba de ácido acético positivas y/o citología cervical a partir de displasias o más, que sean derivadas para su manejo en este nivel. A estas áreas se denominan “Módulos de Salud Ginecológica”.

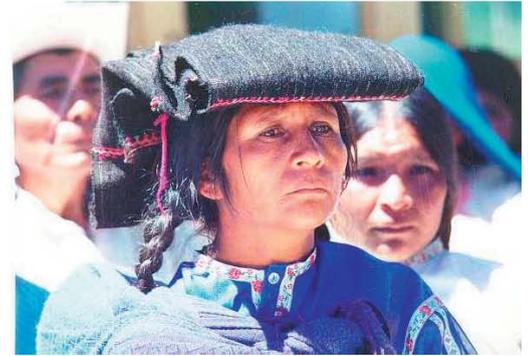
El módulo es un área habilitada de acuerdo a la disponibilidad y características de cada Hospital Rural, plena y claramente señalizada, así como fácilmente localizable para las usuarias. A este lugar se refieren en forma programada y bajo previa cita a todas las mujeres que hayan resultado con una prueba de ácido acético positiva y aquellas mujeres con resultados de citología cervical a partir de displasias. Existen hospitales donde el módulo se ubica de manera permanente; en otras unidades, donde por la demanda y la disponibilidad de espacio sea necesario programar su funcionamiento dos ó tres días a la semana de acuerdo a la demanda.

El módulo funciona de 2 a 3 días a la semana, con un horario de 8 horas (8:00-16:00), con 20 pacientes por día, (esto varía de acuerdo a la demanda y los recursos de cada unidad).

El responsable del Módulo de Salud Ginecológica es un médico N-34, de consulta externa u hospitalización, seleccionado previamente por el director de hospital rural, considerado por su antigüedad y desempeño previo, la disponibilidad, las habilidades clínicas y su interés por las actividades del Módulo de Salud Ginecológica.

Es importante destacar que el médico responsable está capacitado y habilitado como técnico colposcopista, a través de un curso previo de adiestramiento de 4 a 6 meses, en los centros regionales de capacitación del Programa IMSS-Oportunidades. Durante los días que el módulo funcione, el médico seleccionado se dedica en el horario establecido a esta actividad.

Durante un año alrededor de un millón de mujeres campesinas e indígenas aceptaron la exploración ginecológica, avance significativo ya que se detectaron y trataron 332 mil 726 mujeres con cervicovaginitis, 3 mil 853 lesiones precancerosas del cérvix y mil 191 pacientes con displasia leve o moderada; dentro del universo de atención del Programa IMSS-Oportunidades.⁸



1.5 Situación social de la mujer indígena y campesina.

En el campo viven 12 millones de mujeres aproximadamente y 10 trabajan cultivando la tierra, en jornadas de 16 a 18 horas al día.

Cada vez más mujeres son la cabeza de la familia porque sus compañeros o esposos migran a las ciudades o los Estados Unidos de América, o por que tienen que contribuir al gasto del hogar.

La mitad de las mujeres en México, en unión libre o casada, son víctimas de violencia intrafamiliar. En las áreas rurales e indígenas la violencia contra las mujeres y los niños se da en 8 de cada 10 hogares y mueren por esta razón tres veces más mujeres indígenas que las que no lo son.

En los últimos 30 años, la educación de la mujer ha mejorado, en la década de los 70s, la mujer estudiaba alrededor de tres años de escolaridad y en el 2000 alrededor de siete años, pero en la actualidad la mitad de las mujeres indígenas en México no saben leer ni escribir.

Dentro del programa IMSS-Oportunidades se atienden a 3.6 millones de mujeres campesinas y a 2 millones de mujeres indígenas.⁹

⁸ Reporte de retos y prioridades 2003-2004. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades

⁹ Guía del taller para el empoderamiento de la mujer y campesina ¡Por Nosotras Mismas! IMSS. México 2002 p33.

1.5.1 Familia

La familia es un grupo de personas diferentes entre si unidas por parentesco, en donde todos sus integrantes tienen un papel que juegan y comparten una forma de vida propia de acuerdo a sus creencias, costumbres y valores.

En las familias rurales e indígenas las mujeres tienen doble carga de trabajo, el cuidado del hogar y las labores del campo, en las mujeres recae el 90% del cuidado de los hijos.



Las mujeres constituyen un elemento fundamental en la educación y desarrollo de la familia, ya que gran parte del tiempo se dedica al cuidado de los hijos y las labores del hogar, asimismo desempeña diferentes papeles.

-Como esposa o compañera: Promover un trato equitativo con la pareja, para atender las labores del hogar, la administración de los recursos, la educación de los hijos y la toma de decisiones para mejorar las condiciones de la familia.

-Como madre: Proporcionar cuidados a los hijos desde el embarazo, nacimiento y durante la primera infancia; la relación que la madre establece con los hijos se va formando a través de la atención el cariño y afecto.

-Como hija: Aceptar ser guiada por los padres debido al respeto y al reconocimiento de su experiencia, cooperar con las tareas del hogar y contribuir al sostenimiento de este.

-Como suegra: Compartir con respeto la experiencia de vida que pueda servir para la pareja, sin emitir juicios y solo opinar cuando se solicite.

-Como hermana: Facilitar las relaciones con los hermanos, compartir las responsabilidades y deberes en los quehaceres de la casa,

-Como jefa de familia: Desempeñar con valentía y seguridad como guía y fuente principal del sustento económico y moral de la familia.

La mujer cumple diversas funciones fundamentales en la familia.

-Reproductiva: Es el número de hijos que se desea tener con la pareja, con el fin de procrear y dar continuidad a los lazos de sangre, decisión importante que se toma libremente entre los miembros de la pareja.

-Educación: Transmitir costumbre, creencia, enseñanzas y valores que establezcan una relación de concordia en la sociedad, así como también impulsar que los hijos asistan a la escuela, que estudien y realicen sus tareas.

-Alimentación: Proporcionar una adecuada alimentación que contribuya al buen desarrollo físico y mental de los miembros de la familia y que tengan una buena salud, además de procurar una alimentación balanceada, suficiente y equitativa.

-Salud: Procurar cuidados, atención y prevención de la salud entre los miembros de la familia.

-Socialización: Es la manera en que se aprende y se enseña a relacionarnos con los demás, aquí es donde se transmiten las normas y valores que se aprenden en la comunidad para convivir en grupo.

-La administración: Administrar los recursos, hacer rendir el gasto para solventar las necesidades principales como comida, ropa, escuela y cubrir los gastos de la casa.

La desigualdad es la distribución de responsabilidades, oportunidades y tareas dentro de la familia pero que favorecen más a unos que a otros.

A las mujeres se les educa por lo regular a ser madres, esposas y amas de casa, y a los hombres para ser fuertes, para mandar en la casa y trabajar para el sustento.

A estas diferencias culturales por sexo, en ocasiones pueden propiciar desigualdades, injusticias o inequidades entre hombres y mujeres.

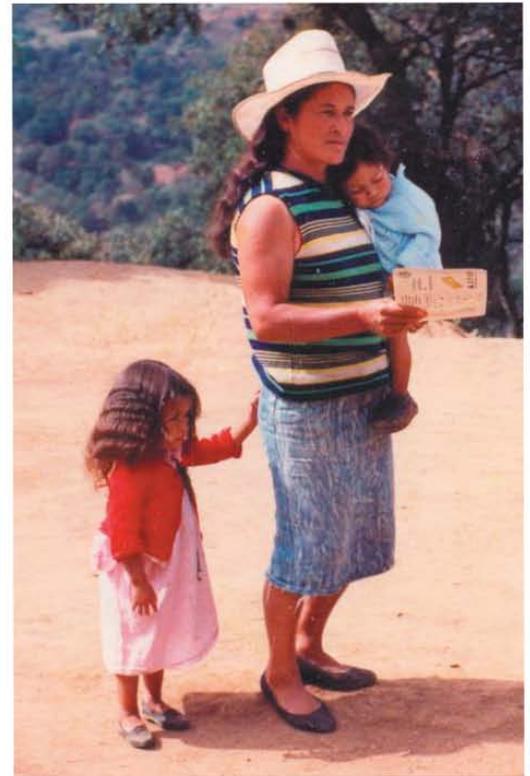
Otro de los problemas que ocasiona la inequidad y desigualdad es la violencia intrafamiliar, esta se manifiesta cuando al interior de la familia se dan acciones de sumisión o obediencia por la fuerza en contra de algún miembro de ella, esta violencia puede ser física, verbal, emocional o sexual y generalmente se manifiesta en los miembros más vulnerables de la familia como son las mujeres y los niños.

La violencia física se expresa mediante golpes, pellizcos, rasguños que producen dolor en algunas partes del cuerpo.

La violencia verbal se manifiesta con gritos, insultos, amenazas que producen daño interno en la autoestima.

La violencia emocional es una forma de agresión, menosprecio, humillaciones, minimizar a la madre en presencia de los hijos o viceversa, intimidación, generando miedo y culpas.

Violencia sexual es la exigencia del hombre para realizar el acto sexual sin consentimiento, mediante amenazas, golpes y/o engaños.



1.4.3 Trabajo

El trabajo es un conjunto de actividades intelectuales y/o físicas con las que se producen bienes para beneficio propio y de la comunidad. Estos bienes pueden ser económicos, de servicios o culturales.

En las zonas rurales e indígenas las actividades que llevan a cabo las mujeres son el trabajo del campo, como cultivo y cosecha, crianza de animales para autoconsumo labores comunitarias y el trabajo en casa, actividades no remuneradas, entorpecidas por la falta de servicios de salud, agua, luz, transporte y caminos, sin embargo para contribuir a la economía familiar realizan labores artesanales, comercio de estos productos y la migración a las ciudades a realizar el trabajo domestico, actividades que si tienen remuneración económica.

La discriminación laboral se refiere a cualquier tipo de distinción, exclusión o preferencia que no permita o dificulte la igualdad de oportunidades o de trato en el trabajo por condiciones de sexo, raza o estado civil.

Entre las discriminaciones que sufre la mujer en el trabajo se encuentran las siguientes: despido por embarazo o lactancia, salario inferior al del hombre, acoso y falta de prestaciones sociales. En el ámbito rural solo el 14% de las mujeres campesinas tienen acceso a créditos rurales, comparadas con el 25% que se les otorga a los hombres.

A si como también se les cobra el doble de interés al solicitar un préstamo y el banco rural les exige una propiedad como garantía para el préstamo de dinero, que muchas veces no pueden cumplir por que se les impide ser dueñas de una propiedad.

1.5.4 Salud.

La salud se refiere al estado de bienestar físico, mental y social que hace que las mujeres y los hombres puedan disfrutar de una vida satisfactoria, para eso se requiere de tener buenas condiciones de vida.

Las primeras causas de muerte de las mujeres campesinas e indígenas se deben a enfermedades del corazón, el cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y complicaciones en el parto.¹¹

Cada vez es mayor el número de mujeres que contraen el VIH SIDA, la migración es un factor de riesgo, por las relaciones sexuales no protegidas de sus parejas.



¹¹ *Idid.*



La mayoría de las mujeres de 15 a 45 años de edad que usan algún método anticonceptivo lo hacen sin el apoyo o consentimiento de su pareja.

La autoestima es la capacidad del ser humano para conocerse, aceptarse, valorarse y quererse, cuando las personas aceptan tanto sus habilidades como defectos y hacen que los demás los acepten de la misma manera significa que su autoestima es alta; por el contrario cuando la persona piensa que vale poco y que no es aceptado ni querido por los demás, se dice que tiene una autoestima baja.

Algunas de las formas en las que las mujeres demuestran su autoestima son:

- Sintiéndose bien como mujeres.
- Reconociendo sus cualidades y defectos.
- Superación constante.
- Imponiéndose al maltrato.
- Enfrentar los problemas con fortaleza.
- Defendiendo sus opiniones.
- Tomar decisiones con responsabilidad.
- Reconocer y valorar su trabajo diario tanto en el hogar como en las actividades remuneradas.

En las comunidades donde existe el patriarcado las mujeres normalmente tienen una autoestima baja, debido algunas costumbres, mitos y creencias que vulneran y obstaculizan el desarrollo de la mujer.

Algunas de estas acciones son: que el hombre sea el que decide sobre el cuerpo de la mujer, el uso de métodos anticonceptivos, el número de hijos que van a tener; que las relaciones sexuales son una obligación y no algo consentido; que las mujeres se sometan a la autoridad del hombre, aun cuando sea ejercida con violencia y el consentimiento de actitudes machistas.

1.5.4.1 Salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva forma parte de la salud en general y se refiere a la posibilidad que tienen los seres humanos de tener relaciones sexuales placenteras y consentidas, a no tener temor de contraer una infección de transmisión sexual o embarazos no planeados.

También el poder decidir el número de hijos, acceso a métodos anticonceptivos, así como el derecho a la atención médica durante el embarazo.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva en la mujer permite:

- Tener una vida sexual responsable.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual.
- Planear el número de hijos y cada cuando tenerlos.
- Evitar embarazos no planeados.
- Prevenir riesgos relacionados con el embarazo y parto.
- Estar preparada para la etapa de la menopausia.
- Realizarse las pruebas de detección de cáncer cérvico uterino y cáncer de mama.

1.5.4.2 Cáncer Cérvico Uterino CaCu.

El cuerpo está compuesto por varios tipos de células que normalmente crecen, se dividen y producen más célula, según se requieran para mantener saludable al cuerpo, sin embargo, por alguna razón, estas modifican su conformación y el proceso se desordena y las células continúan dividiéndose de manera incontrolada y desordenada cuando no se necesitan células nuevas, a este tipo de desorden se le denomina carcinoma o cáncer.

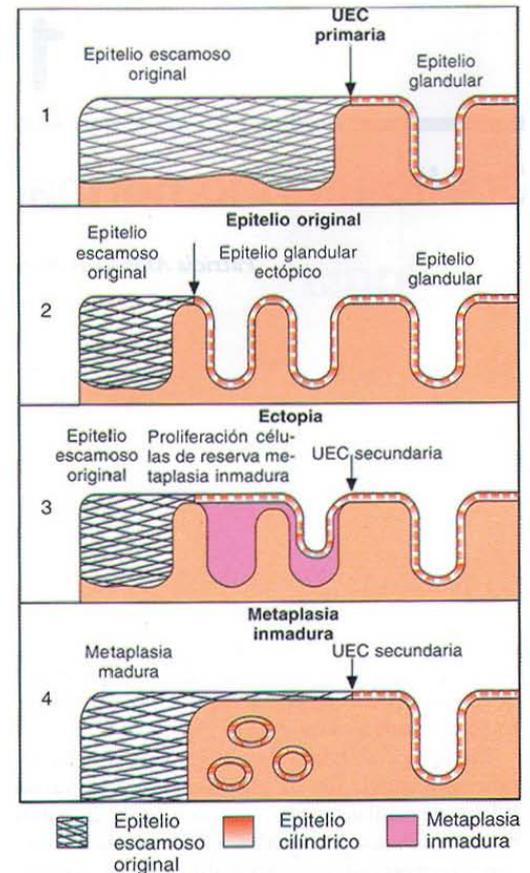
El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que al desarrollarse en forma incontrolada avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterando así el funcionamiento del organismo.

El cáncer cérvico uterino es cuando se encuentran células cancerosas (malinas) en los tejidos del cuello uterino o cérvix.

El cuello uterino está tapizado por dos tipos de tejidos celulares (epitelio), el exocervical, que es plano pavimentoso y, el endocervical, que es cilíndrico mucosecretor, el sitio anatómico en donde se localiza la unión de ambos epitelios es muy variable, depende de la acción de las hormonas ováricas, lo que a su vez se relaciona con la edad.

El sitio de unión de estos epitelios se denomina zona de unión escamo-columnar y es un área dinámica, sujeta a cambios constantes relacionados con la acción de las hormonas ováricas, como los estrógenos, que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor en epitelio pavimentoso.¹²

Debido a que en esta área existe una gran actividad celular es fácilmente vulnerable a sufrir alteraciones por factores internos o externos, estos factores pueden ser desde los cambios hormonales, infecciones, el Virus del Papiloma Humano (VPH) y enfermedades de transmisión sexual, que alteran de alguna u otra forma la conformación celular.



¹² Alonzo, Lazcano, Hernández. Cáncer cervicouterino, Ed. Panamericana. México 2002 p3.



Estas alteraciones pueden ser pasajeras o permanentes, dando como resultado modificaciones morfológicas de las células, como el crecimiento exagerado del núcleo, la disminución del citoplasma, y la división de núcleos en una misma célula, generando a células hijas con estas mismas alteraciones, que se reproducen o dividen en forma anormal e incontrolada. Si las alteraciones no se detectan a tiempo pueden llegar a desarrollar displasias, las cuales son lesiones precursoras que pueden conducir al carcinoma invasor.¹³

La mayor parte de las displasias es diagnosticada en la mujer después de los veinte años de edad, para que una displasia severa evolucione a cáncer invasor transcurren de 10 a 14 años, pero no todas las displasias evolucionan en cáncer.¹⁴

Los factores asociados con el inicio del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) son: el inicio de vida sexual a temprana edad, infecciones genitales frecuentes o Cervicovaginitis, el constante contagio de enfermedades de transmisión sexual como el VHP, Candida, Herpes, Gonorrea; la multiparidad, compañero sexual no circuncidado, tabaquismo, el no consumir frutas y verduras en la dieta alimenticia y/o antecedentes genéticos, cabe destacar que el solo hecho de dar inicio a la vida sexual pone a la mujer en situación de riesgo.¹⁵

La displasia se caracteriza por un espectro de cambios citohistológicos con características intermedias entre las del carcinoma *in situ* y el epitelio cervical normal. Según la gravedad de la atipia celular y el espesor de los cambios celulares anómalos en el epitelio, la displasia se divide en tres grados, leve, moderado y grave.

Otra forma de clasificar la displasia es definirla como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). La NIC incluye todos los grados de displasia y carcinoma *in situ*. Las lesiones se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad.

NIC I es la displasia que afecta a un tercio inferior del epitelio;

NIC II es cuando afecta a los dos tercios inferiores del epitelio

NIC III la lesión intra epitelio escamosa en la cual, las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio.

Las nomenclaturas que se utiliza en el sistema nacional de salud son una conjunción o equivalencia de estas nomenclaturas.¹⁶

Etapa 0 o carcinoma *in situ*.

El carcinoma *in situ* es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

¹³ *Ibid.* p7.

¹⁴ www.cancerresearch.org

¹⁵ www.tusalud.com.mx

¹⁶ Martínez Sánchez José. Tesis Disminución de la percepción del dolor en pacientes con CaCu con técnicas psicológicas. UNAM Facultad de Psicología 2000 p17.

El termino “carcinoma *in situ*” hace referencia a una forma maligna del epitelio de las células escamosas, que reemplaza al epitelio normal del cuello uterino pero sin pruebas de invasión real del estroma (trama de membrana mucosa del cérvix) subyacente.

Etapa I

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de células cancerosas que solo son visibles a través del microscopio, la invasión se limita a una moderada invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y un ancho máximo de 7mm.

IA1: Invasión mínima del estroma microscópicamente evidente, con una profundidad máxima de 3mm y un ancho máximo de 7mm.

IA2: Moderada invasión del estroma con una profundidad de 3-5 mm y un ancho máximo de 7mm.

IB: Lesión clínica confinada al cuello o lesiones preclínicas mayores que el estadio anterior.

IB1 Lesiones clínicas de tamaño no mayor de 4 cm.

IB2 Lesiones clínicas de tamaño mayor de 4cm.

Etapa II

Carcinoma cervical que invaden más allá del útero pero no alcanza el tercio inferior de la vagina, y se ha diseminado a regiones cercanas, pero aun se encuentra en la región pélvica.

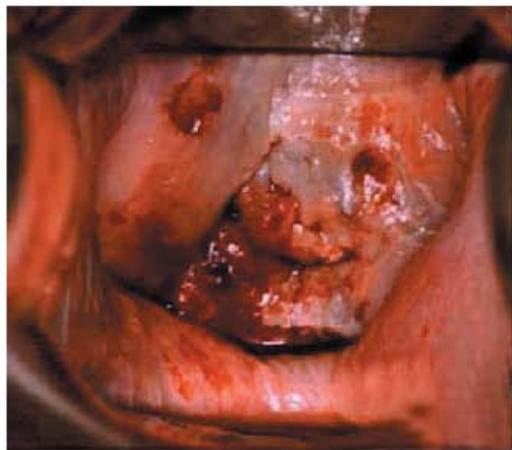
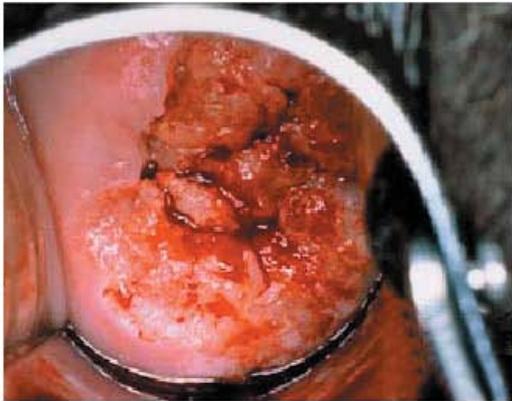
IIA El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

IIB El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Etapa III.

El cáncer se extendió a toda la región pélvica, bloqueando los uréteres (tubos que conectan los riñones a la vejiga).





Etapa IV.

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo se denomina cáncer invasor.

IVA Diseminación del crecimiento del tumor, a órganos adyacentes, como la vejiga o el recto.

IVB El cáncer se ha diseminado a órganos distantes, tales como los pulmones.

Cuando la enfermedad del cáncer cérvico uterino llega a la etapa de cáncer invasor las posibilidades de recuperación son nulas y la paciente se encuentra en fase terminal y muere en un tiempo corto.

Por esta razón es de suma importancia que el diagnóstico se confirme en las etapas iniciales como en las neoplasias NIC I II III, carcinoma in situ o en la etapa I, para que se de un tratamiento adecuado y que pueda combatir la enfermedad.

Cabe destacar que el cáncer cérvico uterino puede ser recurrente, es decir que se una mujer puede llegar a tenerlo aun cuando ya lo haya combatido.

Pruebas de detección de lecciones premalignas y malignas del Cervix.

El cáncer cérvico uterino no presenta síntomas en las etapas iniciales solo en las etapas finales cuando el cáncer se a diseminado, la única forma de que el CaCu se diagnostique en las etapas iniciales, es realizando exámenes periódicos del cervix, las pruebas que realiza el programa IMSS-Oportunidades a su universo de trabajo en 1er y 2do nivel son dos: La visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5% a mujeres de 15 a 49 años y la citología cervical (Papanicolaou) a mujeres de 50 y más años.

La visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5% es una de las dos acciones de detección del cáncer cérvico uterino, que plantea el Modelo de Atención a la Salud Ginecológica.

La visualización cervical, es una prueba sencilla y accesible, que ha sido usada desde hace varios años para la identificación de lesiones premalignas y malignas del cérvix. Se basa en la observación directa de los cambios producidos en el cuello uterino al reaccionar con una solución acuosa de ácido acético al 5%.¹⁷

Se realiza en las mujeres de entre 15 y 49 años de edad, que hayan iniciado su vida sexual, en quienes por sus características anatómicas y fisiológicas es susceptible de observar la zona de transición o también llamada unión escamosa del cérvix, lugar donde con mayor frecuencia se originan los procesos malignos del cérvix.

17 Atlas y guía diagnóstica del modelo de atención a la salud ginecológica. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. México 2001 p226.

Los resultados dependen directamente del observador y se obtienen en el mismo momento de realizar la prueba, lo que brinda la posibilidad de seleccionar en forma inmediata a las mujeres que tienen una probabilidad de presentar alteraciones preneoplásicas o neoplásicas, con lo que se pueden establecer medidas diagnósticas y en caso necesario dar tratamiento específico en un menor tiempo, con lo que se disminuyen los tiempos perdidos, la morbilidad y mortalidad.

El ácido actúa sobre el cérvix en primer término, eliminando el moco y los residuos celulares presentes en la superficie de la mucosa y posteriormente al ingresar a las células, que provocan contracción vascular e hinchazón de las papilas, lo que origina un aspecto pálido del epitelio cervical.

Cuando el ácido acético se aplica en áreas del epitelio con algún grado de displasia o neoplasia, se provoca una coloración blanquecina en los tejidos, denominándose como zonas acético blancas.

El efecto del ácido acético sobre los tejidos se produce alrededor de un minuto y medio, posterior a su aplicación y tiene una duración de dos minutos aproximadamente.

De acuerdo a los resultados de la visualización cervical se reportan como visualización cervical positiva cuando, al impregnar el cérvix con ácido acético se presentan zonas acético blancas, o visualización cervical negativa, cuando al impregnar con ácido acético, no se presentan zonas acético blancas.

El procedimiento que debe seguirse para la visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5% es:

1. Pedir a la mujer que se coloque en la mesa de exploración en posición ginecológica.
2. Seleccionar el espejo vaginal de acuerdo al tamaño y elasticidad de la vagina.
3. Colocar el espejo vaginal sin lubricar, hasta lograr la exposición del cérvix.
4. Se toma con una pinza de anillos, una gasa o torunda impregnada en forma abundante de ácido acético al 5%.
5. Se introduce la pinza con la gasa a través de la vagina y se aplica directamente en toda la superficie del cérvix.
6. Esperar un minuto y medio.





7. Observar nuevamente y con detenimiento el cérvix para determinar si se presentan cambios en la coloración de alguna zona, haciendo énfasis en la aparición de áreas blanquecinas o acético blancas.

8. En caso que no exista duda sobre el resultado de la prueba, se retira con maniobras suaves el espejo vaginal.

9. Solicitar a la paciente que baje de la mesa.

10. Llenar el expediente y el formato de reporte de resultados de visualización cervical con ácido acético de acuerdo a los hallazgos.

11. Informar a la paciente de manera sencilla y clara sobre los resultados de la prueba y los pasos a seguir posteriormente.

12. Cuando el resultado de la prueba no sea del todo claro, se puede repetir la aplicación del ácido acético dos o tres veces, sin que esto represente algún problema para la paciente.¹⁸

El efecto de la aplicación del ácido acético al 5% no es nocivo para los tejidos, únicamente puede llegar a provocar un discreto y pasajero ardor en la vagina, el cual desaparece al cabo de unos segundos.

Las condiciones que se requiere para poder realizar esta prueba, es que la mujer haya iniciado su vida sexual, que no estén menstruando, que no hayan tenido relaciones sexuales el día anterior y que no se hayan aplicado medicina vía vaginal como son óvulos o baños de asiento.

La citología nació como procedimiento diagnóstico gracias a los estudios de varios investigadores, entre los cuales destaca George N. Papanicolaou, que desarrollo un sistema para reportar los resultados de sus observaciones sobre los frotis cervicovaginales.

La citología cervical, también llamada Papanicolaou, es la segunda acción de detección del cáncer cérvico uterino dentro del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica, esta dirigida a la población femenina de 50 años y más, a las mujeres de este grupo de edad, por las modificaciones fisiológicas atribuibles a la menopausia, no es posible visualizar la zona de transición la cual se contrae al canal cervical, por lo tanto la toma de una muestra de células del endocérvix resulta fundamental.¹⁹

Esta prueba se basa en el análisis microscópico de células exfoliativas para detectar posibles cambios epiteliales.

18 Modelo de atención a la salud ginecológica con énfasis en CaCu. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. México 2002 p27.

19 Atlas y guía diagnóstica del modelo de atención a la salud ginecológica. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. México 2001 p15.

El procedimiento que lleva a cabo el Programa IMSS-Oportunidades dentro del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con Énfasis en CaCu, para la recolección y fijación de las muestras para el estudio citológico es el siguiente:

1. Informar y orientar a la usuaria acerca de las maniobras a realizar y las posibles molestias que podría tener durante el mismo.
2. Llenar correctamente el formato de solicitud del estudio. Este contiene los datos generales de la usuaria, antecedentes ginecobstétricos, que servirán para una mejor lectura de los resultados en el laboratorio.
3. Preparar el material e instrumental a utilizar con técnica estéril.
4. Se divide la laminilla en tercios, en uno de los tercios extremos se colocan los datos de la paciente y de la unidad médica, utilizando el lápiz con punta de diamante.
5. Seleccionar el espejo vaginal de acuerdo al tamaño y elasticidad de la vagina.
6. Colocar a la mujer en mesa de exploración en posición ginecológica.
7. Colocar el espejo vaginal sin lubricar, hasta lograr la exposición del cérvix.
8. Se toma en primer lugar la muestra endocervical; insertando cuidadosamente el cepillo endocervical (citobrush) en el endocérvix y rotándolo en sentido de las manecillas del reloj en dos ocasiones, es importante aclarar que con frecuencia, al realizar esta maniobra se produce un discreto sangrado en el endocérvix.
9. Extender la muestra en el tercio medio de la laminilla, a través de movimiento rotatorio y ejerciendo una presión suave del cepillo contra la laminilla, procurando que el extendido sea suficiente, delgado y homogéneo, para cubrir toda el área.
10. Posteriormente se realiza la toma de muestra exocervical; con una espátula de Ayre colocándola en el exocérvix y rotandola por toda la superficie en dos ocasiones en el sentido de las manecillas del reloj, ejerciendo presión suave pero firme.
11. Extender el material obtenido en el tercio externo de la laminilla (del lado contrario a los datos de identificación), deslizando la espátula sobre la superficie de la laminilla en forma suave y firme, procurando que el extendido sea suficiente, delgado y homogéneo.
12. Fijar con spray a 30cm. de distancia, con la laminilla en posición horizontal y el pibote del depósito en sentido paralelo. Nunca colocar el spray a una distancia menor de 30cm.

13. Retirar el espejo vaginal con maniobras suaves.

14. Solicitar a la usuaria que baje de la mesa de exploración e informar sobre el resto del procedimiento con énfasis en el tiempo de espera y la posibilidad de repetir el estudio ante fallas, errores o dudas.

Por último, es importante llenar adecuadamente el formato correspondiente así como derivar adecuadamente y oportunamente la laminilla para su lectura.

La laminilla es llevada al laboratorio donde un especialista realiza los procedimientos de revelado, revisa y busca alguna lesión en el cérvix con la ayuda del microscopio y manda los resultados al doctor; si se encontró alguna lesión el médico dará el tratamiento adecuado y si no se citara a la paciente el próximo año.

La citología se hace por una persona capacitada, puede ser un médico, enfermera o auxiliar médico, que lo realiza con mucho cuidado, gentileza y respeto a las pacientes que solicitan la prueba, en el lugar de la exploración se encontrara una enfermera o un familiar acompañante de la paciente.

La periodicidad con que se realizará la toma de citología cervical será, a las mujeres de 50 años y más que nunca se hayan realizado una citología cervical o tengan más de tres años de habérsela hecho, se les realizara por dos años consecutivos, si el resultado en ambos años es negativo o inflamatorio, posteriormente se realizara la citología cada tres años.

Para las mujeres que tengan el antecedente de citologías cervical en los dos últimos años y cuyo resultado haya sido negativo o inflamatorio, la citología se realizara cada tres años.

En caso que una mujer se haya realizado la citología en el año anterior y haya sido negativo, se realizara nuevamente en el presente año, si el resultado es negativo o inflamatorio, la toma se hará posteriormente cada tres años.

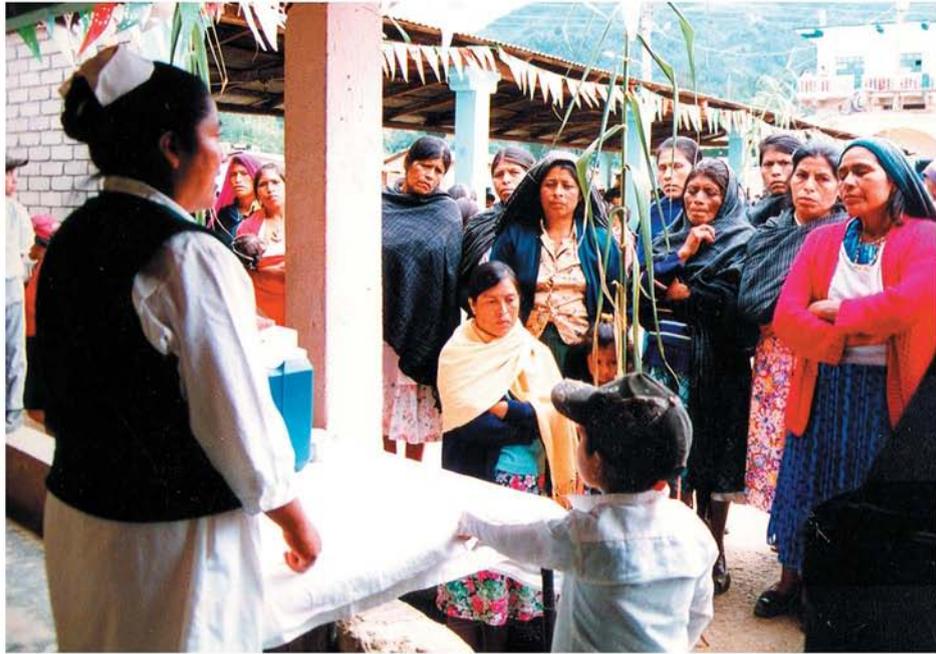
En los casos en que haya un resultado de citología positiva a displasia leve o más, el seguimiento y control con citología se individualizara única y exclusivamente en el Hospital Rural.

Las condiciones que se requiere para poder realizar esta prueba son las anteriormente mencionadas, es que la mujer haya iniciado su vida sexual, que no estén menstruando, que no hayan tenido relaciones sexuales el día anterior y que no se hayan aplicado medicina vía vaginal como son óvulos o baños de asiento.

capítulo 2

Proceso de

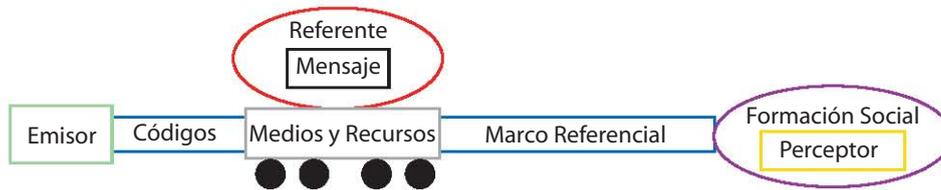
comunicación.



2.1 Proceso de comunicación.

La comunicación es un proceso que nace de la necesidad y deseo de hacer común lo que debe entenderse, la comunicación ayuda a relacionar los objetos con las personas y a las personas entre si.

Para que el proceso de comunicación pueda llevarse a cabo es necesario los siguientes elementos.



“Emisor: Todo individuo, grupo o institución que a partir de una determinada intencionalidad y de un análisis de sí mismo y de sus destinatarios (perceptores) produce un mensaje. El emisor puede ser un individuo, grupo o institución. Un emisor puede elaborar su mensaje para persuadir, pedir, intimar, agradecer, explicar, indicar, valorar, ocultar o manipular.

Códigos: Son las reglas esenciales de una determinada conducta o de un determinado mensaje, en referencia a cualquier tipo de lenguaje, estos códigos son determinados por un grupo de individuos dentro de una determinada formación social.

Medios y recursos: Es el vehículo mediante el cual se difunde el mensaje, estos pueden ser los recursos humanos o materiales.

Mensaje: Es lo que captan nuestros sentidos, y su organización responde a un código y a una intencionalidad. Se reconocen dos tipos de mensaje, el dirigista (autoritario) y el orientador. El autoritario busca inducir la conducta ajena hacia un ámbito que responde a los intereses del emisor; el orientador ofrece al perceptor los elementos necesarios para que éste realice su propia interpretación, sin forzarlo a una interpretación predeterminada.

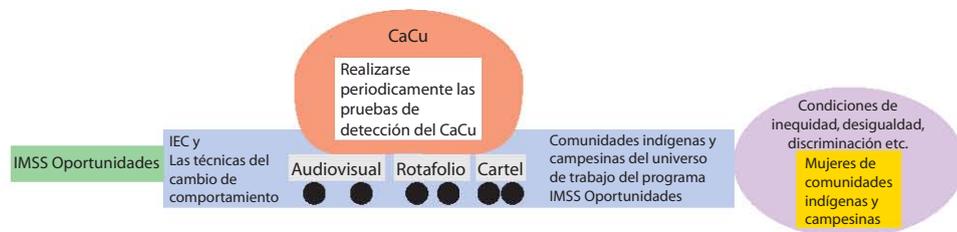
Referente: Constituye el tema del mensaje, el grado de referencialidad se da por la relación entre el mensaje y el tema que lo constituye, la alta referencialidad es aquel que traduce fielmente al referente y que lo presenta en sus relaciones esenciales; la baja referencialidad tiene lugar cuando el mensaje no permite que el perceptor llegue a comprender el tema que esta frente a él.

Marco de referencia: Constituye el contexto inmediato a partir del cual se interpreta un determinado mensaje, cabe destacar que el marco de referencia esta ligado al código, si uno cambia el otro también.

Perceptor: Es el individuo que percibe el mensaje, ya que el hombre no recibe información en forma pasiva, la percibe activamente.

Formación social: Es aquel que permite situar un proceso de comunicación en las condiciones económicas, políticas y sociales que lo rigen, o sea, determinar cuál de esas condiciones que influyen en un proceso determinado”¹.

Para efectos de este trabajo definiré los elementos que integran este proceso en términos del Programa IMSS-Oportunidades.



Emisor= Programa IMSS-Oportunidades

Códigos= Información, Educación, Comunicación y Consejería (IEC) por último las Técnicas del cambio de comportamiento.

Medios y Recursos= Audiovisual, Rotafolio y Cartel

Mensaje = Realizarse periódicamente las pruebas para la detección de cáncer cervicouterino (CaCu).

Referente = cáncer cervicouterino (CaCu).

Marco de referencia = Comunidades indígenas y rurales del universo de trabajo de IMSS-Oportunidades.

Perceptor = Mujeres con vida sexual activa de comunidades indígenas y rurales del universo de trabajo de IMSS-Oportunidades.

Formación social = Condiciones de inequidad, desigualdad, discriminación hacia las mujeres, baja autoestima, bajo nivel socioeconómico y educativo, así como un inadecuado autocuidado.

¹ Prieto Castillo Daniel. *Comunicación y percepción en las migraciones*, Edi. Serbal/UNESCO. Barcelona España 1984 p12.

2.2 Comunicación educativa para la salud.

La comunicación educativa para la salud, es la utilización de los elementos de comunicación orientados a elevar el nivel de bienestar físico y mental del receptor, llevándolo a crear una mayor conciencia de su salud, persuadiéndolo a participar dentro del proceso de comunicación.

Este tipo de comunicación tiene su mayor aplicación en el campo de la enfermería, surge como un eslabón entre los servicios de salud y la comunidad, teniendo como objetivo principal el de educar e informar sobre la prevención de enfermedades y la utilización de los servicios de salud, por medio de tres vertientes de trabajo:

1. Promoción de la salud: Son todas aquellas actividades individuales y de la comunidad encaminadas a promover un estilo de vida saludable.
2. Protección de la salud: Son las acciones llevadas a cabo por el gobierno y los individuos encaminados a reducir los riesgos ambientales para la salud.
3. Servicios sanitarios de prevención: Son las acciones realizadas por profesionales sanitarios encaminados a evitar problemas de salud.²

La comunicación educativa no solamente cumple el fin de informar sino que también debe incidir en el receptor para que este lleve a cabo una serie de conductas tendientes a cuidar y mejorar su salud, a estas conductas se les conoce como autocuidados.

Los autocuidados son todas aquellas actividades individuales intencionadas y calculadas, realizadas en beneficio propio con el objetivo de preservar y conservar la salud y el bienestar físico y mental, para que los autocuidados sean eficaces se requiere que el individuo posea una serie de conocimientos y habilidades adquiridas por experiencia propia, así como la capacidad de reconocer cuando debe de buscar orientación y ayuda de un profesional de la salud.³

Para elevar el nivel de autocuidados es necesario modificar y cambiar una serie de conductas que las personas tienen muy arraigadas y en ocasiones están reacias a abandonarlas. Para lograr en el receptor un cambio de comportamiento que sea duradero, es decir que la conducta que acaba de aprender la mantenga y la adopte como propia se requiere de técnicas que induzcan a este cambio. Por ejemplo si queremos que las mujeres de comunidades rurales conozcan que es el CaCu, requiere que se realicen periódicamente las pruebas de detección oportuna de esta enfermedad.



² Kozier Glenora Barbara, Kathleen Blais Erb. *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería 2a edición*. Edi. Interamericana, Mc Graw-Hill. México 1995 p307.

³ Terreros Madrigal María del Carmen. *Tesis Sistema de apoyo con el fin de influir en los factores que predisponen al CaCu*. ENEO

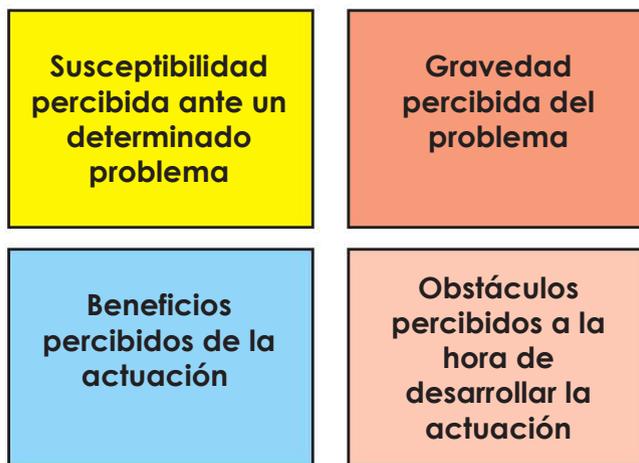
2.3 Técnicas del cambio de comportamiento en el enfoque educativo.

Las técnicas para inducir el cambio de comportamiento parte de la idea de que los individuos harán lo correcto, solo si entienden por que necesitan hacer lo que se les propone y saber como llevarlo acabo, exponiéndoselo de la manera más clara posible.

Cuando se le propone al individuo un cambio de comportamiento, este se enfrenta a una serie de conflictos, el adoptar una nueva conducta dentro de su vida cotidiana que tal vez en ocasiones se contraponen con sus creencias muchas de ellas ya arraigadas es uno de los primeros problemas al que se enfrenta, es la **susceptibilidad** percibida ante un determinado problema, por ejemplo; cuando hablamos de salud sexual femenina muchas mujeres se sienten agredidas y creen que su intimidad es invadida.

El segundo problema es la **Gravedad** percibida del problema, cuando se les informa a las mujeres que el CaCu causa la muerte, estas toman otra actitud frente al problema y pasa a identificar los **beneficios percibidos de la actuación**, como ejemplo las mujeres que son informadas de que el CaCu es curable si se detecta a tiempo, comienzan a evaluar la necesidad de realizarse las pruebas de detección. Por ultimo se encuentran con los **obstáculos** percibidos a la hora de desarrollar la acción, que podía llegar a ser desde la falta de motivación para realizar el cambio, la falta de apoyo por parte de su pareja o el costo económico del cambio.

GRUPOS DE CREENCIAS EN LOS COMPORTAMIENTOS



Cualquier cambio de comportamiento debe basarse en modificar directamente las creencias del individuo, esto se logra cuidando que los mensajes sean legibles y entendibles para el público al que se pretende incidir.

Existen una serie de pasos que llevan a inducir un cambio de comportamiento de acuerdo con Leal⁴ menciona los siguientes:

Crear conciencia e interés

- 1 El perceptor debe ser consciente de que hay una nueva conducta y que es adecuada a su situación social.

Cambio de valores

- 2 Tiene que llegar a creer que el comportamiento propuesto es aceptable para él y para su comunidad.

Persuadir

- 3 Convencerlo de que está bien llevado a cabo el comportamiento.

Crear acción

- 4 Convencerlo para que actúe. Hacer que el comportamiento sea fácil de emprender.

Mantener el cambio

- 5 Conseguir que el comportamiento emprendido sea para siempre.

Crear interés: La mujer debe ser interesada e informada sobre su salud sexual y que esta tome conciencia sobre los riesgos de tener deficiencias en el autocuidado, en esta serie de pasos, la participación activa del personal médico del Programa es de gran importancia, para lograr una comunicación que empatisa con las receptoras se requieren ciertas estrategias de comunicación utilizadas en la comunicación educativa para la salud como son, la utilización de palabras de uso común evitando al máximo los términos técnicos, además que la explicación sea breve evitando las largas explicaciones que solo hacen divagar a la receptora, a esto se le llama sencillez. La siguiente estrategia es la claridad que tiene como objetivo comunicar de forma tal que la receptora sepa el qué, el cómo, por qué, cuándo, el quién del problema planteado, en este caso de CaCu. Se debe tener en

⁴ Leal Jiménez Antonio. Gestión del Marketing Social. Edi. Mc Graw-Hil, Madrid España 2000.

cuenta que no cualquier momento es el adecuado para tratar el problema del CaCu, se debe buscar el momento propicio y pertinente para asegurar que la mujer tiene toda su atención hacia la explicación, además el mensaje tiene que tener relación con ella de lo contrario esta perderá el interés y no se logra la comunicación. Las explicaciones del personal médico del Programa no deben ser monótonas o aburridas por el contrario deben ser dinámicas y amenas, es decir se deben adaptar al grupo al que va dirigido. Por último el personal debe transmitir credibilidad en su discurso, para lograr esto él tiene que conocer y tener información exacta del CaCu y también tener la capacidad de transmitir certeza y confianza de lo que dice.

Cambiar los valores: El hablar de salud sexual es aun un tabú en muchas regiones y esto se observa en zonas rurales e indígenas de nuestro país, y el aceptar que un médico revise a las mujeres es muy difícil, el valor moral que tiene que cambiar es el “pudor” persuadiendo a las mujeres a visitar al médico para elevar su bienestar y salud.

Persuadir: Para lograr persuadir a un individuo es necesario en primer lugar informarlo sobre las ventajas y desventajas de acceder al cambio propuesto. En el caso de CaCu, se enfatiza las desventajas al enfrentar esta enfermedad, como, que es una enfermedad silenciosa de consecuencias fatales; y su ventajas para enfrentar el CaCu, como las pruebas de detección y que es curable si se detecta a tiempo.

Crear acción: Convencer a la mujer para que se realice las pruebas de detección del CaCu no es fácil, sin embargo hay que encaminarla a que acceda a este cambio, otorgándole todos los apoyos e información necesaria y asegurándoles un trato respetuoso y gentil en cada acción que el Programa IMSS-Oportunidades realice para el mejoramiento de su salud. Además de incidir directamente en su conciencia como pilar fundamental del sostenimiento de la familia.

El 90% de las mujeres a las que irán dirigidos estos soportes a diseñar son madres y la mayoría de ellas antes de realizar una nueva conducta piensa si afectara a su familia, en este caso se les informara sobre las consecuencias mortales de la enfermedad y que si ellas se enferman o mueren la estructura y bienestar de su familia cambiara radicalmente afectando principalmente a los más vulnerables. De esta manera se propone a crear conciencia sobre las consecuencias fatales de no llevar acabo la acción propuesta, y así lograr que accedan a realizarse las pruebas de detección del CaCu.

Mantener el cambio: El propósito de este proyecto no es solo que las mujeres en situación de riesgo se realicen las pruebas de detección del CaCu una vez nada más, sino continuar con esta conducta y que año con año deben realizarse estas pruebas, además de participar directamente en el cuidado de su salud y que acudan al médico periódicamente.

2.3.1 Modelo del proceso del cambio de comportamiento

Los pasos anteriores son los recursos que el inductor del cambio de comportamiento debe seguir para inducir al perceptor al cambio, por otra parte para que el perceptor lleve acabo el cambio propuesto interviene un proceso interno conformado por cuatro elementos, mencionados en el cuadro siguiente⁵, no todos los perceptores llegan al final del proceso, ya que pueden abandonarlo en cualquier momento sino se sienten convencidos del cambio de comportamiento propuesto.



1. Observación: Es la etapa en la que el individuo no está considerando la acción deseada. Normalmente obedece a través de tipos de antecedentes, al desconocimiento del problema en cuestión, o tiene la idea de que no es un afectado directo del problema, o a individuos cuyos principios y valores son contrarios al comportamiento propuesto.

2. Análisis: Los individuos se encontrarán en esta etapa cuando sean conscientes de la posibilidad de cambiar su actitud, y analizan las ventajas e inconveniencias del cambio.

3. Conducta: Después del análisis de las ventajas y desventajas, el individuo ha decidido llevar a cabo el comportamiento. Para ello, la forma de incentivar dependerá de si el comportamiento requerido se realizara de una sola vez o requerirá de una repetición constante de este comportamiento.

4. Afirmación: En algunos casos o con individuos concretos es necesaria una estrategia de recordatorios para que no abandonen el comportamiento deseado, es la etapa más importante ya que de ella dependen que los esfuerzos anteriores tengan éxito permanente.

⁵ Leal Jiménez Antonio. Gestión del Marketing Social. Ed. Mc Graw-Hil, Madrid España 2000.

Tomado en cuenta estos elementos los retomare para los fines de esta tesis.

Observación; la actitud inicial de la mujer frente al problema del CaCu es de desconocimiento en algunos casos de esta enfermedad o poca información y en otro caso que este padecimiento no le afecta por que solo tienen una pareja o que la salud sexual es un asunto personal y piensa que se invade su intimidad al tratar este problema de salud.

En este caso la actitud del personal médico es de vital importancia ya que toda clase de acercamiento de la mujer frente a este problema que debe abordarse con sumo cuidado para que la perceptora no se sienta agredida y abandone el proceso.

Una vez que las mujeres hallan escuchado toda la información necesaria sobre el CaCu comenzarán a analizar las ventajas y desventajas de acceder a realizarse las pruebas de detección, comenzando por preguntarse ¿quien la va a realizar? (un hombre o una mujer), ¿si me encuentran algún problema, me darán tratamiento?, ¿que tal si tengo cáncer y no lo sé? ¿que pasará con mi familia? o si el procedimiento causa algún dolor.

Después de que la mujer analizo las ventajas y desventajas, probablemente acceda a realizarse la prueba en ese momento o lo deje para después para consultarlo con su pareja, además de asumir una nueva actitud poniendo mayor atención en las acciones que ponen en riesgo su salud, elevando así su nivel de autocuidado.

En el caso de CaCu las pruebas de detección se deben de realizar cada año o cuando el médico lo indique, para esto el cambio de comportamiento debe ser recordado constantemente para que la nueva actitud tomada no se pierda y todo el proceso tenga un éxito sustentable.

Inducir el cambio de comportamiento en el perceptor no es tarea fácil, enfrentar una variedad de factores que de algún modo intervienen en el perceptor, los retos que se presentan para inducir un cambio de comportamiento son: la ignorancia, irrelevancia, y principios.

Para enfrentar estos retos se recurren a las siguientes estrategias en el caso de la ignorancia - informar, muchas mujeres en riesgo de desarrollar CaCu desconocen esta enfermedad aumentando así el riesgo de tenerlo, para disminuir el riesgo lo primero es informar acerca de este problema de una manera clara hacer que se interesen por su salud elevando así su nivel de autocuidado, con soportes gráficos atractivos y eficaces, para de esta manera accedan a un cambio de actitud modificando sus principios, como el que la salud de la mujer no es importante.

RETOS Y ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR UN COMPORTAMIENTO⁶



⁶ Ibid.

capítulo

3

Diseño

y

Comunicación Visual



3 Diseño y Comunicación Visual

El diseño y comunicación visual es la creación de mensajes gráficos destinados a cumplir con una determinada necesidad de comunicación, la comunicación visual se lleva a cabo cuando un mensaje es plasmado en un soporte emisor dando origen a la imagen gráfica.

3.1 La imagen gráfica.

La imagen gráfica es la base principal de la comunicación visual en la que se representa un universo perceptivo de formas concretas y vivientes que conllevan a un valor intrínseco de la imagen.

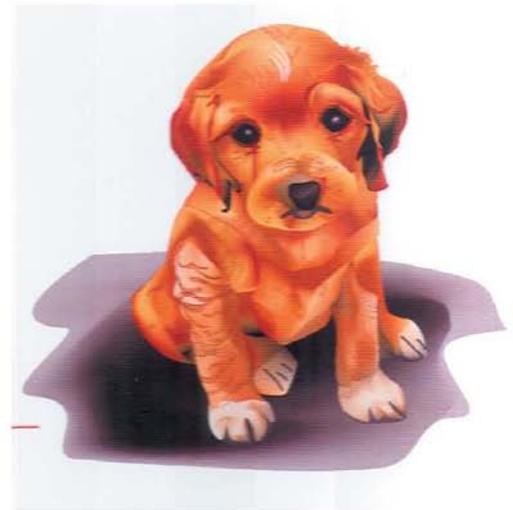
Ninguna imagen gráfica es creada inocentemente ya que esta cargada de intencionalidad para ser vista por un perceptor, esta imagen puede ser un simple garabato de un niño que dibuja a su perro para mostrar que tiene 4 patas, o una imagen de una campaña publicitaria creada para persuadir al perceptor a comprar un determinado producto.

La intencionalidad del emisor va siempre orientada a lograr que se produzca un tipo de lectura, que el perceptor acepte las reglas que se le proponen y no se salga de la interpretación predefinida, pero esa intencionalidad no siempre se cumple ya que esta depende de la funcionalidad de la imagen.¹

La Teoría General de la Imagen que plantea Jacques Aumont establece tres funciones principales, la representativa, simbólica y convencional.

Funciones de la imagen.

Función representativa es “cuando la imagen sustituye a la realidad de forma analógica (la analogía es el fenómeno de homologación figurativa entre la forma visual y el concepto visual correspondiente). La representación posee otras dos características, primero que actúa como tal en cualquier nivel de abstracción”.² Esta función se puede ejemplificar cuando observamos una fotografía de un automóvil, se podría decir que es idéntico a la realidad, pero no es así por que no conserva las mismas dimensiones y mucho menos su tridimensionalidad.



¹Jacques Aumont. La imagen, Ed. Paidós Barcelona España 1990 p23.

²Ibid. p84.



“Función simbólica cuando atribuye o adscribe una forma visual da un concepto: La característica más notable del símbolo icónico es la existencia de un doble referente: uno figurativo y otro de sentido. Cuando en un momento determinado a esa representación se le transfiere un sentido”.³ Esto se aplica cuando observamos la representación icónica del rostro de Ernesto “Che” Guevara, a esta imagen se le reconoce como tal porque conserva los rasgos de este personaje, a esta representación se le transfiere un sentido de “el revolucionario socialista de los años 60’s”.

“Función convencional cuando sustituye a la realidad sin reflejar ninguna de sus características visuales. Los signos, en este sentido, arbitrario”.⁴ Un ejemplo de esta función convencional lo encontramos en las letras al dar un signo arbitrario al sonido de la “A” siendo que esta representación no tiene nada que ver con la realidad, pero que es reconocible por que lo aprendimos.

Las funciones de la imagen nos sirven para entender como la imagen interactúa con el perceptor y poder así crear un mensaje gráfico eficaz y aplicable para un fin predefinido.

3.1.1 La imagen didáctica.

La imagen didáctica es la utilización de los mensajes para fines educativos, con el propósito de hacer entendible algún determinado conocimiento.

De acuerdo con Costa/Moles “La didáctica gráfica consiste en el empleo de los procedimientos de la imagen, el dibujo del croquis o del esquema para ayudar a los hombres a pensar a partir de informaciones pertinentes.”⁵

La imagen didáctica se crea tomando en cuenta a que perceptor va dirigido, en primer lugar se debe considerar , la capacidad de atención disponible, del perceptor hacia el emisor del mensaje, es decir, si el perceptor esta interesado en el mensaje; en segundo lugar, la duración de la transferencia del mensaje, cuanto tiempo esta dispuesto tanto el emisor como el perceptor a invertir para comunicar el mensaje; y finalmente, el nivel de cultura de base, esto se refiere a determinar con que grado de cultura cuenta nuestro perceptor, estos tres puntos nos ayudaran a definir los criterios de comunicación a utilizar así como definir que técnica y estilo visual es el más adecuado para comunicar el conocimiento y este sea entendibles.

Los objetivos principales de la imagen didáctica son dos, el primero es, esquematizar la realidad para hacerla visible y comprensible, es decir, hacer entendible elementos tangibles al de la realidad que por sus características físicas de dimensión o accesibilidad no puedan ser contempladas por la vista, por ejemplo el interior del cuerpo humano o la inmensidad del universo.



3 Ibid.

4 Ibid.

5 Costa Joan y Moles Abraham. Imagen Didáctica. Enciclopedia del Diseño. Barcelona España 1991 p16.

El segundo objetivo es, tomar elementos abstractos del conocimiento y hacerlos imaginable, visibles y entendibles para el imaginario colectivo, por ejemplo la conformación atómica, la estructura del ADN o el interior del cuerpo humano.

La funcionalidad de la imagen didáctica esta regida por seis funciones, Ortega menciona las siguientes:

“Motivadora. Despierta el interés del alumno.

Vicarial. Hace referencia a la necesidad de utilizar forzosamente la imagen para el aprendizaje de ciertos contenidos en los que predomina la naturaleza visual (arte o ciencia).

Catalizadora de experiencias. Se aplica en aquellos mensajes icónicos que ayudan a la construcción de la organización de la realidad. La secuencia de imágenes realiza esta función.

Informativa. Mientras que la función vicarial sustituye al objeto, la informativa permite conocer la realidad plástica del tema objeto de estudio.

Explicativa. A veces las imágenes sirven por ejemplo para expresar de forma pormenorizada un principio de la ciencia o un proceso tecnológico, convirtiéndose en indispensable para su comprensión.

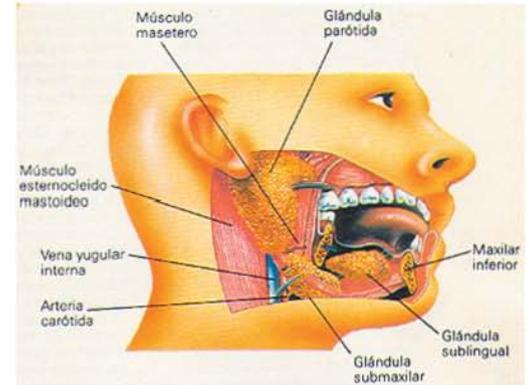
Redundante. Es aquella que se utiliza tras haber descrito verbalmente el tema visual, siendo un refuerzo a la verbalidad didáctica.

Estética. La cumplen aquellas imágenes impregnadas de armonía y belleza cuya contemplación produce placer y emociones.

Las funciones de la imagen en la enseñanza no solo son aplicables en las aulas de las escuelas, estas también se utilizan en cualquier lugar donde se utilice la comunicación educativa, tanto en colegios, exposiciones, congresos, platicas de salud o campañas sociales con grupos heterogéneos”.⁶

La aplicación de la imagen en la educación tuvo su mayor auge a partir de la década de los 50's con la aparición de la cuatricromía como sistema de impresión.

La educación con la imagen didáctica fue una obsesión de la tecnología educativa en las décadas siguientes, en la que se popularizó el uso didáctico de los retroproyectors, los sistemas de multivisión y proyectores de cine. Su antecedente más próximo es la aplicación de estas tecnologías en nuestro país, se expone en los CCHs y Telesecundarias.



6 Moles Abraham. La imagen comunicación funcional, Edi. Trillas México 1991 p48

Para fines de este proyecto utilizaré los objetivos de la imagen didáctica para diseñar los soportes gráficos del Audiovisual y Rotafolio por que estos soportes tienen la responsabilidad de transmitir y hacer comprensible la información necesaria sobre el CaCu, el cartel se registró por lo objetivos propios de este soporte.

3.1.1.1 El aprendizaje perceptual.

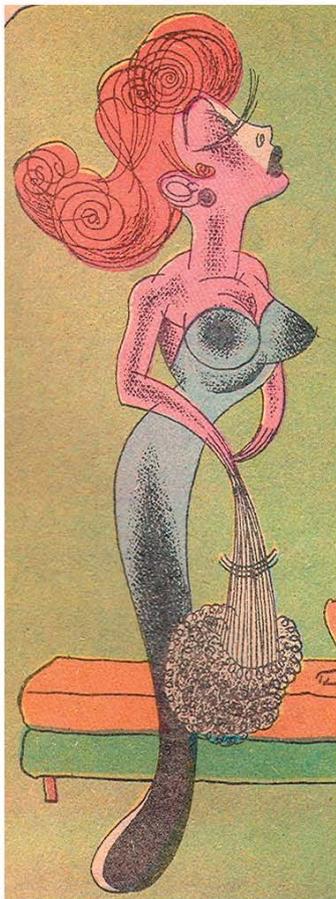
Para que un individuo pueda subsistir requiere de extraer información de su entorno y hacer propia, existen dos formas de aprehensión de la realidad, una es la percepción y registro de los datos por medio de los sentidos y la otra forma es, la reflexión y comprensión de datos y experiencias, esta información la codifica, la entiende y la reutiliza, a esto le llamamos aprendizaje, ahora para que se pueda entender la información adquirida se requiere de clasificar, esquematizar los reconocimientos de los objetos y también de cuestiones culturales, es decir cuando enseñamos a un niño a identificar un perro, primero decimos que es un animal (lo clasificamos) después decimos que se llama perro (esquemizamos), posteriormente el niño será capaz de reconocerlo e identificarlo como perro aunque este no sea igual al que observo, lo mismo sucede con las cuestiones culturales, como saludar con la mano derecha o dar las gracias. Lo que el niño aprende es a ver el significado de las cosas.

La adquisición de significados resulta de un proceso totalmente social, como esto indica se desarrolla dentro de un grupo que determina parte de vida, y se cristaliza al término de la adolescencia.

El aprendizaje perceptual no se constituye solamente a partir de la adquisición de conceptos que sirven para orientarnos en la realidad, pues junto con los conceptos se aprenden también estereotipos, pero nunca nos limitamos a solo reconocer algo, sino también a asignarles un valor, lo consideramos como bueno o malo, agradable o desagradable.

Los estereotipos que son una versión parcial, emotiva y general de algo, un ejemplo es cuando se aprende a reconocer a una persona con vestimenta indígena, pero a la vez se aprende, en un contexto discriminatorio, que es un ser inferior y analfabeta.

“Los estereotipos consisten en una versión pobre, esquematizada de un sector de la realidad fácilmente reconocibles por esto son utilizados excesivamente en mensajes dirigidos a las masas”⁷, ejemplo de esto son: las telenovelas protagonizadas por estereotipos de buenas y malas, las revistas para jóvenes que exaltan a estereotipos de belleza y el libro vaquero con el estereotipo del hombre macho.



7 Prieto Castillo Daniel. Comunicación y percepción en las migraciones, Edi. Serbal/UNESCO. Barcelona España 1984 p58

En general la gente prefiere encontrar lugares comunes en los mensajes, formas que se reiteran una y otra vez sin cambio alguno, personajes estereotipados que no exigen ningún trabajo para reconocerlos y comprenderlos.

Puesto que la percepción es algo que va desarrollando en un proceso de aprendizaje, la experiencia previa condiciona, las percepciones posteriores.

La historia perceptual condiciona también nuestras expectativas sobre el futuro, por otra parte permite al individuo funcionar a partir de lo que sea dado en llamar “la ley del menor esfuerzo”; si de alguna manera todo ha sido ya visto, no es necesario volverlo a ver, Con unos simples indicios, o con apenas unos datos, la percepción queda completa a los ojos del perceptor que práctica esta ley.

La “ley del menor esfuerzo” explica por que en general la gente prefiere encontrar lugares comunes en los mensajes, formas que se repiten una y otra vez sin cambio alguno, personajes estereotipados que no exigen ningún trabajo para reconocerlos y entenderlos.⁸

3.2 Elementos del diseño gráfico

3.2.1 Los elementos formales.

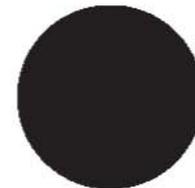
Los elementos conceptuales son aquellos que dan origen a la forma, no son tangibles pero al ser materializados o entendidos como forma, representan a los elementos plásticos principales que conforman un mensaje visual.

El punto

Es el embrión de la forma, es invisible, adimensional, carente de ángulos, se produce al choque del instrumento (lápiz, pluma, pincel etc.). Con la superficie o soporte (papel, madera etc.) tomando todo tipo de formas y regulares.

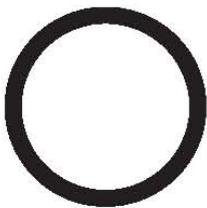
En el campo del diseño el punto adquiere propiedades plásticas como son la dimensión, forma y color, el punto posee la capacidad de crear tensión visual dependiendo de su ubicación en el espacio.

Cuando el punto toma forma dentro del plano este se presenta con forma de círculos, sin embargo este puede tener cualquier tipo de forma, rectangular, cuadrada, o irregular, tomando en cuenta sus características principales, tamaño y forma. “El punto pueden desarrollarse, volverse superficie e inadvertidamente llegar a cubrir toda la base o plano”.⁹



⁸ *Ibid.* p39

⁹ Ortega Carrillo José Antonio. Comunicación visual y tecnología educativa. Ed. Grupo editorial universitario. España 1997 p141.



Como elemento de diseño “el punto es la unidad más simple e irreducible de la comunicación visual”¹⁰, con superficie, límite y autonomía en su presencia, al representarse sobre el plano este puede ser en sus formas: cósmica o caótica.

La cósmica obedece a una ley de ordenamiento con características geométricas, como círculo, en aro o en masa.

La caótica no obedece a ninguna ley de ordenamiento y se percibe como una mancha.

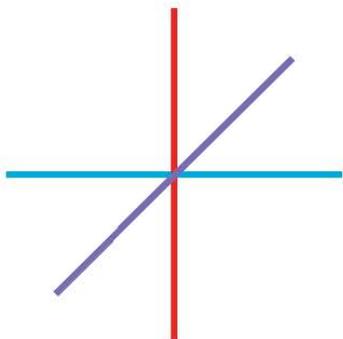
La línea.

La línea en su concepto geométrico es indivisible y unidimensional.

La línea gráfica se define como la trayectoria que deja el punto al moverse, cuando se altera el estado estático del punto el trazo que dejan al deslizarse por el plano ó espacio. La línea tiene dirección, tensión, largo, posición, peso grosor y se encuentra limitada por puntos.



Cuando la tensión de la línea es superior a todas las demás característica se visualiza una línea recta, al contener una dirección horizontal, es la forma más sencilla existente en la percepción humana como la línea del plano sobre el cual el hombre se desplaza, “es la base protectora, fría, susceptible de ser continuada en distintas direcciones sobre el plano, su finalidad y achatamiento constituye la forma y más limpia de la infinita y fría posibilidad de movimiento, transmite el tranquilidad o pasividad, esta acostada y cada uno de sus puntos descansan y se apoya sobre el plano”.¹¹



“La dirección vertical, su altura esta opuesta al aplastamiento, la forma más limpia de la infinita al cálida posibilidad de movimiento”,¹² parece en tensión para no caerse a un lado u otro sujeta a la ley de gravedad, se para en un punto y se eleva.

“La diagonal la forma más limpia del movimiento infinito y templado”,¹³ esta transmiten mayor dinamismo y atrae la atención, si se imagina hacia la derecha nos parece que asciende y hacia la izquierda que baja.

Existen diferentes tipos de línea los cuales son:

-La línea curva es la recta desviada en su trayectoria, esta puede ser originada con lineamientos geométricos, de manera libre o espontánea.

¹⁰ Dondis Donis A. La sintaxis de la imagen. Edi. G.Gili. 11° edición. Barcelona España 1992 p55.

¹¹ Kandinsky Wassily. Punto y línea sobre el plano. Edi. Coyoacan. 6° edición 1998 p49.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

-La línea quebrada es cuando dos partes originadas por dos fuerzas opuestas, que al encontrarse chocan dando una trayectoria angulosa.

-La mixta se origina al combinarse dos o tres de las anteriores.

-La línea puede ser originada en formas geométricas con carácter técnico y riguroso, al ser originada de manera libre será de carácter expresivo, audaz y nunca estática.

-En la gráfica la línea puede aplicarse sobre el plano de tres maneras diferentes la alternancia, énfasis y desfase.

Alternada: Cada vez que se interrumpe el por el dibujo de la figura.

Intercaladas: Es el ordenamiento de la trama o de la red sumándolo con una segunda trama correr para producir saturación fenómeno cromático, produce un fenómeno de alternancia total en ángulos con efecto de positivo y negativo.

Énfasis: Cuando la línea tiene carácter e intencionalidad para sobresalir sobre los demás elementos gráficos del plano.

Desfasada: Las líneas del mismo grosor y homogéneas, que producen una trama.

Difulación o efecto de cebra, en la línea que se logra mediante la división en ramales, se realiza libremente o sigue al dibujo previamente determinado.

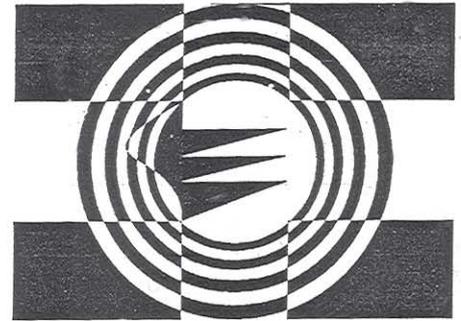
La línea como elemento plástico adquiere funcionalidad, al ser plasmada en el plano como son:

-La línea crea vectores de dirección que aporta dinamismo a la imagen.

-Una línea separa a dos planos entre sí.

-Da volumen a los objetos bidimensional mediante el sombreado, que se consigue superponiendo líneas curvas casi tangentes a la línea del contorno que delimita la superficie plana de objetos al cual se quiere dotar de tridimensional.

-La facultad de la línea para representar la tercera dimensión.





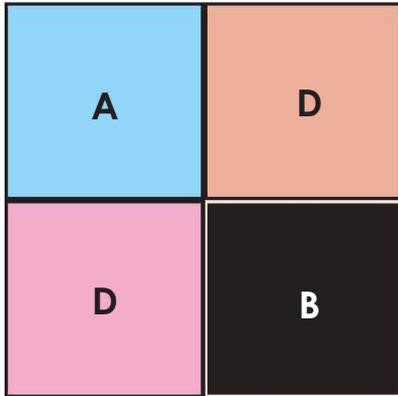
Plano.

El plano es el desplazamiento de la línea en dirección contraria a las suyas, la superficie material destinada a recibir el contenido de la obra.

Espacio delimitado por dos líneas horizontales y dos líneas verticales, el plano es bidimensional largo y ancho, con dirección, posición y tensión.

La tensión que transmite la parte superior del plano es de altura y ligereza, la inferior de aplastamiento y peso, izquierda de distancia y una mayor soltura, derecha de reposo.

El centro del plano básico lo determina la interacción de ambas diagonales la vertical y la horizontal que pasan por el centro dejando al plano básico dividido en cuatro zonas primarias con un rostro diferente, todas las zonas se tocan con sus puntos por el centro.



El plano se divide en cuadrantes, al ubicar a los cuadrantes en el plano se convierten en tensiones, el cuadrante izquierdo superior A percibimos libertad y máxima soltura, en el cuadrante inferior derecho B la máxima resistencia, el inferior izquierdo C de resistencia moderada hacia abajo y por último el superior derecho D de resistencia moderada hacia arriba.

Los formatos en el que el plano se utiliza son tres el horizontal más largo que ancho, el vertical más ancho que largo y el cuadrado de igual dimensión.

También podemos considerar al plano como superficie, encuadre, cuadro o incluso formato.

Volumen

El volumen es el resultado del movimiento del plano en dirección contraria e intrínseca de este, es la reunión de las tres dimensiones ancho, largo y grosor tiene una posición en el espacio y es el que contiene a todas las formas dentro de un espacio tridimensional.

En la gráfica, el volumen sólo es simulado mediante líneas, ya que el plano sobre el que se trabaja es bidimensional.

3.2.2 Elementos visuales.

Cuando plasmamos una parte de la realidad y la llevamos al plano, nos valemos de ciertos recursos visuales éstos son su forma, dimensión, color y textura, estas características nos ayudan a representar en un plano bidimensional y algo que es tridimensional.

Forma

La forma es una propiedad física inherente de la materia es tridimensional con estructura y conformación es totalmente independiente al de la percepción. Al ser visto, percibimos a la figura esta es la sensación visual de la forma, la figura dependiente de la percepción y se encuentra en nuestro campo visual, es bidimensional al percibir a la forma percibimos a la figura, ésta puede ser cambiante con respecto a la posición y dirección de la forma.

Cuando hablamos de forma en el diseño hablamos de contorno, los contornos pueden ser fluidos, crear configuración es orgánica o un adopta en formas geométricas. Pueden ser cerradas o abiertas. Se les puede articular formando secuencias complejas y se les puede ubicar de cualquier modo en el espacio visual.

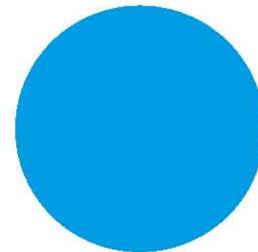
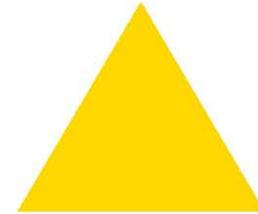
Los contornos geométricos básicos y simples que pueden considerarse con facilidad tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje visual son: el cuadrado, el círculo y el triángulo equilátero, a partir de estos contornos básicos derivamos mediante combinaciones y variaciones inacabables, todas las formas básicas de la naturaleza y de la imaginación del hombre.

Cada uno de estos contornos básicos tienen un carácter y rasgos específicos propios, también a cada uno se le atribuye el significado y color.

El cuadrado es una figura de cuatro lados con ángulos rectos, con igualdad entre la longitud de sus lados y se le asocia con la torpeza, honestidad, rectitud y el esmero, también se asocia con el color rojo.

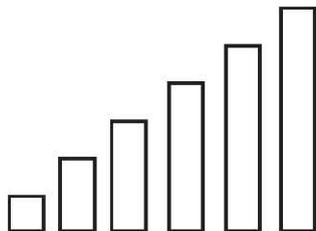
El triángulo equilátero es una figura de tres lados, con igualdad entre sus ángulos y la longitud de sus lados, a este se asocia con la acción, el conflicto y la tensión así como también al color amarillo.

El círculo es la figura con una curva continua, cuyo perímetro equidista en todos sus puntos al centro, al círculo se asocia con la calidez y la protección así como también al color azul.



Extensión.

“La forma tiene estructura, existe una relación entre sus partes, cuando percibimos a la figura entendemos el tamaño que es la consecuencia perceptual de la extensión, la comparación de diferentes magnitudes, para poder medir el tamaño se utiliza la escala.



La escala nos permite cuantificar la relación existente entre la escena visual y la realidad que se intentan representar, numéricamente la relación entre el dibujo y el objeto se expresa por una fracción ordinaria en la que el numerador equivale a la dimensión en el dibujo y el denominador a la dimensión natural.”¹⁴

Dentro del plano gráfico los objetos de tamaño pequeño se perciben como si se encontrara lejos, con respecto a los objetos grandes que se perciben como objetos más cercanos.

Color.

La Física define al color como luz, energía visibles, un espectro electromagnético de energía, la propagación de fotones susceptibles de ser captados por el ojo humano, limitado por el ultravioleta y marginando por el infrarrojo. El tipo de energía electromagnética son proporcionados por la longitud y frecuencia de onda de esto depende la visibilidad de los colores.



La mayor frecuencia y a menor longitud de onda visualizamos el color azul violeta, a igual longitud y frecuencia vemos el verde, y a menor longitud y menor frecuencia percibimos el rojo.

La luz contiene millones de colores pero nuestro cerebro sólo recibe cuatro de ellos, el rojo, el azul, verde y amarillo los demás colores que creemos ver es sólo la mezcla de estos entre sí.

Para la química el fenómeno del color es la serie de comportamientos químicos muy complejos, que se llevan a cabo en el interior del ojo, este proceso inicia con la retina que es una membrana que contiene el ojo, la cual posee receptores de luz llamados bastones y conos que contienen moléculas de pigmento las cuales reciben la luz y la descomponen por reacciones químicas en otras dos sustancias logrando lo que llamamos la “imagen retiniana” que es la proyección óptica obtenida en el fondo del ojo, esta imagen se logra gracias al proceso entre la cornea, la pupila y el cristalino. Pero la imagen retiniana es aun de naturaleza óptica, solo es un estadio del tratamiento de la luz del sistema visual.

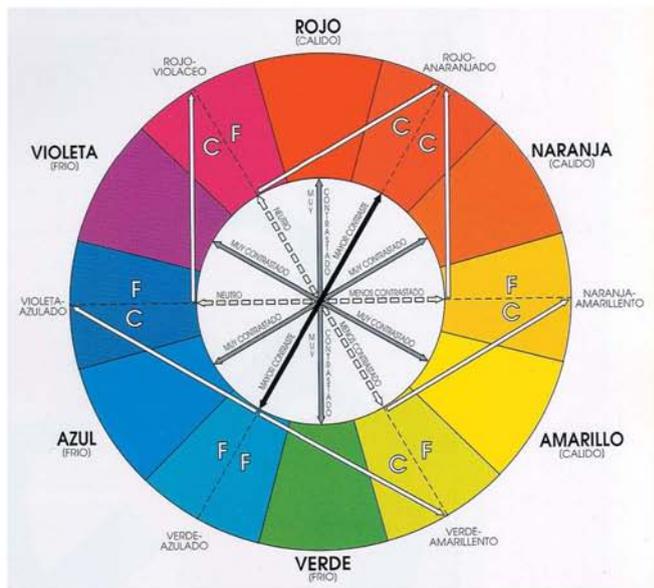
La imagen retiniana es transportada por el nervio óptico, la cual llega al cerebro para producir la experiencia sensorial logrando así la percepción del color, para que podamos percibir el color es necesario de tres elementos para su producción: El emisor energético (luz), un medio que modula esa energía (superficie de los sujetos y objetos) y un sistema receptor específico (la retina).¹⁵

Para poder entender mejor el fenómeno del color es indispensable mencionar a la teoría del color la cual divide al color con respecto a su origen.

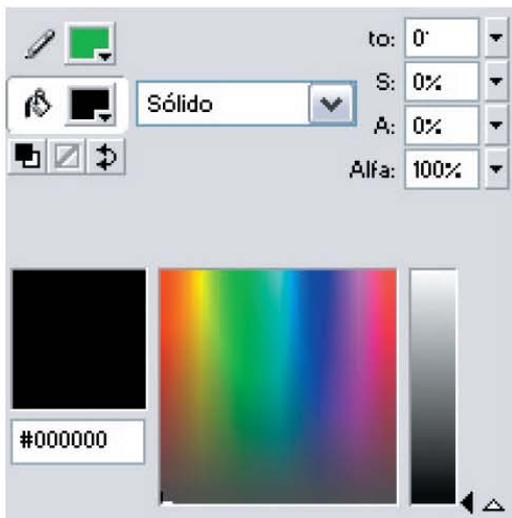
Si el color se origina por la luz, entonces hablamos de colores luz o teoría aditiva (RGB), en esta teoría los colores primarios son rojo, azul y verde, la conjunción de estos logra la luz blanca y la ausencia de estos resulta la oscuridad, al combinarse el rojo y azul resulta magenta, rojo y verde dan el amarillo, y el azul con verde resulta cyan.

El magenta, amarillo y el cyan son los colores secundarios en la teoría aditiva, pero son los primarios en la teoría sustractiva o colores pigmento, la ausencia de los colores pigmento logran el blancos y la conjunción de estos resulta negro, al combinar magenta más cyan resulta el púrpura, cyan más amarillo resulta verde, por ultimo el magenta y el amarillo resulta naranja, dando origen a los colores secundarios.

A la combinación de los secundarios con los primarios resultan los colores intermedios y así sucesivamente hasta formar el círculo cromático.



15 Ortega Carrillo José Antonio. Comunicación visual y tecnología educativa. Ed. Grupo editorial universitario. España 1997 p196.



El círculo cromático concentra los colores primarios, secundarios e intermedios, clasificándolos por su temperatura y características, entre análogos y complementarios.

Los complementarios u opuestos son los colores que se encuentran enfrentados en el círculo, el complementario del rojo es el verde, al encontrarse frente a él y siendo el rojo no participo en la conformación del verde, por esta razón al visualizarse juntos ofrecen un mayor contraste.

Los análogos o vecinos son los colores cercanos, el análogo del azul es el verde azulado, por que el azul participa directamente en la formación del verde azulado, ofreciendo armonía y un menor contraste.

La temperatura de los colores se clasifica en cálidos, fríos y templados. Los cálidos son el rojo, amarillo, y naranja; se denominan así por su relación cromática con el sol y el fuego, elementos que producen calor. Los fríos son el azul y violeta, relacionados con el hielo, mar elemento que producen frío, o sentimientos como la tristeza. Los templados son los tonos ubicados entre los cálidos y fríos como el verde, relacionado al color de la naturaleza y bosque.

El color posee tres dimensiones: matiz, saturación y brillo, la conjunción de estas dan origen al tono.

El **Matiz** es la propiedad esencial del color, es la integración de los colores, una de las ondas tiene que estar saturadas, otra no existe y la otra le da la calidad de matiz, ya sea que disminuya o aumente su energía, cuando hay negro existe matiz.

La **Saturación** es el color puro, hay tres saturaciones puras que son los colores primarios, cuando sólo se estimula una longitud de onda, existe la sensación plena de dos longitudes de onda (pureza o intensidad del color).

El **Brillo** es la cantidad de luz, entre más estimulación haya de las tres ondas hay más brillo, si las ondas se encuentra en el mismo nivel se establece un gris en la ausencia de energía resulta negro, mayor luz más valor.

El **Tono** es la integración de las tres dimensiones del color, haciendo una analogía con el plano cartesiano, donde las coordenadas y, x, z dan la ubicación de un punto dentro del plano tridimensional, el tono es la ubicación exacta del espectro de luz regida por las coordenadas de matiz, saturación y brillo.

Dentro del diseño el color es información para el perceptor, el cual le proporciona pistas para hacer entendible el mensaje gráfico, es decir el color adquiere funcionalidad dentro del entorno plástico como son:

“Crear el espacio plástico de la representación de dos formas.” Esto es, da autonomía a cada una de las formas que integran el plano, aun cuando el color sea aplicado en plasta o en gradación.

“Articular espacio plástico dotándolo de significación.” Esto quiere decir que otorga de ritmo, dirección y contraste a la figura dentro del plano.

“Crear ritmo dentro de la imagen.” Cuando logra un dinamismo dentro del plano al dotar de contraste cromático haciéndolo atractivo a la mirada y por último.

“Hace visibles las formas y ayuda a su reconocimiento. Añade proximidad a lejanía a la composición visual”.¹⁶

El color es un lenguaje, dotado de significación al cual se le asigna un significado.

El significado de los colores poseen una doble componente, personal y social una constante interpretación del simbolismo de los colores y su semántica.

Rojo.

Color cálido, es el color de la sangre. Puede simbolizar la violencia En otras ocasiones se asocia con el corazón y llegando a expresar pasión y vitalidad. Es el color de la excitación y la atracción sexual, el rojo nos anuncia la existencia de peligro.

Anaranjado.

Color cálido al igual que el rojo, es el color de la vida, de la fiesta, del sexo y del placer. Es también el color del hogar de la familia. En otras ocasiones el naranja es el color de poder, de la provocación, de alarma. Es el color más próximo al de la piel, y por lo que puede asociarse a la intimidad, suavidad y fertilidad.

Amarillo.

Color cálido. Es un color muy luminoso y atrae fuertemente la tensión del espectador cuando surgen de fondo negro, rojo, verde y azul. Es el color del otoño, del atardecer de la ciudad, en algunas ocasiones, suele significar melancolía, depresión y desnudez, es el color del placer de la alegría, de la jovialidad, de la adolescencia y la risa. Por su cercanía con el color oro puede adquirir connotaciones alusivas al poder, la riqueza, la envidia, los celos, el egoísmo y la cobardía.

En la iconografía de Semana Santa el amarillo oro simboliza a la resurrección, la luz, la alegría, el encuentro, la majestad y suelen aparecer combinados con el color morado, el azul, el rojo y el negro.



¹⁶ Ibid. p198.



Verde.

Es el color fresco de la vida vegetal, por ello, es el color de la naturaleza viva, de la esperanza, de la juventud, de la ecología, del equilibrio e incluso, de la armonía y la paz. Es igualmente el color del bosque del agua de los ríos y lagos. El verde es el color del descanso, de la espera y de la naturaleza. El verde es el color del rigor, de la exactitud, y de la independencia y de la fecundidad natural. Es también el color de la descomposición biológica, del moho destructor y enfermizo, de los hongos y de las algas. Desde el punto de vista de las conductas negativa, el verde aparece asociado a la envidia, a la podredumbre a la decadencia a la lujuria al descuido y al abandono.



Azul.

Color frío del cielo y del mar. Por sus características invita al descanso, a la relajación, a la espiritualidad, a la inmensidad y a la reflexión. Es el color de la fidelidad, la confianza, el afecto, la sinceridad, la vida, la amistad, la niñez (en tonalidad clara).

El azul es el color de lo bello, majestuoso, reservado, elegante aristocrático (en tonalidad oscura). El azul, junto con el gris, es el color del orden la disciplina y la educación. También se le asocia a la seguridad, la firmeza y la seriedad.

Violeta

Color frío de los sentimientos profundos, lujo, ostentación, poder, y elegancia. El color de la tristeza, la violencia psíquica, el engaño y la lujuria.



Blanco.

El blanco es claridad, luz, del bienestar, pureza, virginidad, dulzura e infancia.

Es la armonía, de la tranquilidad, vida, transparencia, inocencia, y la esperanza. Es el color del futuro, del porvenir, la ilusión y del movimiento.

Negro.

Es la ausencia de luz. Es símbolo de oscurantismo, del asesinato, la sombra, represión, ausencia de libertad, del horror, del misterio y del poder. Representan a la oscuridad, a las tinieblas, la muerte, la pasión y la maldad. En sus connotaciones positivas el negro es el distintivo de la nobleza, elegancia, distinción lujo y justicia.¹⁷

Textura

La textura es la propiedad de la estructura de la superficie de la materia, disposición de las partículas de la materia. La apariencia externa de la estructura de los materiales ésta puede ser óptica o táctil.

La textura como elemento visual, es capaz de dilatar o comprimir el espacio y crear nuevas relaciones plásticas, la textura puede estar formada por multitud de elementos iguales o semejantes, distribuidos a igual distancia entre sí, sobre una superficie de dos dimensiones.

La textura rugosa carente de brillo y expresa vejez, austeridad, seriedad, madurez y sobriedad.

La textura brillante y lisa suele transmitir mensajes tales como juventud, riqueza, alegría y modernidad.

Las texturas microgranuladas en materiales translúcidos, refleja ensueño, sensualidad, feminidad y erotismo.

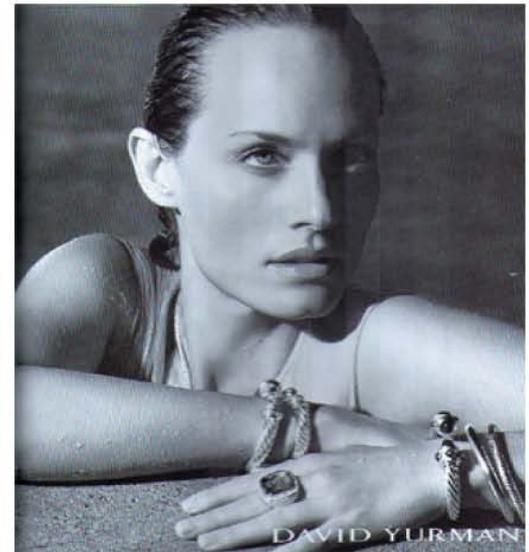
Las macrosgranuladas, abruptas, ásperas y brillantes: refleja agresividad, desgaste y fuerza.

Las texturas microlineales aterciopeladas, representan riqueza, pasión, honor y el poder.

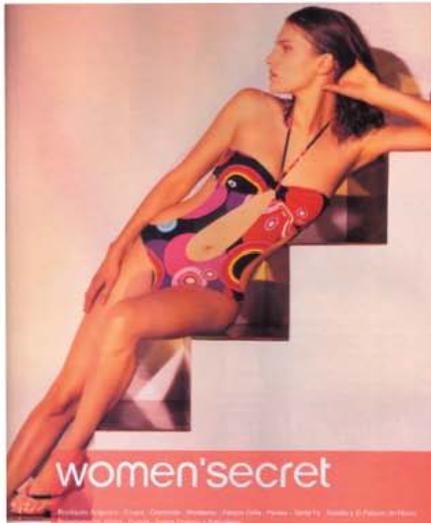
Las onduladas semibrillantes y rizadas, refleja virginidad e intimidad.

Las geométricas (cuadriculadas, romboides o circulares) en materiales brillantes, reflejan hidalguía, nobleza y caballerosidad.

Las texturas húmedas en forma de gota de rocío, muestran sensualidad, feminidad, erotismo, tentación y sensualidad.¹⁸



¹⁸ Ibid. p179.



19 Wong Wucius. Fundamentos del diseño bi- y tri-dimensional, Edi. G. Gili. 2da edición. España 1997 p59.

3.2.3 Elementos de relación.

Estos elementos rigen la ubicación e interacción del diseño, la dirección, posición, espacio y gravedad.

Dirección

La dirección de una forma depende de como esta relacionada con el preceptor.

Las direcciones que se encuentran dentro del entorno visual son tres la horizontal-vertical diagonal y circular. A estas direcciones se le relaciona con los contornos básicos, como el cuadrado en la dirección horizontal-vertical, al triángulo en la diagonal y el círculo para la circular.

Cada una de las direcciones visuales tiene un fuerte significado asociativo, respecto a la horizontal-vertical, constituye la referencia primaria del hombre respecto a su bienestar y a su maniobrabilidad, vida y equilibrio.

La diagonal es la fuerza direccional más inestable, más provocadora de significado amenazador y subversivo.

La dirección, circular, tiene significados asociados al encierro, representación de la repetición y al calor.

Todas las fuerzas direccionales son importantes para establecer un mensaje visual con intencionalidad y significación.

Posición.

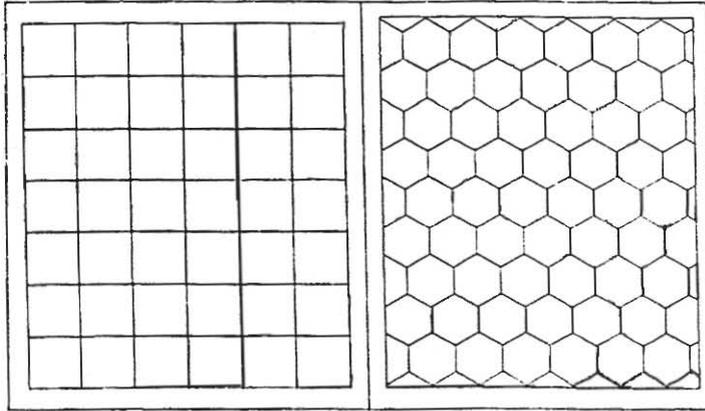
La posición en la que se ubica una forma, es establecida en relación con respecto al plano.

La posición en la que se ubica una forma es regida por la estructura. La estructura impone un orden y predetermina las relaciones internas de la forma en un diseño.

Existen 6 estructuras que dan orden al diseño esta son:

La estructura formal: Se compone por líneas estructurales que aparecen constituidas de manera rígida, y matemática. El espacio queda dividido en una cantidad de subdivisiones, igual y rítmicamente la forma queda organizada con una fuerte sensación de regularidad.¹⁹

Estructuras semiformal: Esta estructura es bastante regular, puede componerse por líneas estructurales que determina la disposición de los módulos.



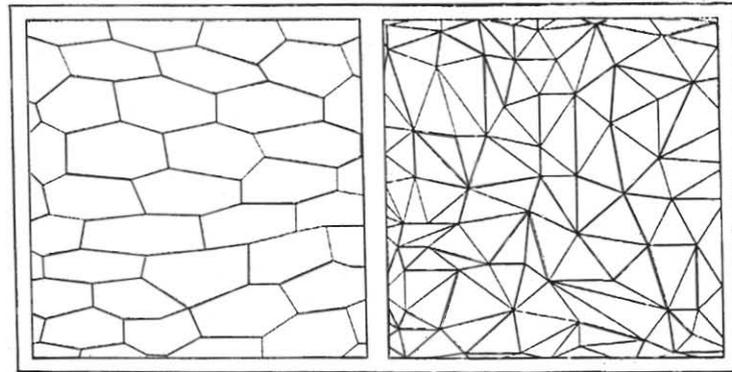
Estructura informal: Una estructura informal no tiene líneas estructurales, es generalmente libre o indefinido.

Estructural inactivas: Se compone de líneas estructurales que son puramente conceptuales, estas líneas son construidas en un diseño para llegar a la ubicación de la forma o del módulo pero nunca interfieren con sus figuras ni dividen espacio en zonas distintas.

Estructura activa: La estructura activa se compone de líneas estructurales que son asimismo conceptuales, las líneas estructurales activas pueden dividir el espacio en subdivisiones individuales, que interactúan de varias maneras con los módulos que contiene. Las subdivisiones estructurales son cuando cada modulo existe aislado, como si tuviera su propia y pequeñas referencias en el marco. Dentro de las subdivisiones estructurales, cada modulo puede ser traslado para asumir posiciones no convencionales, pueden incluso deslizarse más allá de las zonas definidas por la subdivisión estructural.

Estructura de repetición: Cuando los módulos son colocados regularmente, con un espacio igual alrededor de cada uno, puede decirse que se está en una estructura de repetición. La retícula básica que se utiliza frecuentemente, se compone de

líneas verticales y horizontales, parejamente espaciadas que se cruzan entre sí y resulta subdivisiones cuadradas de igual medida. Dentro de la retículas básicas existe diferentes tipos de utilización como son el cambio de proporción, cambio de dirección, deslizamiento, curvatura o quebrantamiento, reflexión, combinación, o las retícula es triangular y la retícula hexagonal.



Cuando la posición es regida por la estructura entonces hablamos de la composición, la composición puede tener un o varios elementos principales llamados centros de atención visual, el principio compositivo básico del lenguaje visual es la claridad, continúa la armonía y posteriormente el equilibrio. Para que un mensaje visual se construya, la composición no solo se vale de la estructura, también de los elementos conceptuales y visuales anteriores.

El espacio se da cuando una figura ocupa un lugar, no importa su magnitud o dimensión, en la representación gráfica el espacio es ilusorio ya que puede simular un espacio lleno o vacío sugiriendo profundidad.

Al decir que una forma está ocupando un espacio hablaremos de la significación de lo positivo y lo negativo, cuando la forma se perciben como que ocupa un espacio la llamamos forma positiva, a cuando se perciben como un espacio blanco, rodeado por un espacio ocupado la llamamos negativa, en el diseño en blanco y negro, entendemos al negro como ocupado y al blanco como vacío, una forma negra y reconocida como positiva, una forma blanca de como negativa.

A la gravedad la entendemos como la fuerza que atrae a los objetos, en la gráfica el peso es la fuerza de atracción de una figura con respecto al ojo. El equilibrio existe cuando hay un centro de gravedad en medio de dos pesos, los pesos se equilibran por el tamaño, posición y por el espacio que ocupan en el plano.

3.2.4 Elementos prácticos.

Los elementos prácticos son aquellos que dotan al diseño de representación, significado y funcionalidad al mensaje visual.

Representación.

Al reproducir una parte de la realidad lo podemos hacer en tres niveles de representación o grados de referencialidad, el primero es la realista, es el nivel que pretende reproducir fielmente a la realidad con información visual llena de detalles, a lo real en un entorno real. La fotografía a color es la técnica que reproduce lo natural lo más parecido a la realidad, sin embargo esta no representa los detalles de tamaño y dimensiones.

El segundo nivel es el estilizado, reproducción de la realidad sin tanto detalle, pero conservando las características elementales y singulares del objeto, descarta los detalles que no son tan importantes y acentúa los rasgos distintivos de la información visual.

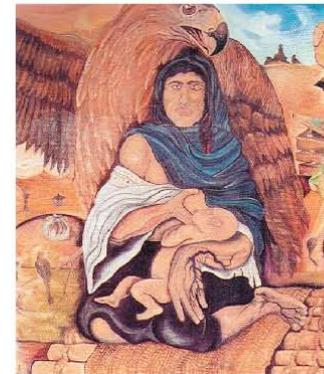
El tercer grado de referencialidad es la abstracción, es la reducción del detalle visual al mínimo reductible, capas de ser reconocible, recordable y reproducible, cuando la abstracción llega al nivel más mínimo de expresión existen un sistema complejo de significados universales atribuidos, aparece el simbolismo, que es una información visual empaquetada, esta forma se convierte en un código reconocido y utilizado. El signo no es igual al objeto pues es generado para sustituir a la realidad.

Significado.

Cuando utilizamos un elemento gráfico éste tiene datos visuales que transmiten información para llevar un mensaje específico, al plasmar dentro de un plano una forma ésta tiene un significado intrínseco de acuerdo a su posición color y composición, este significado se da cuando existen información anterior en el receptor. El significado es el resultado de la codificación de la realidad.

La significación es la reproducción de contenido que genera los signos en relación a un código.

Para entender mejor el fenómeno del significado y significante existen dos disciplinas que lo estudian, una es la semiología que analiza los signos que se producen en diferentes lenguajes para identificar el universo de significaciones que comprende una cultura, los signos son entidades que pueden estudiarse como objetos autónomos.



La otra disciplina es la semántica, que estudia el campo de la significación de los signos y los textos, esta disciplina intenta analizar cómo se articula la red de códigos, dentro de un contexto determinado.

Ahora el significado nos lleva a dos niveles de significación, El primer nivel es la denotación que se refiere al significado primario del signo, ejemplo de esto cuando decimos libros, se refiere a un objeto rectangular, con hojas impresas. La connotación es el nivel secundario del significado, es un síntoma de la de connotación, se incorpora una serie de valores, ideas, y producen en un imaginario colectivo, en el ejemplo del libro nos connota inteligencia cultura o sabiduría.

Bien al establecer estas dos vertientes el significado toma al significante como la otra parte que constituye al signo, el significante es la parte material y el significado es la idea concepto.

La pragmática, es considerada desde el efecto que puede causar sobre sus destinatarios el uso que se dan así como la relación con sus propios orígenes.

En este esquema el significante y el objeto no se encuentran en relación directa, porque nos muestra un proceso de percepción, y no todos los individuos percibimos las mismas cosas al ver un mismo objeto, esto está definido por el contexto y la información visual de cada individuo.

Función.

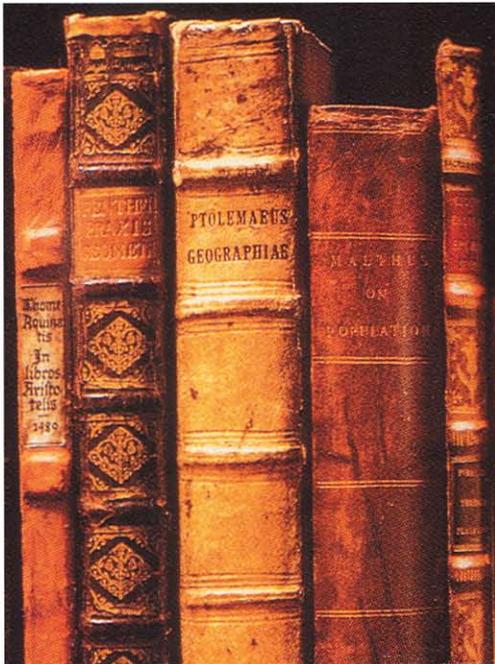
El diseño debe satisfacer ciertas necesidades y servir a un propósito, a un mensaje o un fin determinado, el diseño no se crea por que sí, debe servir para un fin, una idea, un concepto, un mensaje; el fin estético no es el único fin del diseño para existir.

3.2.5 Tipografía.

La tipografía es la aplicación de texto como elemento gráfico, para articular mensajes.

La letra es la base de la tipografía, la cual a través de su anatomía y estructura se forman los lineamientos tipográficos. La clasificación de los tipos de letra se da en 5 grupos de acuerdo a sus características:

Tradicional, con remates oblicuos y sobre enlaces, grosor general medio y variable en la trayectoria de la letra de contraste moderado, de transición, con modulación vertical, remates agudos y ligeramente inclinados sobre enlaces, de contraste medio.



Moderno, con modulación vertical, remates finos con enlaces y sin enlaces de contraste máximo.

SLAB SERIF O TIPO EGIPCIO, DE MODULACIÓN POCO PERCEPTIBLE, REMATES CUADRADOS Y GRUESOS, POCO CONTRASTE.

Sin Serif o palo seco, de modulación casi vertical, trazos cuadrados redondeados, sin remates y poco contraste.

Scrip, de características no muy precisas y uniones o ligaduras entre letras de una palabra que forman una unidad.

La tipografía es el diseño de caracteres unificados por propiedades visuales uniformes. La fuente tipográfica es el juego completo de caracteres en cualquier diseño, cuerpo y estilo, estas incluyen caracteres en cajas bajas o altas, numerales, versalitas, fracciones, ligaduras, puntuación, signos matemáticos, acentos, símbolos monetarios y grafismos.

La familia tipográfica es un grupo de tipografías unidas por características similares. Los tipos de familia se parecen entre sí, pero también tienen rasgos propios, cada tipografía de una familia tiene distintos grosores y anchos por ejemplo una familia integrada por diversos estilos tipográficos, como regular, regular itálicas, semi bold, semi bold itálica, bold, y bold itálica con remates o sin remate.

La medida tipográfica consta de dos unidades métricas primarias como es la pica y el punto 6 picas o 72 puntos son una pulgada y en 1 pica hay 12 puntos.

Los puntos se usan para especificar el cuerpo de la letra, que incluyen la altura de la mayúscula, más un pequeño intervalo por encima y por debajo de la letra, las picas se usan para medir la longitud de las líneas.²⁰

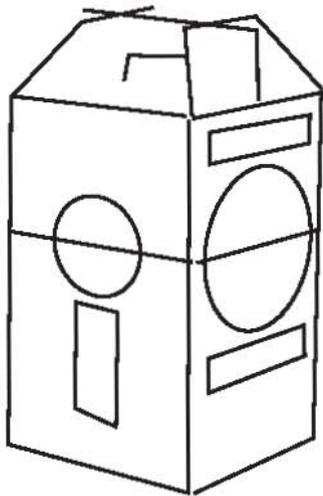
Para la aplicación de la tipografía en un mensaje visual es importante tomar en cuenta su legibilidad, estilo, familia y sobre todo el contraste con el entorno visual en el que va a trabajar.

3.3 Soporte Holístico

En el diseño gráfico las ideas e imágenes tienen que estar sustentadas dentro de un soporte holístico el cual conjunta los elementos que forman el diseño gráfico, estos son, la imagen, el mensaje para lograr una buena comunicación y de esta manera poder dar respuesta a un objetivo planteado.



²⁰ Carter Rob. Diseñando con tipografía. Edi. Inter Books. Traducción Barcelona España 1999 p10.



Para que los elementos que integran el diseño pueda ser aplicados y funcionales dentro de la comunicación visual, deben ser contenidos en un plano que permita una lectura clara y eficaz del mensaje a transmitir, a esto le llamamos “soporte holístico”, que es la conjunción de los soportes físico, geométrico, gráfico y visual.

El soporte físico es el material, sustrato o superficie física capaz de sostener una imagen bi o tridimensional.

Este soporte debe escogerse de acuerdo a las necesidades y características del emisor y receptor, así como también de la reproducción, es decir que sistema de impresión es el más adecuado.

Existen diversos tipos de soportes físicos como papeles y sustratos, con características diferentes, como son su textura, maleabilidad, resistencia, flexibilidad, funcionalidad, color , dimensiones, aspecto, durabilidad, peso, costo, todas estas características que se deben de tomar encuentra para que el masaje visual pueda ser reproducido.

El soporte geométrico es la estructura pre establecida que soporta al diseño dentro del plano, este debe dar organización, posición y equilibrio por medio de líneas, este soporte es regido por los elementos de relación del diseño como son, la red, retícula, trama o la composición Áurea, los cuales permiten justificar visualmente, estéticamente y matemáticamente a la imagen.

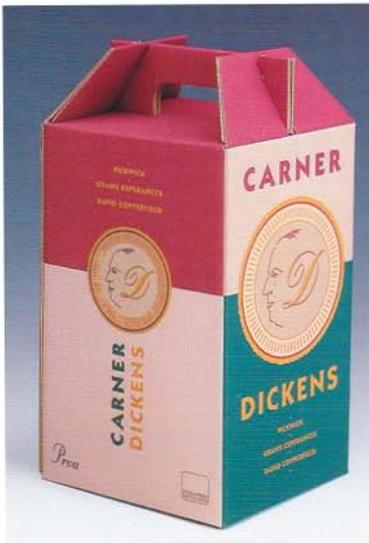
El soporte grafico, es quien sostiene las vertientes en las que se dirige el mensaje grafico, de acuerdo a su aplicación, este soporte se clasifica en, informativo, preventivo, persuasivo, publicitario, cultural, comercial, y comunicante.

Los informativos son aquellos diseñados para transmitir información sobre un tema específico esto suelen ser los folletos, libros o revistas.

En los persuasivos encontramos mensajes que alteran al receptor sobre un riesgo como son, la señalización, algunos carteles y simbologías.

Los publicitarios son todos aquellos soportes que inciden en el receptor para que este adquiera un producto o servicio, dentro de este campo existe una gran variedad de aplicaciones, desde envases, postales, carteles, anuncios, etc.

El persuasivo es a aquel que mediante su mensaje pretende incidir en el receptor para que este realice una determinada acción, en estos encontramos, las postales de campañas sociales o las alcancías colocadas en las cajas registradoras.



El cultural es aquel que da un mensaje y eleva el nivel de cultura del receptor, tales como una pintura, murales, o soportes que contengan un mensaje meramente estético.

Los comerciales son los diseñados específicamente para vender un producto o servicio es decir cumplen con un fin meramente económico, el receptor se convierte en consumidor

Todos los soportes gráficos cumplen con la función de comunicación, la diferencia entre uno y otro radica en la función comunicativa para la que fueron creados, se deben elegir de acuerdo con las necesidades de emisor, el mensaje a difundir y sobre todo al receptor, el cual debe ser atraído y convencido por el medio o soporte.

El diseñador debe poner atención al elegir el soporte holístico que contendrá el mensaje para que sea original, impactante, creativo y sobre todo eficaz y cumpla las expectativas del emisor.

3.4 Diseño audiovisual

El audiovisual es la percepción de estímulos visuales y auditivos que se convierten en un mensaje, es un sistema de signos que conjugan estética y semántica.²¹

El diseño audiovisual es un sistema de comunicación que se basa en la capacidad expresiva de la forma, a través de unidades de significación un sistema de signos que interrelacionan signos visuales, auditivos y verbales.

La comunicación en el diseño audiovisual se produce a través de los signos, verbales no verbales al mismo tiempo, lenguaje verbal, lenguaje visual y lenguaje auditivo.

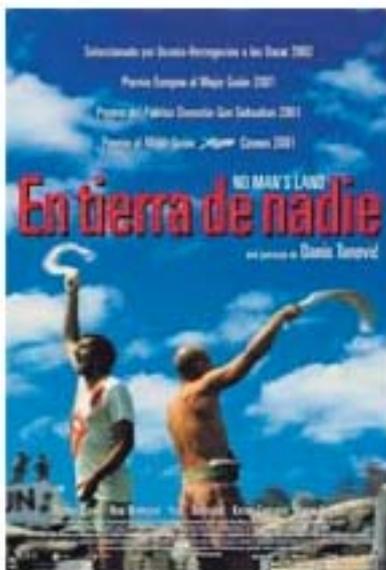
El lenguaje verbal se expresa a través de signos lingüísticos, en palabras, frases o discursos, que tiene un significado dentro de un contexto.

Los signos del lenguaje auditivo son aquellos sonidos que puede ser escuchados y a la vez transmiten información, tanto verbal como musical, o efectos sonoros que se encuentran asociados a una imagen.

El lenguaje musical como el lenguaje verbal, poseen un sistema de articulación que dota de sintaxis a su propio discurso.



²¹ Colomer Antoni y Rafols Rafael. El diseño audiovisual. Edi. G. Gili. Barcelona España 2003 p9.



Los signos visuales en el diseño audiovisual se clasifican en tres tipos: el icónico, el símbolo y la metáfora.

Los iconos se caracterizan por su parecido con su representación, el símbolo, tiene una gran carga emotiva y la metáfora es la aplicación que altera la organización existente para crear un nuevo contenido, para interpretar una metáfora hacemos una asociación para interpretar el contenido.

La diferencia fundamental entre el símbolo y una metáfora es que mientras el símbolo tiene un significado convencional o arbitrariamente aceptado, la metáfora hace esta asociación a partir de la imaginación a partir de la sensibilidad.

El discurso semántico del signo en el diseño audiovisual no entiende al signo como una unidad de significación, sino una unidad reconocible en el proceso de comunicación, no leemos, interpretando cada signo va uniendo su significado, leemos en un proceso de creación de significados, lo entendemos como una significación global. El diseño audiovisual utiliza recursos para articular mensajes.

La retórica, consiste en la creación de discursos audaces y efectivos en cuanto su propósito, es utilizado para aumentar la capacidad de seducción, para convencer y orienta las acciones de sus destinatarios, crea un discurso sugerente, apelando a los sentidos y al entendimiento de modo que se conviertan en persuasivo.

El primer recurso expresivo del audiovisual es el surrealismo, es la ruptura de las relaciones espacio-temporales, trata de crear asociaciones de imágenes a partir de los conceptos de la estética, de tal manera que su impacto visual resulte novedoso.

El humor, es el recurso que tiene una gran capacidad de crear empatía, a hacer partícipe al espectador, de crear complicidad con él, al provocar la risa.

La narración, transmiten mucha información, básicamente con el texto oral, pero también con la imagen de una manera muy descriptiva, el relato debe tener fuerza para captar toda la atención.

La sorpresa es un grito, un cambio de lógica el discurso, sirve para introducir lo inesperado y reorientar la exposición, así como también para refrescar el discurso y darle dinamismo, para renovar la atención del espectador.

Dentro de un discurso pueden participar varios recursos expresivos al mismo tiempo o simultáneamente.

El diseño audiovisual es polisémico, del discurso pretende diferentes niveles de interpretación, incluso opuestos, pero sin interpretación no hay comunicación.

Las funciones del diseño audiovisual; es crear orden dentro de un conjunto de imágenes; introducir al espectador dentro de un determinado tema o idea; conjuga un sistema de signos estéticos y semánticos hacer comprensible y efectivo aquello que se quiere transmitir, por medio de la imagen; transmitir información en tiempos mínimos mediante sonido e imágenes; persuadir al espectador mediante la estética y el poder de seducción a un determinado fin; otorgar asociación de significados por medio de símbolos, el color, movimiento y sonido.

El diseño audiovisual también cumple una función estética, en este carácter se produce cuando el diseño nos comunica un mensaje y a la vez nos invita a su contemplación, con la capacidad de penetración emocional y seducción, creando un discurso estéticamente coherente.



3.4.1 Elementos del diseño audiovisual.

En el diseño audiovisual el espacio se establece en la pantalla, contenedor de imágenes en dos dimensiones, pero las imágenes las leemos en tres dimensiones 3D, podemos ver más acentuada la bidimensionalidad o la profundidad, pero nunca haremos una lectura completamente plana.

La lectura espacial es imprescindible, lo grande está próximo y lo pequeño dejando, lo entero está delante y lo incompleto detrás, las formas cerradas están cerca y las abiertas lejos, las formas que se mueven rápido están más cerca que las que se mueven lentamente.

El orden jerárquico en el espacio se da al establecer algunas cosas en primer plano y otras en segundo o tercero, estableciendo prioridades cuando algunas cosas toman protagonismo y otros papeles secundarios, de lo contrario entrara en competencia y se anulará unas con otras.

El espacio es regido por la estructura, ésta sirve para que el conjunto se entienda como un todo para que las partes estén en función del mensaje a articular, la lectura ordena al espacio, a un entorno, ubicación y contorno a los objetos o sujetos, la estructura resulta de la diagramación del espacio.

Su espacio del diseño audiovisual es la pantalla ya sea de cine, televisión o monitor. La pantalla es el soporte sobre el que por medio de la luz, se crea y se emite las imágenes.

Existen diferentes formatos de pantalla, las proporciones se establecen a partir de la relación entre la anchura y la altura en televisión la proporción es de 4:13 (ancho/alto) es una relación de 1'33:1, el formato panorámico es 16:9 en una

relación 1'77:1. La medida que se utiliza para definir el tamaño de la pantalla es la de su diagonal en unidades de pulgada.



En la pantalla cinematográfica el formato se divide en dos, según el tamaño de la película utilizada, en la película de 35 mm varía entre 1'65:1, 1'85:1 y 2'35:1 en la de 70 mm su relación es de 2'21:1, por último el cinemascope de 2':1.

El rectángulo de la pantalla establece sus propios ejes visuales, las diagonales, los ejes horizontal y vertical, los cuatro lados y los ejes de cada esquina, el centro por el cual cruzan todos los ejes visuales se convierten en el punto natural de interés, es el lugar donde confluyen las diagonales de la pantalla y los ejes que dividen espacio en dos mitades, donde se equilibran las distintas fuerzas que actúan, es el eje estructural por excelencia que refuerza al centro de la pantalla como centro de interés, capaz de soportar el peso de toda la acción.

Cada una de las formas tiene un tiempo determinado de presencia en pantalla, un tiempo de actuación, un principio y un final dentro de un flujo determinado por el ritmo de los acontecimientos, se debe tener un carácter global y coherente. Este flujo temporal debe haber momentos de inicio, desarrollo, cumbre y culminación, en donde la imagen y el audio tiene los instantes de mayor encuentro, estos instantes son los que establece el ritmo general de todo el flujo de imagen.

El audio es el sonido que acentúa la carga emotiva, reforzando el valor expresivo de la imagen dotándolo de una dimensión envolvente para que el espectador se sienta dentro.

El sonido influye en la creación de la sensación de espacio, porque los sonidos o parte de ellos se relacionan con las imágenes que adquiere así un mayor protagonismo.

Cuando hablamos del sonido diegético se refiere a cuando la fuente sonora que lo produce se muestra en la pantalla y el sonido no diegético cuando la fuente no se muestra en pantalla. El sonido puede ser generado por la palabra, la música y los efectos sonoros, aunque también el silencio puede ser un recurso para integrar un valor expresivo o cambiar el ritmo del discurso. La palabra tiene habitualmente una función informativa-narrativa, se utiliza cuando se busca la precisión comunicativa.

La música tiene una gran fuerza evocadora de sensaciones, crea un ambiente envolvente, cuando la música es triste, alegre o misteriosa nos lleva a involucrarnos y adentrarnos en la historia. Los efectos sonoros son la simulación de los sonidos, tienen una capacidad icónica, tanto por sí mismo como ligados a la imagen que le corresponde, los efectos sonoros más intensos y mejor definidos son aquellos que tiene más posibilidades de atraer la atención del espectador.

Movimiento significa valoración de posición en el tiempo y el espacio, es la transformación de la forma, esta puede darse por el desplazamiento de un objeto o por la manipulación de la cámara.

La capacidad que tenemos los individuos para percibir el movimiento en un audiovisual es porque el cerebro retiene las imágenes más tiempo que la retina, a este fenómeno se le llama “persistencia de la visión”.

En un audiovisual las imágenes no se mueven solos en una sucesión continua de imágenes que da sensación movimiento, cada fotograma o cuadro es ligeramente distinto al anterior y del posterior y visto en una secuencia constante desaparece total o parcialmente la sensación de saltos entre las imágenes.

En el cine, se divide en 24 fotogramas o cuadros por segundo en vídeo en 25 cuadros, en las computadoras esto varía de acuerdo con la capacidad del procesador.

Dentro del diseño audiovisual la imagen se refiere a la forma que es reconocible por su parecido con lo que representa, que tiene cualidades icónica, esta imagen se le llama imagen de grabada, las fuentes de creación de una imagen son cuatro, la forma gráfica, la imagen grabada, la animación y la imagen sintética 3D.

Las formas gráficas, son pictogramas, formas geométricas, orgánicas o tipográficas, como son las marcas, identidades de empresa, productos logos institucionales, así como también la tipografía que se utilizan en las imágenes.

Imagen grabada, son aquellas obtenida por la grabación de una escena ya sea con actores u objetos.

Animación, consiste en definir la trayectoria de los movimientos, acciones principales y en dotar de expresividad a los personajes u objetos que integran la animación.

Existe dos técnicas de animación, las técnicas manuales son dibujos realizados a mano alzada, los relieves hechos por la manipulación de materiales sobre una superficie y la manipula de forma manual a objetos físicos también llamada stop motion, basada en la grabación cuadro por cuadro.

La otra técnica de animación es la digital o infográfica generada en computadora se realiza a partir de la intersección de la línea de tiempo o time line con cada uno de los parámetros que tengamos bajo control, la línea de tiempo está compuesta por frames o fotogramas que dura la animación, siendo los frames la unidad de tiempo en la que se trabaja.



La imagen sintética es aquella generada por computadora y a partir de cálculos realizados píxel a píxel, por medio de logaritmos y otros procedimientos matemáticos, son imágenes que no tienen realidad física, imagen virtual, sólo es posible verla en la pantalla porque sólo existe en el lenguaje digital. Las imágenes creadas por este medio poseen una gran fuerza visual ya que tienen volumen y movimiento.



La teoría auditiva del color es la base del audiovisual, ya que sin ella no sería posible la proyección de las imágenes en pantalla.

La imagen en la pantalla es formada por millones de puntos agrupados de tres en tres de color rojo, verde y azul, la combinación de estos forman la gama de todos los demás tonos.

El color en el diseño audiovisual posee un carácter emotivo y un gran poder de atracción visual.

La iluminación es la luz que describe el espacio mediante diferentes signos visuales, como la dirección o inclinación respecto a los ejes, la intensidad de la luz depende de su potencia y de su distancia respecto al objeto.

La incidencia de la luz en un cuerpo tiene como resultado la creación de sombra que puede ser propia o proyectado, la sombra propia es aquella parte del cuerpo iluminado que no reciben ninguna incidencia directa del foco de luz, la sombra proyectada la que el cuerpo arroja a la superficie del suelo o de otro objeto. La iluminación tiene un lenguaje y función propia dentro del diseño audiovisual, sus funciones son manipuladas de acuerdo al mensaje que se quiera transmitir al espectador.

Función climática y atmosférica: Una de las tareas centrales de la luz es la de dar cuenta del ambiente en el que se desarrolla las acciones. Sobre el encuadre distinguimos personajes, escenografía, mobiliario. Pero también apreciamos las calidades climáticas del entorno.

Función dramática: Buena parte de la fuerza e intensidad de la imagen audiovisual proviene del tipo de iluminación usada para registrar. Si bien luz es un elemento esencial para apreciar, de modo literal, los objetos ubicados dentro del campo visual, también lo es para concentrar nuestra atención hacia determinadas zonas de la imagen es la que concentra la sombra o resplandece el brillo solar.

Función plástica o configurante: La iluminación permite crear la ilusión de profundidad de amplitud de un espacio. La disposición de las fuentes luminosas configuran un espacio virtual, proyectando sombras hacia los fondos del campo escénico o modelando la luz y tinieblas. Esta es una función estructura de la ilumi-

nación, puesto que crea la impresión de el relieve a partir de la bidimensionalidad de la pantalla. De este modo, la iluminación es un elemento muy importante en la configuración de la profundidad de campo.

Función simbólica: La luz y su opuesto, la oscuridad, tiene connotación simbólica. Los contrastes luminosos sirven para representar a algunos sentimientos primordiales. Se trata pues, de la función ancestral e influyente, que impone en los diseñadores el peso de sentidos que a veces resultan inminentes, ajenos a los que el contenido objetivo de las imágenes tienden a presentarnos como datos del encuadre. Cuando se trabaja en interiores se busca que la iluminación se encuentre justificado, es decir, ubicar dentro del campo visual una fuente de luz, una lámpara, una ventana, un foco. El claro oscuro es un recurso utilizado como connotación de dramatismo y dar una atmósfera de misterio.

3.4.1.1 Términos técnicos.

Los términos técnicos son fundamentales para obtener la imagen grabada, estos son principios de la fotografía aplicados al audiovisual.

“Toma: Es la acción física del comienzo de la grabación hasta el fin de esta, (comenzar y dejar de grabar).

Plano: Cantidad de realidad contenida (distancia entre la cámara y el sujeto).

Encuadre: Abarca conceptos estéticos, la conjunción de los recursos como iluminación, composición y sonido.

Los planos designan una relación de distancia. Son elementos del encuadre que nos informan de la proximidad o lejanía desde donde percibimos los objetos del campo visual.

Esa impresión puede corresponder o no a la distancia real de la cámara en el momento de la filmación (que puede alterarse por el uso de lentes); lo que interesa en la determinación del plano es la distancia a la que se ofrecen los componentes del campo visual a la vista del observador.

La distancia opera como un soporte fundamental del encuadre, una especie de ancla que permite fijar y estabilizar, aunque sea de modo fugaz, el campo visual ofrecido.





Gran plano general:

Es el que cubre la mayor amplitud espacial; cubre las extensiones visuales de mayor amplitud, necesariamente exteriores y suele emplear el ángulo de toma superior (encuadres aéreos) tienen una función descriptiva, pero hay casos en que los grandes planos generales tienen un carácter propiamente narrativo.

Plano general:

Cubre una porción de distancia bastante más próxima que la del gran plano general. Corresponde mayormente a exteriores, pero también a algunos interiores, este plano muestra un campo visual más acortado, de límites más precisos y definidos.

Plano de conjunto:

Es llamado plano general corto, muestra a un conjunto de personas, animales u objetos en un alcance visual más limitado.



Plano entero:

Es el plano de la figura humana vista en cuerpo entero, desde el tope superior hasta el inferior del encuadre, aunque puede incluir márgenes laterales, un margen superior e inferior libres en el campo visual cubierto por el encuadre, este plano puede cubrir a uno o más personajes.

Plano americano:

El plano que corta la figura humana desde las rodillas hasta la cabeza y también, desde las inmediaciones del pecho hasta los pies. Se define con relación a la anatomía humana pero no solo en posición erguida, también es aplicable a uno o más personajes sentados o recostados.

Plano medio:

Es el plano de medio cuerpo. Se aplica exclusivamente a la figura humana y es el plano que cierra, más aún que el anterior, muestra a la persona que se mantiene quieta en un lugar, este de pie o sentada.



Primer plano:

Este plano corta la figura humana desde las inmediaciones del pecho hasta el extremo superior de la cabeza, o desde el cuello hasta la parte superior. El primer plano convoca a la interioridad del personaje, permite auscultar la intimidad a través del gesto o la mirada, este plano no solo es exclusivo del rostro visto de frente, también es aplicable a los perfiles o la parte trasera de la cabeza, y partes del cuerpo u objetos.

Gran primer plano:

Es el que llena la pantalla con partes diminutas o fracciones de cuerpo humano, con objetos muy pequeños o con segmentos reducidos de una unidad visual mayor.

Los grandes primeros planos permiten observar detalles de la figura humana u objetos de tamaño muy pequeño. Ni uno ni otro pueden ser vistos de esa manera en condiciones normales de visión. De allí que se trate de planos que agrandan hasta límites enormes segmentos de espacios que adquieren un “sobredimensionamiento” visual. Los planos de detalle magnifican los trazos que ofrecen dándoles a los objetos visuales una significación que a veces tienen resonancias no reales.

Los ángulos toma expresa una relación de posición, lugar, ubicación establecida entre la cámara los personajes y objetos filmados. Las posibilidades de desplazar el objetivo de la cámara y situarla frente a la realidad son muy amplias y corresponden a los 180° que separan los puntos superiores e inferiores de la línea vertical.

Anulación normal.

Es usual que el campo visual se ofrezca de un modo frontal, con una composición equilibrada, armónica y promocionada. En el ángulo normal, los perceptores observan a los personajes registrados por una cámara situada a su altura. En tales casos, el eje óptico de la cámara coincide con la línea que parte desde nuestra mirada hacia el horizonte, por lo que a este tipo de angulación se le denomina también horizontal, a nivel o de ángulo recto.

Teniendo como referencia a la persona, la angulación normal se sitúa al nivel de su talle. En el caso de tratarse de un primer plano, la línea de los ojos determina la altura de la cámara.

Picada.

La cámara se ubica por encima del nivel habitual desde el que vemos la realidad y se inclina para registrar los objetos o sujetos encuadrados. El principal valor visual del picado proviene del carácter dominante y abarcador que adquiere el punto de vista desde el que contemplamos el campo visual. Un picado nos ofrece una visión panorámica del escenario filmado.

Contra picada.

El ángulo contra picado presenta los elementos del campo visual desde un punto de vista bajo. Contemplamos el contenido del encuadre desde un nivel inferior desde nuestra perspectiva tenemos la impresión de observar los objetos y personajes desde una perspectiva focalizada desde abajo. El principal valor del contra picado, desde el punto de vista de la composición visual, radica en su capacidad para reforzar la envergadura o el volumen de los objetos contemplados desde abajo.

Los Movimientos de cámara son los desplazamientos de la cámara para lograr un dinamismo en la toma los cuales se clasifican en:



Panning: La cámara derrota sobre un soporte pivotar, explora el espacio hacia la derecha o la izquierda. Los paneos pueden ser descriptivos, referenciales o de ubicación, pues ofrecen una vista extensiva del escenario de acción, a la vez que refuerza la direccionalidad de las líneas dominantes en el paisaje. Tiende a reforzar la presencia visual de la escenografía al potencial la amplitud del espacio que recorre. Acompaña muchas veces el movimiento interno de un objeto por el encuadre.

Tilt up y tilt down: La cámara rota sobre un soporte pivotal en un eje vertical hacia arriba o hacia abajo. El tilt up recorre a la persona de los pies a la cabeza, mientras que un movimiento inverso será el tilt down estos movimientos y de cámara tienden a connotar sensaciones de encubrimiento, Ascenso o por el contrario, caída, riesgo vértigo.

El travelling: En cambio, la impresión del movimiento del encuadre se debe a un desplazamiento de la cámara a través del espacio. Ella cambia de posición, viaja: se acercan, se aleja, bordea, persigue, acompaña, rodea a los objetos del campo visual.

Zoom: Es un lente de distancia focal variables que logra un efecto visual y semejanza al de desplazamiento de cámara. La virtud del zoom es facilitar la relación de acercamiento (zoom in) alejamientos, (zoom out) del contenido del campo visual, sin necesidad de llevar a cabo desplazamientos reales de la cámara.

La composición de los diversos componentes del encuadre establece y crea una distribución visual que se conoce como la composición del encuadre. La composición no es otra cosa que el resultado de la interacción expresiva de los llamados elementos configurantes, que son los componentes del encuadre que no tienen existencia física autónoma.

El centro de atención de interés está constituido por el lugar del encuadre al que se dirigía la mirada del perceptor, lugar que en la mayoría de los casos no escogido al azar, sino que ésta claramente puntualizado por uno o más de los procedimientos expresivos. Las modalidades narrativas del lenguaje audiovisual hicieron que los actores-personajes fuera el atractivo principal del encuadre. Igualmente, a las prácticas televisivas han hecho de los conductores y participante las estrellas del centro de atención visual.

Las líneas de organización o líneas de composición son las formaciones geométricas que predominan o caracterizan el encuadre. Salvo excepciones, no se trata, por lo general, que de formas geométricas estén perfectamente delineadas. Ni la naturaleza ni los espacios urbanos tienden a reproducir una geometría

absolutamente perfilada, menos aún a hay presencia humana o animal. Además, la tendencia al movimiento altera la posibilidad de tener una organización fija del encuadren y con ello las líneas se van modificando constantemente. De cualquier modo, hay que considerar las líneas de organización de manera aproximada y no esperar que en la totalidad de los encuadres se manifiesten de manera nítida. Pueden establecer una relación de las líneas más frecuentes y sugestivas en términos de su capacidad connotativa.

Línea horizontal: Predomina en encuadres abiertos de espacios amplios.

Línea vertical: Es aquella que se expresa en los encuadres que hay columnas, postes, árboles, edificios o incluso figuras humanas, que atraviesan el encuadre de manera vertical.

Línea recta: Sugiere orden, simetría, pero también expansión y dinamismo.

Línea curva: Puede mostrar formaciones naturales como cerros o montes u olas marinas. Puede sugerir movimientos rítmicos y ordenadores. Asimismo, desorden, agitación y acciones accidentadas.

Línea inclinada: Es aquella que parte del eje vertical trazando una inclinación. La línea perfila una escalera, o un declive de terreno muy pronunciado, sugieren inestabilidad, desequilibrio, riesgos.

Recursos narrativos.

Racord: Asociación cronológica (espacio y tiempo) narración lineal.

Síntesis: Resumen del contenido narrativo, síntesis del tiempo.

Flash back: Transición del tiempo hacia atrás (un recuerdo).

Flash forawer: Transición del tiempo hacia adelante (imagen del futuro).

Ruptura: Unidad de tiempo interrumpida por una acción análoga²².

Para la construcción y narración de la historia es importante decidir desde que punto de vista va a ser contada.

“Focalización interna: Cuando la visión es a través de un personaje o personajes.

Focalización externa: Cuando la visión es a través de un espectador observa las acciones sin penetrar en los pensamientos de los personajes, toda información se recibe por la acción.

Focalización superior: Es cuando la visión es a través de un narrador que conociera, como un diosillo, todo cuanto ocurre dentro y fuera de los personajes²³.

²² Lachino Haide. apuntes del curso El video una expresión artística de vanguardia. México 2004

²³ Diamante Julio. De la idea al film. Edí. Junta de Andalucía. España 1998

3.1.2 Elementos de producción de un audiovisual

Todo el proceso necesario hasta llevar el proyecto antes de su materialización, es conocida como la preproducción que es la fase de gestación de ideas generales y de planificación del proyecto, que consiste en prever todo aquello que hará falta para obtener el resultado final, en el que se determina los recursos humanos y materiales necesarios para la obtención del producto final y durante el cual se determina el ritmo de trabajo en función del plazo de entrega del proyecto.

En esta fase se trabaja de manera directa con el cliente, para el intercambio de información sobre el producto al que se quiere llegar, a esto se le llama briefing, que es la información exacta sobre el mensaje que se pretende dar, así como para el público que va dirigido y como comunicar el mensaje.

En esta fase se realiza el guión literario y el guión técnico, para posteriormente conformar el *story board*.

El guión es una idea-clave, un tema o una historia narrada, una sinopsis o primer desarrollo del tema.

El guión literario es la sinopsis más detallada que incluye diálogos, comúnmente se presenta en dos columnas, la de la izquierda destinada a recoger las descripciones y acciones y la de la derecha donde van las instrucciones referentes al audio (diálogos, efectos de sonido o las indicaciones musicales).

El guión técnico es resultado del guión literario, en este se incluye la planificación o “de coupage”, es decir la fragmentación del guión en planos con indicaciones, movimientos de cámara, acciones, encuadres, tomas e iluminación.

El story board, es un escrito que sirve para planificar el trabajo de un audiovisual, en el se visualizan los diferentes momentos por los que atraviesa la imagen en movimiento, especialmente los clave. En el story board, las imágenes se disponen correlativamente y pueden incluirse indicaciones sobre el movimiento de algunos elementos que intervienen en la imagen y sobre los sonidos que le acompañan. Es una previsualización de un proyecto antes de empezar su proceso de materialización.

La producción se inicia en el momento en que el producto empieza a tomar forma, cuando todas las imágenes se empiezan a producirse, ya sean imágenes grabadas, animadas, fijas o hechas por computadora, en esta etapa interviene un equipo de trabajo que debe estar totalmente enfocado en el trabajo para llegar al producto final.

El equipo de trabajo que interviene esta integrado por, el director de arte, que se encarga del orden y dirección creativa de todo el proyecto, es la persona que toma las decisiones en toda la etapa de producción.

El productor es la persona que es responsable de la administración del presupuesto y gestión de los equipos humanos, buscar financiamiento y establecer el costo de producción.

El realizador es la persona que asume la creación y forma de los contenidos audiovisuales, es el especialista de la creación de las imágenes grabadas. Para la realización de una imagen grabada con actores, se requiere de otros equipos profesionales de trabajo tales como; equipo de cámaras, iluminación, equipo técnico, actores, vestuario, maquillaje, escenografía y montaje.

El creativo es la persona que interviene en la creación del producto, el que transforma las instrucciones e informaciones recibidas en soluciones concretas, convirtiendo un proyecto en imagen.

Para la producción de animaciones en técnicas manuales o digitales, es necesaria la participación de los profesionales de esta área llamados animadores.

Un guionista es la persona encargada de redactar el texto de aquello que se tiene que transmitir al espectador.

La producción de sonido es el equipo encargado de crear todos los sonidos que participan en un audiovisual, esto puede ser los efectos de audio o banda sonora.

La edición se realiza de manera digital, con el uso de computadora, que permiten hacer una edición no lineal, es decir que se pueden insertar imágenes, audio, efectos especiales y transiciones en cualquier parte del video sin la pérdida de calidad y teniendo un mayor control en el proyecto final.

capítulo 4

Metodología para el diseño de los soportes informativos.

**Audiovisual, rotafolio
y cartel**



4 Metodología para el diseño de los soportes informativos. Audiovisual, rotafolio y cartel.

4.1 Metodología

Todo proceso de creación requiere de una metodología, esta puede ser propia o adoptada de metodologías ya reconocidas.

La metodología que utilicé para este proyecto de diseño es una metodología propia basada en metodologías ya reconocidas

Para iniciar con el proceso de diseño de los soportes informativos para el Programa IMSS-Oportunidades los pasos a seguir son los siguientes:

METODOLOGÍA

Planteamiento del Problema

Códigos

Mensaje

Usuarios

Códigos

Audiovisual Rotafolio Cartel

Análisis de los materiales ya existentes

Selección de la información

Propuesta de diseño

Fase de proyectación

Audiovisual Rotafolio Cartel

Validación de los Soportes

4.1.1 Planteamiento del problema.

Diseñar soportes informativos para la prevención del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) para el Programa IMSS-Oportunidades dentro del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con énfasis en el CaCu, para las comunidades rurales e indígenas del universo de trabajo del programa.

Los soportes estarán dirigidos a mujeres indígenas y campesinas, con riesgo de desarrollar CaCu tomando en cuenta su contexto sociocultural y poniendo especial importancia en el manejo del pudor.

Explicando de manera clara y sencilla la problemática de esta enfermedad, así como también el desarrollo de la misma, los factores de riesgo y los diferentes métodos de diagnóstico temprano de CaCu, para que la población femenina en riesgo acceda a realizarse periódicamente las pruebas de detección, fomentar su participación activa, responsable e informada en el autocuidado de la salud, tomando en cuenta factores socioculturales, autoestima y perspectiva de género.

Los soportes servirán de apoyo al Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con énfasis en el CaCu en las líneas estratégicas de Información, Educación y Comunicación (IEC) y de al Consejería en el Modelo de Atención a la Salud Ginecológica para ser utilizado por cualquier integrante del equipo de salud que haya sido capacitado para tal fin, como son médicos, enfermeras, trabajo social, promotor de acción comunitaria o asistente rural de salud, en el primero y segundo nivel de atención médica, ya sea en las Unidades Médicas Rurales u Hospitales Rurales.

4.1.2 Contexto.

Universo de trabajo del Programa IMSS-Oportunidades que atiende al 65% de la población rural y 86% de los 56 grupos étnico del país en 17 estados de la república. Con un índice de analfabetismo del 16.5 % y el 31% no completo la educación básica.

4.1.3 Mensaje.

Informar a las mujeres sobre el Cáncer Cérvico Uterino para que estas accedan a realizarse las pruebas de detección periódicamente y así elevar su nivel de autocuidado.

4.1.4 Usuarios.

3.6 millones de mujeres campesinas y 2 millones de mujeres indígenas, que atiende el Programa, grupos vulnerables con un alto índice de analfabetismo, autoestima baja, en su mayoría víctimas de violencia intrafamiliar, condiciones de inequidad, discriminación, donde el varón toma las decisiones sobre la salud reproductiva, la carencia de servicios básicos, hablantes de alguna lengua o dialecto, la constante migración de sus parejas a las grandes ciudades o a los Estados Unidos, incrementando la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH SIDA, esto aunado a la falta de educación sexual adecuada.

4.1.5 Códigos.

Los códigos a utilizar para articular el discurso serán las estrategias de comunicación que aplica el programa a través del Modelo de Salud Ginecológica con Énfasis en CaCu, que son: Información, Educación, Comunicación y Conserjería que promueven la toma de decisiones libres e informadas sobre la salud sexual y reproductiva, considerando los factores socioculturales y lingüísticos ya que la población tiene características particulares derivadas de su cultura, además de las estrategias del cambio de comportamiento para elevar los niveles de autocuidado de la salud, mencionados en el capítulo 2.

Para iniciar con la propuesta de diseño de los soportes informativos es importante hacer un análisis de los materiales de apoyo que utiliza el programa IMSS-Oportunidades en la actualidad, para ello es indispensable observar en su entorno y contexto, evaluando su contenido, proyección, difusión, impacto sobre el usuario y la factibilidad.



4.2 Audiovisual

Entre los soportes que el programa utiliza para las estrategias de comunicación se encuentra el audiovisual, el cual ocupa solo el 10% de la totalidad de soportes difusores de información, aún cuando es un porcentaje reducido decidí incluirlo dentro del proyecto porque es un soporte que permite establecer una comunicación través de estímulos visuales, auditivos y verbales, logrando que la información dada tenga una constante reafirmación de los elementos que la integran. Las personas perciben la información de su entorno mediante estímulos visuales, auditivos, verbales y a través de sensaciones, esta recepción de información varía dependiendo de cada precepto, el audiovisual por sus características inherentes permite abarcar tres de las cuatro formas de extracción de información del entorno, por lo tanto es un soporte ideal para el propósito de esta tesis, ya que nuestro campo preceptor tiene características variadas, por su multiculturalidad y diversidad de lengua.

4.2.1. Análisis de los audiovisuales que utiliza el Programa IMSS-Oportunidades.

Antes de definir los criterios rectores del Audiovisual fue necesario analizar desde el punto de vista semántico los audiovisuales que el programa utiliza para difundir la información.

Para esto fue necesario visitar el Hospital Rural de Ixmiquilpan en el estado de Hidalgo, para observar directamente la aplicación y funcionalidad de estos soportes, sin embargo en el programa no existe ningún video sobre el CaCu dirigido a la población en riesgo, el material existente está focalizado para la capacitación del personal médico, conteniendo un lenguaje técnico e imágenes reales de los procedimientos de detección, por lo tanto no son recomendables para la población en general.

4.2.2 Selección de la información

La información sobre al CaCu es muy extensa por lo tanto seleccione aquella que fuera más relevante para que el video no sea tan extenso o tedioso lleno de contenidos innecesarios y saturado de tecnicismo, ya que no hay que perder de vista al preceptor (mujeres indígena y campesinas del universo de trabajo del Programa).

La información se clasificó por orden de relevancia comenzando por el impacto que tiene la enfermedad en nuestro país y cuantas mujeres mueren día con día por esta razón, el siguiente punto a abordar es donde se desarrolla la enfermedad, ya que se tiene la idea errónea que el CaCu es el cáncer de matriz, posteriormente se explicara que es el CaCu, continuando con los factores de riesgo, los

síntomas que se presenta en las etapas más avanzadas, ya que es una enfermedad silenciosa, enseguida se mencionaran las dos pruebas de detección, la visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5% para mujeres de 15 a 49 años que hallan iniciado su vida sexual y la citología cervical (papanicolaou) para mujeres de 50 años o más, por último, recordarles a las mujeres la importancia de acudir al médico y el papel que tienen dentro su entorno familiar.

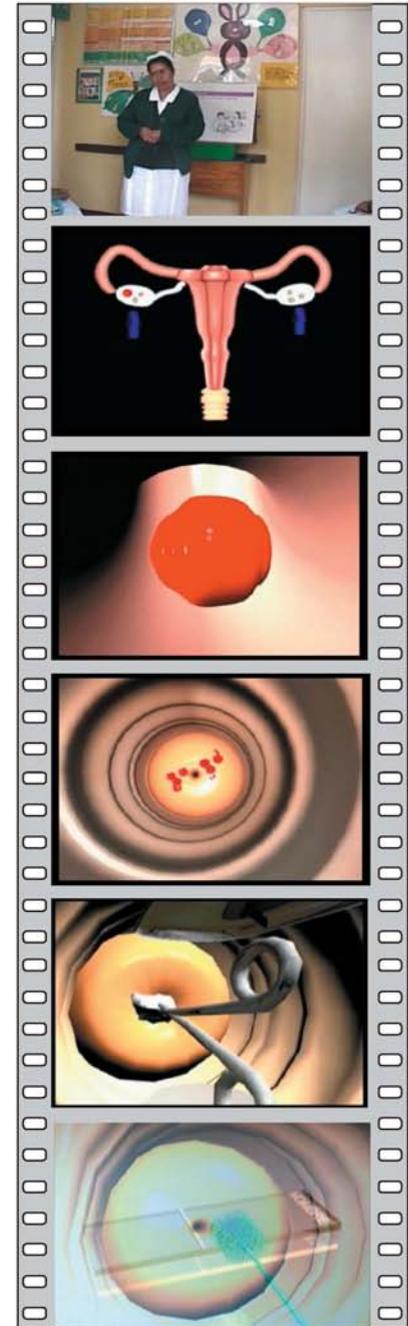
Los contenidos seleccionados fueron trabajados para que fueran conceptos sencillos, claros, y breves, por que la duración de audiovisual no debe ser mayor de 20 minutos, tiempo de espera entre cada consulta, este periodo varia entre 20 a 30 minutos de espera.

Cada contenido será respaldado por información visual, audible y verbal es decir cada punto a tratar será descrito tanto visualmente como verbalmente, para que la preceptora no divague o se pierda mientras se le informa sino que capte la información verbal y podrá entender la información visual.

4.2.3 Propuesta de diseño del audiovisual.

Para dar inicio a la propuesta de diseño es necesario establecer los ejes rectores que definirán el mensaje audiovisual:

1. Soporte dirigido a mujeres indígenas y campesinas de comunidades rurales del universo de trabajo del Programa.
2. Desarrollar el material en un entorno rural para que las receptoras sientan empatía con el mensaje. En este punto la grabación se llevara acabo en una comunidad indígena con entorno rural, aun cuando solo el 36% de la población que atiende el Programa es indígena es importante no relegarla a un segundo término, y con esta decisión se abordaran tanto a mujeres indígenas y campesinas.
3. Dar información clara y sencilla a las receptoras sobre el cáncer cérvico uterino y sus consecuencias. Para que las mujeres entiendan con claridad que es la enfermedad, donde y como se desarrolla, es de vital importancia utilizar imágenes didácticas que ejemplifique este punto, para ello utilizaré el recurso de la animación infográfica en 3D para hacer visible el CaCu, las imágenes de la animación infográfica serán creadas en un software diseñado para este fin, en este caso se utilizara Infini D, este software permite la realización de imagenes estilizadas con un alto grado de referencialidad evitando que las imagines sean grotescas y que agredan a las receptoras, en algún momento se incluirán imágenes reales de cérvix afectados por esta enfermedad, el motivo por el cual se incluirán es por que las mujeres desconocen la gravedad del CaCu y si se muestra como se pueden llegar a ver por dentro se incrementara su temor y así se pretende crear conciencia sobre su salud sexual.





4. Explicar de manera objetiva sobre las dos pruebas de detección del CaCu: la visualización cervical con aplicación de ácido acético del 5% y la citología cervical (papanicolaou). Con la ayuda de la animación en 3D la explicación de este punto será más sencilla de entender, con el propósito de que la mujer conozca paso a paso los procedimientos que realiza el personal médico al realizar estas pruebas, logrando que las mujeres pierdan el temor y no tengan ninguna duda y accedan a realizarse estos exámenes.

5. El papel que juega la familia frente al problema del CaCu. Para abordar este punto se tomaran testimonios de mujeres indígenas y campesina que enfrentan de algún modo esta enfermedad, los testimonios serán unificados para dar un mensaje sobre la ventajas de acudir al médico y la importancia de la mujer en su entorno familiar.

Tomando en cuenta estos 5 puntos decidí armar una historia sencilla y fácil de entender sobre el CaCu.

4.2.3.1 Sinopsis.

La historia trata de dos mujeres indígenas de una comunidad rural, Abelina de 30 años y Juanita de 60, que acuden a la Unidad Medica Rural de su comunidad. Mientras esperan su turno para su consulta mensual, la enfermera ofrece una plática sobre el CaCu. En esta explicación se introducirán animaciones infográficas en 3 D de la información que se da: la gravedad del CaCu en nuestro país y cuantas mujeres mueren diariamente por esta razón, la anatomía de aparato reproductor femenino, el CaCu, etapas y síntomas, factores de riesgo y las pruebas de detección. Después de esta plática informativa Abelina y Juanita toman la decisión de realizarse las pruebas de detección. Abelina que cada año se realiza su visualización no tiene ningún problema y regresa a casa con su familia para informar a su pareja sobre su estado de salud. Mientras tanto Juanita que no se ha realizado el papanicolaou, se le desarrollo un problema y tiene que seguir un tratamiento. Al llegar a casa comenta con su pareja esta situación. Al final del audiovisual se incluye testimonio de mujeres que enfrentan esta enfermedad.

4.2.3.2 Guión

Programa IMSS-Oportunidades
 Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con Énfasis en CaCu.
 Duración 20 minutos
 Video: ABELINA Y JUANITA

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIALOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
ENTRADA INSTITUCIONAL/ LOGO	MÚSICA	Identificar el audiovisual como parte del Programa IMSS-Oportunidades.
INTRODUCCIÓN “Modelo de Atención a la Salud Ginecológica con Énfasis en CaCu.”	Autor. Anthony Pappa Tema: renaissance	Identificar el material como parte del Modelo.
TITULO “Abelina y Juanita”	MÚSICA	Titulo de la historia a contar.
PLANO GENERAL. ABELINA Y JUANITA CAMINAN POR LA CALLE PRINCIPAL	El saludo, Danza de los Cuetzales.	Descripción del entorno de una zona rural e indígena reforzada por las vestimentas indígenas que portan los personajes.
PLANO ENTERO. ABELINA DE ESPALDAS DIRIGIENDO-SE A SU CASA		Presentar a los hijos del personaje de Abelina.
PLANO DE CONJUNTO. ABELINA CON SUS HIJOS EN LA CALLE	ABELINA: ¿Apenas se van a la escuela hijos? Apurense por que van a llegar tarde, por que luego no los dejan entrar. Se cuidan, se van con cuidado.	Ubicar al personaje de Juanita en su entorno.
PLANO ENTERO. JUANITA ENTRA A SU CASA		
PLANO MEDIO. JUANITA REVISAS EL CALENDARIO	MÚSICA	Introducir al espectador en la trama e involucrarlo con el personaje.

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIÁLOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PRIMER PLANO. ZOOM OUT. CARTILLA DE PREVENIMSS.</p>	<p>MÚSICA</p>	<p>Identificar el material como parte de las acciones de salud de PREVEIMSS.</p>
<p>PLANO MEDIO. ABELINA SE PEINA FRENTE AL ESPEJO.</p>		<p>Presentar de manera más clara al personaje de Abelina, para que pueda ser reconocida posteriormente.</p>
<p>PLANO ENTERO. ABELINA ENTRA A LA UMR.</p>	<p>SONIDO AMBIENTAL</p>	<p>Esta toma pretende mostrar la UMR para que los espectadores la identifiquen como la suya, tomando en cuenta que la mayoría de las UMRs del Programa tienen el mismo diseño arquitectónico.</p>
<p>PLANO DE CONJUNTO. ABELINA SALUDA A LAS PERSONAS DE LA UMR Y SE SIENTA, JUANITA ENTRA SALUDA Y SE SIENTA JUNTO A ABELINA</p>	<p>VOZ EN OFF: Buenos días mientras esperaran su consulta les daré una plática sobre el cáncer cérvico uterino.</p>	<p>Reconocer el interior de la UMR, donde se desarrollaran la mayoría de la trama.</p>
<p>PLANO DE AMÉRICANO. LA ENFERMERA INICIA LA PLÁTICA SOBRE CaCu.</p>	<p>VOZ EN OFF: Esta enfermedad es la primera causa de muerte en nuestro país de mujeres mayores de 25 años, diariamente mueren 10 mujeres por esta razón, como abran escuchado esta enfermedad es muy grave.</p>	<p>Llevar de la mano al espectador dentro de la platica informativa como las que se realizan en las UMR u HR y este se sienta más en confianza.</p>
<p>TRANSICIÓN A LA ANIMACIÓN</p>		
<p>IMAGEN DE LA REPÚBLICA MEXICANA CON SILUETAS DE MUJERES EN ROJO Y BLANCO.</p>	<p>VOZ EN OFF: Estas imágenes nos dirán en donde se desarrolla el cáncer cérvico uterino, quienes son las mujeres con más riesgo de tener esta enfermedad, como se detecta y la importancia de acudir a la clínica a su revisión.</p>	<p>En esta imagen las siluetas de las mujeres van desapareciendo paulatinamente, connotando la perdida de vidas que esta enfermedad afecta.</p>
<p>PLANO DE AMÉRICANO. LA ENFERMERA EN LA PLÁTICA SOBRE CaCu.</p>	<p>Por que aunque se sientan bien se puede estar desarrollando alguna enfermedad sin que se den cuenta.</p>	<p>Tratar de establecer una relación de alternancia entre las imágenes infográficas y las reales, para poco a poco introducir al espectador a las animaciones infográficas.</p>

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIÁLOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PLANO ENTERO. CUERPO DESNUDO DE UNA MUJER DE ESPALDAS. PANNIG CIRCULAR TOMANDO COMO CENTRO DEL EJE A AL MUJER.</p>	<p>Los genitales femeninos son la parte del cuerpo donde se realiza la fecundación y se desarrolla el embarazo.</p>	<p>La función de esta imagen es introducir al espectador en la explicación animada de los genitales femeninos.</p>
<p>GRAN PRIMER PLANO. TOMA COMPLETA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.</p>	<p>El aparato reproductor femenino esta formado por, dos ovarios, uno a la derecha y otro a la izquierda los cuales se encargan de guardar los óvulos mientras estos crecen y maduran. Los óvulos están destinados a ser fecundados por los espermatozoides o bien a ser expulsados cada mes, a esto le llamamos menstruación o regla. Las trompas de Falopio son las encargadas de transportar el óvulo hacia el útero halla sido fecundado o no. El útero también llamado matriz es el espacio donde se desarrolla el feto. El cuello uterino o cerviz es el orificio donde el bebe o la menstruación salen del cuerpo. La vagina es el lugar entre el cérvix y la vulva, es por donde entre el pene para realizar el coito. El cuidado de esta parte del cuerpo es muy importante ya que en ella se desarrollan la mayoría de las infecciones, que sino se atienden a tiempo pueden causar enfermedades muy graves.</p>	<p>Esta toma permite mostrar al espectador el funcionamiento del órgano reproductor desde el interior, para así poder entender mejor lo que para en el cuerpo.</p>
<p>PLANO DE AMÉRICANO. LA ENFERMERA DIRIGIENDOSE A LAS MUJERES.</p>	<p>VOZ EN OFF: Cuando sientan alguna molestia o dolor durante la relación sexual, deben venir de inmediato con el médico para que las revise y les de tratamiento.</p>	<p>Esta imagen juega el papel de alternancia entre las imágenes reales y la infográficas, para que el espectador establezca un vínculo entre las imágenes.</p>
<p>GRAN PLANO DE DETALLE. GENITALES EXTERNOS FEMENINOS</p>		<p>Hacer una referencia de esta parte del cuerpo para que la mujer la reconozca.</p>

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIALOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PLANO DE DETALLE. IMAGEN INFOGRÁFICA DEL CERVIX EN ANGULO FRONTAL COMO LO VISUALIZA EL MÉDICO.</p>	<p>VOZ EN OFF: Los genitales externos son llamados vulva, en ella se encuentran los labios mayores y labios menores, esta parte que se observa desde afuera.</p> <p>VOZ EN OFF: En el cuello uterino o cérvix es donde se desarrolla el cáncer cérvico uterino.</p>	<p>Esta imagen muestra como se visualiza el cérvix en donde se localiza y desarrolla el CaCu ya que muchas mujeres lo confunden con el cáncer de matriz.</p> <p>Ejemplificar el desarrollo del cáncer en el cérvix.</p>
<p>PLANO DE DETALLE. IMAGEN INFOGRÁFICA DEL CERVIX EN ÁNGULO FRONTAL DESARROLLANDO CÁNCER.</p>	<p>El cáncer comienza cuando células anormales se reproducen muy rápido formando tumores que son capaces de extenderse a otras partes del cuerpo y provocar la muerte sino se detectan a tiempo. Esta enfermedad comienza en forma silenciosa, la podemos tener sin darnos cuenta porque no causa dolor, solo duele cuando esta muy avanzada y ya no se puede hacer nada</p>	<p>La alternancia entre imágenes infográfica y reales sobre el desarrollo del cáncer, refuerza la idea sobre la gravedad de la enfermedad, haciendo que la mujer se cuestione sobre su salud, con preguntas como ¿así puedo estar yo por dentro y no lo se?, de esta manera las mujeres tomen conciencia sobre su salud.</p>
<p>IMAGEN INFOGRÁFICA Y REALES DE CERVIX EN ÁNGULO FRONTAL EJEMPLIFICANDO LAS ETAPAS DEL CÁNCER.</p>	<p>El cáncer tiene 5 etapas. En la primera aparece una pequeña lesión llamada displasia. Durante la segunda etapa la lesión es visible. En la tercera la lesión es más visible como se puede ver en esta imagen. En la cuarta etapa la lesión es más grave y recibe el nombre de cáncer <i>in situ</i>. Ya en la última etapa aparece el cáncer invasor y el tumor abarca la totalidad del cérvix, en esta etapa final ya no se puede hacer nada.</p>	<p>Las ilustraciones ejemplifican algunas de los factores de riesgo. Además identifica la línea de diseño entre el audiovisual y el rotafolio.</p>
<p>GRAN PRIMER PLANO. ILUSTRACIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO</p>	<p>Existen varias causas que aumentan el riesgo de tener esta enfermedad, entre ellas esta el que la mujer halla iniciado su vida sexual muy joven, que fume o halla fumado, que halla tenido más de una pareja sexual, o que frecuentemente tenga infecciones intimas, además es recomendable tener una buena alimentación que incluya frutas y verduras.</p>	<p>Las ilustraciones ejemplifican algunas de los factores de riesgo. Además identifica la línea de diseño entre el audiovisual y el rotafolio.</p>

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIÁLOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PLANO AMERICANO. ENFERMERA DIRIGIENDOSE A LAS MUJERES.</p>	<p>Para saber si tenemos cáncer cérvico uterino, existen dos tipos de exámenes, uno para mujeres de 15 a 49 años de edad, llamado visualización cervical con aplicación de ácido acético y otro para mujeres de 50 años o más, llamado citología cervical, mejor conocido como Papanicolaou.</p>	<p>La función de esta toma es el de retornar al ambiente real y retomar la atmósfera de la plática.</p>
<p>PLANO GENERAL. ANIMACIÓN DE UNA MUJER COLOCANDOSE EN LA MESA DE EXPLORACIÓN</p>	<p>Para poder hacer estos estudios es necesario colocarse sobre la mesa de exploración en posición ginecológica, con las piernas separadas y levantadas.</p>	<p>Explicar detalladamente como es la posición para realizar la prueba de detección.</p>
<p>PRIMER PLANO Y ZOOM IN A GRAN PRIMER PLANO DE DETALLE DE LOS GENITALES.</p>	<p>La visualización cervical con aplicación de ácido acético, es una prueba muy sencilla y rápida que detecta si existe algún daño en el cérvix o cuello uterino.</p>	<p>La función de esta animación es descriptiva del procedimiento, que la mujer conozca cuales son los instrumentos a utilizar y sepa en todo momento cuales son los pasos a seguir, y esta se sienta en confianza durante el examen.</p>
<p>GRAN PRIMER PLANO. ANIMACIÓN DE LA PRUEBA DEL ÁCIDO ACÉTICO.</p>	<p>El doctor revisa el cérvix con la ayuda de un espejo vaginal y con una gasa o torunda aplica ácido acético al 5% sobre el cérvix y espera 2 minutos. Si en el cérvix aparecen puntos o manchas blancas es que existe alguna lesión y el doctor dará el tratamiento adecuado con medicamentos, esto no quiere decir que se tenga cáncer, puede ser solo una infección o una lesión pequeña que si no se atiende adecuadamente puede tener serios problemas de salud y desarrollar cáncer en algún tiempo, si por el contrario en el cérvix no aparecen manchas o puntos blancos entonces no hay ninguna lesión y el doctor hará otro examen el próximo año. La prueba no causa dolor solo se siente un ligero ardor al aplicar la gasa o torunda.</p>	

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIÁLOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PLANO AMÉRICANO. PRIMER PLANO Y ZOOM IN A GRAN PRIMER PLANO DE DETALLE DE LOS GENITALES.</p> <p>GRAN PRIMER PLANO. ANIMACIÓN DE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU.</p>	<p>La citología cervical o Papanicolauo, se hace a mujeres de 50 años o más, en esta prueba el doctor revisa el cérvix con un espejo vaginal, después toma una muestra del cuello uterino con un instrumento llamado espátula de Ayre, la muestra se coloca en una laminilla de cristal con el nombre de la paciente, enseguida con un cepillo muy pequeño llamado citobrush, toma con mucho cuidado otra muestra del orificio del cérvix. Esta muestra también se coloca en la misma laminilla de cristal, se le aplica un líquido para que la toma no se mueva y se conserve por largo tiempo</p>	
<p>PLANO AMÉRICANO. ESPECIALISTA FRENTE AL MICROSCOPIO.</p>	<p>La laminilla es llevada al laboratorio donde un especialista analiza si existe alguna lesión en el cérvix. Los resultados son enviados al doctor.</p>	<p>La toma muestra a una persona con bata blanca frente al microscopio, connotando a un especialista evaluando la prueba, esto da la percepción de certeza y seguridad en los resultados.</p>
<p>PLANO AMÉRICANO. ENFERMERA FINALIZANDO LA PLÁSTICA INFORMATIVA.</p>	<p>Cuando se encuentra alguna lesión se dará el tratamiento adecuado, sino existe ningún daño se citará a la paciente al siguiente año. La revisión se hace por una persona capacitada, puede ser un médico, enfermera o auxiliar médico, quien lo realiza con mucho cuidado, gentileza y respeto, en el lugar de la exploración se encontrara una enfermera o un familiar acompañante de la paciente. Para poder realizar la prueba de cáncer cérvico uterino, es necesario haber iniciado su vida sexual, venir bañadas, no estar menstruando, no haber tenido relaciones sexuales el día anterior y no haberse aplicado medicinas vía vaginal como son óvulos o baños de asiento.</p>	

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIÁLOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PRIMER PLANO. ABELINA Y JUANITA SENTADAS, DECIDEN REALIZARSE LA PRUEBA. (hablan en dialecto) SUBTÍTULOS.</p> <p>PLANO AMÉRICANO. ENFERMERA ABRE LA PUERTA DEL CONSULTORIO.</p> <p>PLANO AMÉRICANO. ABELINA ENTRA AL CONSULTORIO</p> <p>PLANO AMÉRICANO ABELINA SENTADA TOMA CONSULTA.</p> <p>PLANO DE CONJUNTO ABELINA LE DA DE COMER A SU FAMILIA. (Platican sobre la visita al medico). SUBTITULOS</p>	<p>Estas pruebas deben hacerse cada año o cuando el doctor lo diga.</p> <p>Las mujeres que quieran realizarse cualquiera de estas dos pruebas pueden pasar con la doctora. Recuerda que nuestra salud es importante, debemos cuidarla y estar pendiente de lo que pasa en nuestro cuerpo, sobre todo si sentimos alguna molestia o dolor. Si es así vengan de inmediato a la clínica para que las revise y les den un tratamiento adecuado. Es todo gracias.</p> <p>ABELINA: Doña Juanita ¿verdad que si es importante hacernos la prueba del cáncer? JUANITA: Sí, ya entendí, que tengo que venir seguido a mi detección del cáncer.</p> <p>ENFERMERA: Señora puede pasar por favor, la va a atender la doctora.</p> <p>ABELINA: Buenos días doctora</p> <p>ABELINA Y DOCTORA: (comentan sobre la consulta).</p> <p>ABELINA: ¿Les sirvo más comida y cafe-cito? ESPOSO: Coman hijos que su mamá no estaba ABELINA: Yo no estaba por que fui a la clínica.</p>	<p>La escena pretende inducir a la mujer dentro de la plática para que esta tome la decisión de realizarse la prueba.</p> <p>Adentrar al preceptor en el ambiente del consultorio para que sepa cuales son las preguntas que se le van a realizar.</p> <p>Mostrar al espectador la situación familiar de Abelina, el apoyo de su pareja y lo importante que es para sus hijos.</p>

TOMAS Y ACCIONES	AUDIO Y DIÁLOGOS	SEMANTICA DE LA IMAGEN
<p>PRIMER PLANO. JUANITA TOMA CONSULTA.</p>	<p>ESPOSO: Entonces ya fuiste a la clínica. ABELINA: Sí, me revisaron la doctora y la enfermera y me dijeron que estoy bien que no tengo ningún problema. ESPOSO: No te dieron ningún medicamento. ABELINA: No, pues me dijeron que estoy bien, si me siento mal puedo ir de nuevo. ESPOSO: Que bueno a la otra vez voy contigo. ABELINA: Sí, me acompañas a la próxima.</p> <p>JUANITA Y DOCTORA: (la doctora le pregunta a Juanita por que no se a realizado la prueba).</p> <p>JUANITA Y DOCTORA: (la doctora le pregunta a Juanita por no se a realizado la prueba).</p>	
<p>PLANO GENERAL. JUANITA REGRESA A LA UMR. (regresa por sus resultados)</p>	<p>JUANITA EN EL COSULTORIO. DOCTORA: (saluda a Juanita y le notifica que sus resultados no son positivos).</p>	<p>Enfatizar la importancia de regresar por el resultado, por que muchas mujeres no recogen sus resultados y esto impide iniciar un tratamiento con éxito.</p>
<p>PRIMER PLANO. JUANITA Y LA ENFERMERA EN LA SALA DE ESPERA.</p>	<p>JUANITA Y LA ENFERMERA: (comentan sobre los resultados de su prueba)</p>	<p>Tratar de ejemplificar el caso de Juanita, que no asiste a su prueba de detección periódicamente y por tal motivo se le detecto un problema.</p>
<p>PLANO GENERAL. JUANITA Y SU ESPOSO EN EL PATIO DE SU CASA.</p>	<p>MÚSICA.</p>	<p>La imagen hace referencia sobre la importancia de la pareja en la salud sexual.</p>
<p>PRIMER PLANO TESTIMONIOS DE MUJERES. CRÉDITOS.</p>	<p>Testimonios cortos que forman un mensaje que abarca los datos de la enfermedad, sus síntomas, pruebas de detección, familia, pareja y autoestima.</p> <p>FIN.</p>	<p>Esta parte trata de establecer un vínculo entre las mujeres que padecen esta enfermedad y las mujeres en riesgo. Es muy importante resaltar el testimonio del varón como integrante de la pareja, para así involucrar al hombre dentro del problema de CaCu.</p>

La grabación de las imágenes se llevo a cabo en la comunidad de Yohualicha, Cuetzalan, Zacapoaxtla, en el estado de Puebla.

Teniendo como locación la Unidad Medica Rural, la calle principal y una casa de esa misma localidad, los actores que participaron en el proyecto fueron habitantes de esa región, los personajes que intervinieron vistieron sus vestimentas tradicionales, esto se permitió para que las mujeres indígenas de otros estados se sintieran identificadas con los personajes, aún cuando los trajes típicos no sean iguales a otras regiones (estereotipos). La participación de los niños refuerza el papel que la familia juega al enfrentar este problema de salud, el hecho de que las mujeres protagonistas fueran una de 30 años y otra de 60 años es para ejemplificar a la población en riesgo y poder mostrar los dos tipos de pruebas para el diagnóstico del CaCu.

En algunas escenas se habla dialecto esto se utilizó para reforzar el entendido de que es una zona indígena, utilizando el principio de la ley del menor esfuerzo, sin embargo no ofrece ningún problema en la lectura del mensaje ya que la historia se desarrolla de una manera clara, y estas escenas no ofrecen resistencia en la secuencia de imágenes, aún cuando están subtítuladas.

Los testimonios fueron tomados de mujeres que ya enfrentan este problema de salud para que el proyecto incidiera de manera más efectiva en las mujeres receptoras, los testimoniales, fueron levantados, tanto en zonas indígenas como campesinas, para que el audiovisual pudiese ser visto en cualquier estado de la república en la que trabaja el Programa. Dentro de los testimonios se incluye una pareja en donde el hombre da su postura frente al problema que afecta a su pareja. Este testimonio se considera de vital importancia para incluir a la pareja como parte del proceso.

Los testimonio se integraron en frases cortas de cada testimonio, para formar una idea general, que los testimonios fueran cortos dinámicos no fueran tediosos para el público.

La captura de imágenes grabadas se realizó en dos cámaras mini DV. Este formato digital que permitió la combinación con las animaciones digitales.

En el inicio del audiovisual se utilizaron animaciones en 2D y 3D para la entrada institucional y la presentación del proyecto. La animación digital se realizó con un software vectorial.

La animación de la presentación consiste en líneas rojas, blancas y verdes sobre un fondo negro que recorren una trayectoria horizontal que confluyen en un punto para formar la tipografía “modelo de atención a la salud ginecológica” esta a su vez sufre un efecto de pregnancia y da origen a la tipografía “con énfasis en” continúa la aparición de la letra “A” como protagonista y la línea como base se transforma en tipografía con la leyenda Cáncer cérvico uterino, fundiéndose finalmente en el fondo negro.

El sonido se obtuvo de la música grabada del autor Antony Papa que se escucha en la entrada institucional y la introducción, la melodía la danza de los quetzales que se escucha en el principio de la narración de la historia y en diversos momentos del metraje. Se utilizó el recurso de voz en off de una mujer, para que las receptoras se sintieran en confianza, esta voz fue obtenida de la grabación de la narración descriptiva del procedimiento esta se escucha durante toda la animación informativa del video.

Finalmente la edición se hizo con un software denominado de composición, el cual permitió la edición de las imágenes grabadas y audio, así como la combinación de las animaciones dentro de las imágenes grabadas, se agregó también efectos y transiciones para que el audiovisual fuera más dinámico en su composición.

La duración de este video es de 20 minutos, será distribuido en todas las Unidades Médicas Rurales y hospitales rurales del programa, en un formato VCD, ya que todos los centros de atención cuentan con un reproductor de DVD y televisión. Será proyectado en las salas de espera mientras las mujeres esperan su turno para su consulta.

El material no solo será visto por las mujeres en riesgo sino también por el público en general, por esto se tuvo cuidado en la selección de imágenes.

4.3 Rotafolio

El Rotafolio es un soporte gráfico, que consiste en una serie de láminas u hojas de papel superpuestas y unidas por la parte superior, sujeta a un soporte plegable y portátil. Las láminas contienen ilustraciones y textos cortos. Su constante uso en exposiciones con grupos reducidos permite un contacto directo con el perceptor y así poder lograr una buena dinámica de grupo.

Dentro del Programa el 20% de la información se transmite por medio de pláticas informativas en las cuales el 90% de ellas se utilizan rotafolios por lo tanto es indispensable integrarlo como parte del proyecto de diseño.

4.3.1 Análisis

Los rotafolios existentes en el Programa abordan una gran variedad de temas, por lo tanto el análisis solo se realizó en los rotafilos sobre el tema del CaCu, los rotafolios que utiliza el Programa sobre este tema son dos, otorgados por la Secretaria de Salud.

El proceso de análisis se llevo a cabo en el Hospital Rural de Ixmiquilpan Estado de Hidalgo, con un grupo de 20 mujeres, quienes escucharon la plática que cotidianamente se realiza mientras esperan su consulta, el rotafolio que se utiliza durante esta plática esta impreso a dos tintas en formato horizontal, 53x 60, con textos cortos e ilustraciones con un grado de abstracción, con apartados como: introducción, datos sobre la enfermedad, cifras y datos, los objetivos sobre esta práctica, las mujeres en riesgo, la prueba de detección del CaCu, ¿que es el CaCu? (en esta parte se cuestiona al grupo y sobre qué entiende por CaCu), las respuestas obtenidas son muy escuetas y la mayoría lo entiende como cáncer de matriz, (esto es porque todas reconocen que la matriz es donde se desarrolla el embarazo), continuando con los factores de riesgo, los datos de la enfermedad en sus inicios y en etapas avanzadas y se concluye con la detección oportuna. Se explican las pruebas que se realizan y como hay que asistir a para realizar esta prueba.

En la parte posterior del rotafolio se integra la información que va a ser utilizada por el personal que imparte la plática, en secciones como: tema, número de lámina, sugerencias, mensaje básico, e información importante.

La información es impartida por integrantes del equipo médico, como pueden ser enfermeras, médicos, promotoras de salud o asistentes rurales de salud.

La plática concluye preguntando a las mujeres sobre alguna duda, las cuales consisten en; no entender cuales el cérvix, la utilización del condón y los horarios de atención del Módulo.





Los problemas a los que se enfrenta este material es que carece de atractivo visual para las receptoras y fácilmente se pierde su atención en la plática, los puntos rescatables son las dimensiones del material, la distribución del los contenidos posteriores que ayudan al personal de salud a dirigir la plática.

El otro rotafolio sobre CaCu, éste se encuentra impreso en selección de color, con ilustraciones estilizadas, textos cortos, cuya información abarca desde: la introducción, factores de riesgo, síntomas, pruebas de detección, diagnóstico, y concluye con el tratamiento.

El formato es vertical, de 28x43 cm. por este motivo no puede utilizarse en las pláticas impartidas en lugares amplios, este material no cuenta con impresión posterior.

Por sus características físicas este material es utilizado solo en la consulta, este soporte es más atractivo para las receptoras ya que su colorido e ilustraciones atrae y retiene su atención, la desventaja de este material es la falta de información que guíe al personal de salud ocasionando que la información que se le imparte a la receptora varíe de acuerdo a los conocimientos que tenga el personal sobre el tema.

4.3.2 Selección de la información

Después del análisis y revisión de los rotafolios que utiliza el Programa se retomaron los puntos más relevantes para seleccionar la información que contendrá el soporte a diseñar, el contenido informativo constara de un conocimiento básico de la enfermedad, las estadísticas de mortandad en nuestro país, anatomía de los genitales femeninos, síntomas, factores de riesgo y la importancia de la mujer en la familia.

Con la selección de información se procedió a reducir lo más posible el texto hasta lograr oraciones cortas sencillas y claras para que las receptoras no tuvieran problema en entenderlas.

En cuanto a la información de la parte posterior de las láminas, la que será utilizada por el personal de salud se eligieron contenidos concretos, que ayudan a dar una plática más clara y breve, el tiempo aproximado que debe durar la plática informativa será de 10 a 20 minutos, además que contendrá datos que ayudaran a dirigir al grupo, incluyendo actividades a realizar.

4.3.3 Propuesta de diseño

Después de seleccionar el tipo de información que llevará el rotafolio, esta se dividió en 7 puntos colocadas en 9 láminas, los puntos son los siguientes:

1. El rotafolio estará enfocado para un contexto rural dirigido a mujeres en riesgo del universo de trabajo del programa.
2. La información sobre el CaCu será clara, precisa y fácil de entender para el receptor.
3. El material debe ser atractivo y entendible para las receptoras.
4. Las dimensiones y formato deben ser adecuadas para su exposición en lugares abiertos y cerrados, así como también pueda ser visto desde una distancia de tres metros.
5. El material deberá contener información sobre la importancia del autocuidado de la salud de la mujer.

Con los anteriores lineamientos se establecieron las bases para la propuesta de diseño del rotafolio, para poder iniciar con el diseño del rotafolio, la información se integró de la siguiente manera.

1. Datos de la enfermedad.
2. Genitales femeninos
3. Información sobre el CaCu.
4. Factores de riesgo
5. Pruebas de detección.
6. Acude al médico.
7. La familia.

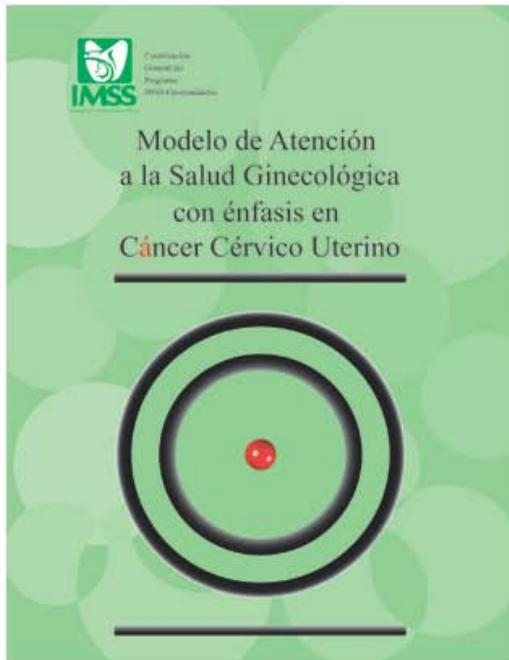
Esta información será contenida en láminas de un formato vertical, que incluirán ilustraciones policromáticas y textos cortos, la información será dirigida hacia dos direcciones una hacia las mujeres receptoras que será la parte frontal del material, la parte posterior estará dirigida al personal médico que impartirá la plática.

Los datos colocados en la parte posterior se integrarán de la siguiente manera: número de lámina, título de lámina, objetivos, puntos a comentar, en esta parte se incluye la ilustración completa de la lámina a explicar, se incluyeron también dinámicas de grupo para que las mujeres no sean un receptor pasivo sino que participen activamente dentro de la exposición y así integrarse al proceso de comunicación y entiendan mejor la información.

Las ilustraciones pretenderán establecer un vínculo con la perceptora, utilizando imágenes estilizadas de personajes situados en un entorno rural, y del personal médico.

El diseño general del rotafolio debe tener elementos gráficos que lo identifiquen como material de apoyo del modelo de salud ginecológica.

4.3.4 Fase de proyectación



Portada:

Estructura de red rectangular en el que ubicaron elementos de logos institucionales y el logo del modelo de atención a la salud ginecológica, en dimensión mayor que ocupa todo el plano, siendo el centro un punto rojo ubicado en el centro de interés del plano.

Diseño general de las láminas.

Formato vertical de 56 X 43 cm. Este tamaño permite que las láminas se puedan ver desde una distancia de 3 a 4mts. A demás de utilizar la tipografía Arial que por carecer de remates permite una legibilidad desde distancias lejanas, el puntaje que se utilizo para tener una buena lectura de los texto varia de 35 a 45 puntos dependiendo la cantidad de texto de cada caja tipográfica.

Estructura formal de repetición con módulos de 1 cm.

El margen que encuadra la imagen contenida para que este no se extienda al ser expuesta en lugares abiertos, es en tonalidad verde, 50% cyan y 100% amarillo, por su tono no distrae la mirada del perceptor.

Como elementos gráficos utilizados para identificarlo como material del modelo de atención a la salud ginecológica se utilizaron los puntos en masa en rojo seccionado en su cuadrante superior izquierdo, ubicado en el cuadrante inferior derecho elemento gráfico que lo identifica como material de apoyo al modelo, así como también el punto en masa ubicado en el cuadrante superior izquierdo rodeado por círculos en aro en tonalidad verde que da la pauta para el título de la lámina.

En el plano se encuentra círculos en aro en tonalidad verde con un grosor de línea de punto un milímetro que no distrae al espectador, pero que servirá para ubicar y señalar elementos importantes posteriormente.

En el cuadrante inferior derecho se localiza el logo del modelo seccionado en un cuadrante, y que continúa dentro del fondo blanco como línea. En el cuadrante inferior izquierdo se localiza un rectángulo en donde se colocara el número de lámina.



Lámina 3

Esta lámina se encuentra dividida en dos secciones la primera explica que es el CaCu, la caja tipográfica contiene 3 líneas en un puntaje de 30 puntos.

La ilustración es el aparato reproductor femenino con puntos rojos que simulan las células enfermas o cancerosas, la imagen circular simula el acercamiento y posición frontal del cérvix que es como lo visualiza el médico, con puntos rojos connotando las células cancerosas.

La segunda sección muestra la imagen estilizada de una mujer vestida como comúnmente lo hacen en las zonas rurales, es frecuente el uso de baberos y delantales que cubren el vestido, la mujer se encuentra en actitud desenfada y un efecto de zoom visual nos indica que este personaje padece cáncer y no se ha dado cuenta, la imagen se encuentra reforzada por el texto, en una tipografía de 45 puntos.

Siendo que el CaCu es una enfermedad silenciosa, es decir que no se presentan síntomas en las primeras etapas, solo hasta las últimas donde el éxito del tratamiento es nulo, esta lámina mostrará que cualquier mujer puede estar desarrollando esta enfermedad y no saberlo.



Lámina 4

Esta lámina contiene 5 ilustraciones que explican los factores de riesgo. En la ilustración inicial, esta una pareja mujer y hombre jóvenes en acción de darse un beso, los personajes representados sin ropa, en un primer plano de los hombros hacia arriba, por encima de ellos se encuentra la figura de un corazón signo relacionado con el amor, toda esta escena muestra a una pareja en la intimidad, bajo esta imagen se encuentra un texto de 30 puntos. Recordando el hecho de que el sólo inicio de la vida sexual pone en riesgo a la mujer de desarrollar CaCu sino también infecciones de transmisión sexual.

La segunda ilustración muestra un condón estilizado en dirección vertical para ejemplificar el uso del condón como medida de protección en las relaciones sexuales, ubicándolo en el ángulo superior derecho. El uso correcto del condón no solo protege de embarazos no planeados sino también de contraer el Virus de Papiloma Humano agente detonador del CaCu, por eso es importante difundir el uso correcto del condón en cada relación sexual.

En el centro del plano se ubica la tercera ilustración, una manzana roja y una piña sobre una base verde, esta ilustración se puso para ejemplificar y dar a entender que se deben consumir frutas para una dieta balanceada, ya que en el imaginario colectivo las imágenes de frutas anteceden una buena alimentación.

El cuarto factor de riesgo es el consumo de cigarrros, la ilustración que refuerza esta idea es una mujer fumando, para dar el efecto del cigarro encendido se utilizaron colores cálidos y el humo simulado por dos líneas curvas generadas de forma libre en dirección vertical en tono gris.

La última ilustración muestra a una mujer con las manos en el estomago con actitud de dolor enfatizando esta acción con líneas quebradas diagonales en tono rojo que hacen una onomatopeya visual del dolor; la imagen esta acompañada por ropa interior femenina en tono rosa que simula flujo amarillo ocasionado por una infección vaginal.

El orden de ubicación de las ilustraciones se organizo de acuerdo a las prioridades de los factores de riesgo.

Lámina 5

Esta lámina muestra tres ilustraciones, la primera antecedida por una línea de texto, muestra dos prendas con una mancha amarilla que indica alguna especie de infección y la otra con una mancha roja que refiere al sangrado que se presenta en las etapas avanzadas del CaCu, estas imágenes contienen una sombra gris con un desfase de 3mm. a la derecha, para dar un soporte visual a la imagen.

La siguiente imagen muestra a una pareja cubierta por una sábana azul, la mujer con actitud de molestia y dolor, con ojos cerrados y la curva en su boca en dirección ascendente que refiere a una actitud de molestia, la imagen del hombre esta representada por una cabeza boca abajo para inferir que se encuentran en medio de una relación sexual,

Posteriormente se muestra la ilustración de una mujer con ojos cerrados, manos en el estomago y con una cierta inclinación a la derecha mostrando dolor en el estomago, enfatizado por líneas quebradas que refieren a un intenso dolor. Este personaje es el mismo que se muestra en las láminas anteriores esto con el fin de establecer un vínculo narrativo entre el personaje y la perceptora. Los elementos que se incluyen en el personaje son el peinado de trenzas que en las comunidades rurales es muy común.





Lámina 6

La función que cumple las ilustraciones de esta lámina son descriptivas del procedimiento de detección del CaCu en el caso de esta lámina es la visualización cervical con aplicación de ácido acético al 5%.

En esta lámina muestra a una mujer siendo revisada por una doctora, la doctora en actitud amable y respetuosa, en el hombro de su bata se colocó el logo del IMSS esto con el fin de que el material sea identificado como parte de la institución, así como también para que el personal médico se sienta identificado con el material. El motivo por el cual el personaje de la doctora es de sexo femenino es porque muchas mujeres en riesgo no se realizan la prueba por el sentimiento de pudor o pena que enfrenta con un médico de sexo masculino, de esta manera se sienten en confianza si la prueba es efectuada por una mujer. Este temor se desvanece al explicarles que la persona que realiza esta prueba lo hace con gentileza y respeto a la paciente y que a la prueba puede ser acompañada por un familiar o una enfermera.

Siguiendo con la descripción de la ilustración continuaremos con la imagen de lado izquierdo que muestra el acercamiento del cérvix al cual se le esta aplicando ácido acético, esta imagen muestra los instrumentos utilizados para realizar la prueba, la siguiente imagen es otro cérvix con manchas blancas que indica la existencia de una lesión, la siguiente es un cérvix normal, indicando que no existe ningún problema, las imágenes de los cérvix son identificadas como tal para la perceptora ya que en la segunda lámina del rotafolio sera explicado.

La tipografía utilizada es de 40 puntos en el título, de 25 en la explicación y de 30 puntos en las imágenes de los cérvix.



Lámina 7

El tema de las pruebas de detección se dividió en dos láminas para ejemplificar las dos pruebas, en el caso de la lámina 7 se explica la prueba del papanicolaou, su nombre correcto es citología cervical pero es mejor conocida como papanicolaou, por esta razón se manejan los dos términos. La primera ilustración muestra una mujer mayor a la cual se le esta realizando la prueba, la siguiente imagen cumple una función descriptiva al ejemplificar paso a paso como se toma la muestra, primero con el citobrush después con la espátula de Ayre, posteriormente como se aplican las muestras en la lámina de cristal, ubicando cada muestra en un lugar específico, enfatizando la identificación de la lámina con el nombre de la paciente, para dar certeza al resultado de la prueba, posteriormente continúa la imagen de un personaje frente al microscopio que se refiere al especialista que interpreta la prueba, finalmente la imagen de dos personajes una enfermera y la paciente que recoge sus resultados, esto es muy importante mencionar ya que un porcentaje alto de las mujeres no recoge su resultado y por lo tanto no es posible iniciar un tratamiento con éxito.

Lámina 8

La penúltima lámina refiere al pensamiento de una mujer, utilizando recursos del lenguaje del comic, se introdujo un globo en forma de nube esta es reconocida como signo de mostrar el pensamiento del personaje, dentro del globo se encuentran las ilustraciones de los síntomas de la enfermedad, iniciando por el síntoma de infección y sangrado, continuando con el dolor en la relación sexual y finalmente el intenso dolor en el vientre, en el cuadrante superior izquierdo muestra al personaje de la mujer en acción de acudir a la UMR, siendo recibida por el personaje de la doctora.

Lámina 9

la última lámina hace referencia sobre el tema del papel primordial de la familia, por esto se representaron los personajes de una mujer con sus hijos, ya que las mujeres que son madres cuidan su salud por que piensan en el futuro de sus hijos, por otra parte son hijas de familia y piensan en sus padres o quien cuidará de ellos si ellas no estuvieran, por último el papel de la pareja que es importante ya que el cuidado de la salud sexual y reproductiva las decisiones se toman en pareja y en el medio rural se enfatizan más este factor, de que el varón toma las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Cualquier propuesta de difusión de mensajes sobre de CaCu no sería efectiva sino se toma en cuenta a la pareja.

Las ilustraciones cumplen una función de referencia con la realidad, las imágenes de las partes del cuerpo tienen un alto grado de referencialidad con respecto a la de los personajes esto es porque cuando se trata de mostrar por primera vez el interior del cuerpo es necesario hacerlo lo más real y claro posible, por otro lado las ilustraciones de los personajes son más estilizados y estereotipados, para que el receptor los reconozca con facilidad y ofrezcan empatía con el material.

Diseño general de la parte posterior de las láminas

El diseño general de la parte posterior de las láminas debe cumplir una función de guía sobre la plática informativa, con textos más largos y un lenguaje más técnico que en la parte frontal, ya que las pláticas son impartidas por el personal médico, este puede ser el doctor, enfermera, asistente de salud o promotor rural de salud. Las láminas posteriores del rotafolio se diseñaron tomando en cuenta los factores de: lenguaje sencillo, dinamismo, interacción con el público y explicaciones precisas de cada tema. Cada lámina esta integrada de la siguiente forma:

1. Número de lámina, dato que indica el número de lámina que integra la plática, esto es para que la persona que dirija la plática este consciente del momento que se encuentra en la plática y si así lo requiere hacer ajustes en el tiempo.



Lamina 1-9 ● **El Cáncer Cérvico Uterino.**

Objetivo: Que las personas conozcan cuántas mujeres mueren diariamente por Cáncer Cérvico Uterino en nuestro país.

Puntos a Comentar:

Esta enfermedad es muy grave, cada año mueren más de 4 mil mujeres que se pudieron haber salvado si se hubieran atendido a tiempo.

Esto quiere decir que cada 2 horas y media muere una mujer por Cáncer Cérvico Uterino.

Dinámica con el grupo:

Pedíles a las asistentes del grupo que pongan sus manos extendidas, al frente los dedos de la mano representando a las 10 mujeres que mueren diariamente por Cáncer Cérvico Uterino. Pedíles que bajen los dedos de uno en uno mientras se les recuerda que cada 2 horas y media muere una mujer por esta enfermedad.

En esta plática conoceremos qué es el Cáncer Cérvico Uterino, quienes son las mujeres con más riesgo de tener esta enfermedad, cómo se detecta y sobre todo la importancia de acudir con el médico.

Lamina 2-9 ● **Genitales Femeninos Internos.**

Objetivo: Que las mujeres conozcan las partes principales de los genitales internos y en dónde se encuentra el cérvix o cuello uterino, lugar donde se puede desarrollar el Cáncer Cérvico Uterino.

Puntos a Comentar:

Los ovarios, se encargan de guardar los óvulos mientras que estos crecen y maduran. Los óvulos están destinados a ser fecundados por los espermatozoides o a ser expulsados cada mes, a esto le llamamos menstruación o regla. Las trompas de falopio son las encargadas de transportar el óvulo hacia el útero. El útero, o matriz, es el espacio donde se desarrolla el feto (bebé). La vagina, es el lugar por donde entra el pene para realizar el coito. El cuidado de esta parte del cuerpo es muy importante, ya que en ella se desarrolla la mayoría de las infecciones, que si no se atienden a tiempo, pueden causar enfermedades muy graves. El cuello uterino o cérvix es el orificio por donde el bebé o la menstruación sale del cuerpo, en esta parte es en donde se desarrolla el Cáncer Cérvico Uterino.

Dinámica con el grupo:

Mientras se explica esta lámina, se debe indicar la trayectoria que recorre el óvulo desde su crecimiento y maduración dentro de los ovarios, su paso por las trompas de falopio, su estancia en el útero o matriz y la salida a través del cérvix o cuello uterino.

Mencionar que si observáramos el cérvix por la parte inferior tendría la forma que se muestra en la parte derecha de la lámina.

2. Título de la lámina, dato importante para identificar que punto se va a explicar.
3. Objetivos, este dato orienta al personal de salud sobre el objetivo específico que se pretende conseguir con la lámina.
4. Puntos a comentar, esta parte de la lámina es la que guía al personal de salud sobre lo que va a decir al público, de lado derecho, se encuentra la imagen de la lámina que se esta explicando y de lado izquierdo el texto que el instructor leerá en voz alta para el público. Cada párrafo esta señalado con una línea que indica en que parte de la lámina se dirá el texto que corresponde, esto es incluso con el propósito de que el orientador no se dedique solo a decir lo escrito y el perceptor solo escuche sin importar en que momento de la lámina se encuentre, esto es para que el orientador tenga el control de en que preciso momento decir y señalar el tema.
5. Dinámica con el grupo, en esta parte se pide la participación del grupo, con acciones sencillas y que se desarrollan desde el lugar en donde se encuentran las personas, no se necesitan de materiales anexos porque esto impediría su aplicación y elevaría los costos de producción.

Este apartado cumple la función de integración grupal y permite una interacción entre el perceptor y el mensaje que se le esta dando, esto con el fin de establecer un vínculo entre la perceptora y el material de apoyo, para que participe de manera activa, analítica, reflexiva y aprehensiva del mensaje que se le esta impartiendo. Este apartado se encuentra en la parte inferior en un recuadro negro con tipografía blanca de 30 puntos, enfatizada de esta manera con el propósito de establecer que esta es una actividad a realizar.

El rotafolio esta diseñado para hacer impartido en un tiempo no mayor de 20 a 30 minutos, tomando como tiempo de lectura de entre dos a cinco minutos por cada lámina dependiendo de su complejidad para hacer explicada.

La parte frontal del rotafolio es policromática para hacer lo más atractivo y dinámico para la perceptora, la parte posterior es monocromática, solo en escala de grises para que el personal médico que imparta la plática no se distraiga con el colorido de la imagen y pierda de vista el hilo conductor de la plática que esta impartiendo.

Lamina 3-9 • ¿Qué es el Cáncer Cérvico Uterino?

Objetivo: Que las mujeres sepan que el Cáncer Cérvico Uterino es una enfermedad que comienza en forma silenciosa, que puede afectar a la mujer de cualquier edad.

Puntos a Comentar:



El Cáncer Cérvico Uterino es el crecimiento incontrolable y desordenado de células anormales en el cuello uterino, que puede formar tumores y extenderse a otras partes del cuerpo y ocasionar la muerte.

Esta enfermedad comienza sin presentar síntomas, se puede estar desarrollando dentro del cuerpo sin que se sienta alguna molestia o dolor.

Sólo presenta síntomas cuando ya está en estado avanzado o etapa invasora, en esta etapa es difícil iniciar un tratamiento con éxito.

Dinámica con el grupo:

Es importante explicar el cáncer con ejemplos; uno de ellos es pedirle a las mujeres que imaginen una avá la cual representa una célula enferma o anormal, ésta crece junto con otras hasta formar un racimo y ésta es el tumor que se forma alrededor del cuello uterino.

Recordar a las mujeres que esta enfermedad comienza sin presentar síntomas, que podemos sentirnos bien sin presentar ningún dolor o molestia y por dentro se está desarrollando el cáncer.

Lamina 4-9 • Factores de Riesgo.

Objetivo: Que las asistentes a la plática sepan quiénes son las mujeres con más riesgo de tener esta enfermedad.

Puntos a Comentar:



Cuando se inicia la vida sexual antes de los 16 años de edad, la mujer está en riesgo de desarrollar Cáncer Cérvico Uterino.

El inicio de la vida sexual nos pone en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, por eso es importante el uso adecuado del condón no solo como método anticonceptivo, también como protección de enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA o el virus del papiloma humano causante del Cáncer Cérvico Uterino.

Es importante incluir en la dieta el consumo de frutas y verduras, con esto reducimos el riesgo de desarrollar cáncer, así como otras enfermedades.

El fumar o haber fumado no sólo aumenta el riesgo de desarrollar Cáncer Cérvico Uterino también causa enfisema pulmonar y cáncer de pulmón por eso es recomendable dejar de fumar.

Cuando una mujer constantemente tiene infecciones, flujo, comezón, dolor, ardor o se sienten verrugas en la vagina, debe acudir de inmediato con el médico para que éste la revise y determine la causa y de el tratamiento adecuado o refiera a un hospital.

Dinámica con el grupo:

Mencionar que el solo hecho de iniciar la vida sexual nos pone en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, por eso es de suma importancia el uso del condón.

Invitar a las mujeres a comer por lo menos una fruta al día.

Recordar que cuando sientan alguna molestia, dolor, ardor, flujo, comezón o verrugas en la vagina, acudan de inmediato al médico, que no lo dejen para después o piensen que no es importante.

Lamina 5-9 • Síntomas de la enfermedad.

Objetivo: Que las mujeres reconozcan los síntomas del Cáncer Cérvico Uterino cuando ya se encuentra en un estado avanzado

Puntos a Comentar:



Al inicio de la enfermedad no se presentan síntomas, estos solo se presentan en la última etapa de la enfermedad, es decir en la etapa invasora.

La presencia de flujo o escurrimiento vaginal con sangrado, fuera del ciclo menstrual, éste puede ser abundante o moderado.

Una relación sexual debe ser placentera, por lo que no debe haber dolor, molestia o sangrado a la penetración del pene.

Dolor pélvico o abdominal ligero o intenso.

Cuando presenten alguno de estos síntomas deben de acudir inmediatamente con el médico.

Dinámica con el grupo:

Recordar a las mujeres que cuando presenten alguno de estos síntomas acudan de inmediato con el médico para que las revise, les den el tratamiento adecuado y puedan salvar su vida.

Lamina 6-9 • Detección del Cáncer Cérvico Uterino

Objetivo: Que las mujeres conozcan la visualización con aplicación de ácido acético para menores de 50 años, y la citología vaginal (papanicolaou) para mayores de 50 años los estudios que se realizan para detectar CaCu.

Puntos a Comentar:



La visualización cervical con aplicación de ácido acético es una prueba muy sencilla y rápida, que detecta si existe algún daño en el cervix o cuello uterino.

El doctor revisa el cervix con ayuda de un espejo vaginal y con una gasa o torunda llena de ácido acético al 5%, la aplica sobre el cervix y espera dos minutos.

Si en el cervix aparecen puntos o manchas blancas es que existe alguna lesión y el doctor dará un tratamiento adecuado con medicamentos, esto no quiere decir que se tenga cáncer, puede ser sólo una infección o una lesión pequeña, que sino se atiende adecuadamente puede desarrollar cáncer en algún tiempo.

Si, por el contrario, en el cervix no aparecen manchas o puntos blancos, entonces, no hay ninguna lesión y el doctor hará otro examen el próximo año.

Dinámica con el grupo:

Verdiles a las asistentes a la plática que levanten la mano aquellas que tengan menos de 50 años, indicando que a ellas se les realizará la visualización con aplicación de ácido acético, mencionando que la prueba no causa ningún dolor, sólo se siente un ligero ardor pasajero cuando se aplica la gasa o torunda.

Para poderse realizar la prueba, es necesario haber iniciado su vida sexual, no estar menstruando, no haber tenido relaciones sexuales el día anterior y no haberse aplicado ningún tipo vaginal, como son óvulos o baños de asiento.

La revisión se hace por una persona capacitada, puede ser un médico, enfermera o auxiliar médico, quien lo realiza con mucho cuidado, gentileza y respeto.

En el lugar de la exploración se encontrará una enfermera o un familiar acompañante de la paciente.

Lamina 7-9 **Citología Vaginal o Papanicolaou.**

Objetivo: Explicar a las mujeres, en qué consiste la citología vaginal o papanicolaou, que es el estudio que se realiza a mujeres mayores de 50 años

Puntos a Comentar: La citología vaginal o papanicolaou se hace a mujeres de 50 años o más. En esta prueba el doctor revisa el cervix con un espejo vaginal. Después toma una muestra del cuello uterino con un instrumento llamado espátula de Ayre. La muestra se coloca en una laminilla de cristal con el nombre de la paciente. En seguida, con un cepillo muy pequeño llamado citobrush se toma con mucho cuidado otra muestra del orificio del cervix; esta muestra también se coloca en la misma laminilla de cristal y se le aplica un líquido para que la toma no se mueva y se conserve por largo tiempo. La laminilla es llevada al laboratorio donde un especialista analiza si existe alguna lesión en el cervix. Los resultados son enviados al doctor que dará el tratamiento adecuado; si no existe ningún daño, se citara a la paciente al siguiente año.



Dinámica con el grupo:

Pedirles a las asistentes a la pública que levanten la mano aquellas que tengan más de 50 años, indicándoles que a ellas se les realizará la citología vaginal o papanicolaou, mencionándoles que la prueba no causa ningún dolor. Para poderse realizar la prueba, es necesario haber iniciado su vida sexual, no estar menstruando, no haber tenido relaciones sexuales el día anterior y no haberse aplicado medicinas vía vaginal como son ovulos o báscas de asiento. La revisión se hace por una persona capacitada, puede ser un médico, enfermera o auxiliar médico, quien lo realiza con mucho cuidado, gentileza y respeto. En el lugar de la exploración se encontrará una enfermera o un familiar acompañante de la paciente. Recordar a las mujeres que es muy importante que regresen por sus resultados.

Lamina 8-9 **Es importante acudir con el médico**

Objetivo: Que las mujeres cuiden su cuerpo y si sienten algún problema no duden en acudir con su médico.

Puntos a Comentar:



Es importante conocer y cuidar nuestro cuerpo, estar al pendiente de alguna molestia o problema que sintamos y acudir al medico de inmediato, para proteger nuestra salud y sentirnos bien. La cartilla de salud es un documento donde se registran las citas con el médico, así como los estudios realizados a las pacientes, cuando asistan al doctor no olviden llevar su cartilla de salud y citas médicas.

Dinámica con el grupo:

Pedirles a las mujeres que en ese momento revisen su cartilla de salud; en ella encontrarán los apartados como son: Educación para la Salud, Vigilancia de la Nutrición, Vacunación, Salud Bucal, Salud Reproductiva, Atención Médica e Identificación oportuna de enfermedades. En este apartado se registran los estudios realizados para detectar el Cáncer Cérvico Uterino, entre otras enfermedades.

Lamina 9-9 **Tu salud es importante.**

Objetivo: Que las mujeres reflexionen sobre la importancia de su salud.

Puntos a Comentar:



Cuidar nuestra salud es importante, no olvidar acudir con el médico si sienten algún problema por pequeño que este sea.

Dinámica con el grupo:

Pedirles a las mujeres que imaginen si ellas no estuvieran, preguntándoles ¿qué pasaría con su familia?, con sus hijos, con su pareja, con sus padres? Recuerden que el Cáncer Cérvico Uterino es curable si se detecta a tiempo.

4.4 Cartel.

El cartel es un soporte visual cuya lectura se lleva a cabo con un ritmo de marcha, por lo tanto el mensaje que emite debe ser lecturable e inteligible, dándole a la imagen una carga de expresividad siendo esta sintética y clara.

La lectura que tiene el cartel se clasifica en dos, la icónica (información por medio de imágenes, fotográficas o pictóricas) y la verbal (información por medio escrito) en algunas ocasiones la información verbal llega a mimetizarse con la icónica dando como resultado la lectura icónica-verbal, esta función se logra cuando la tipografía es tratada como imagen.

Las características básicas que debe tener en cuenta el diseñador al producir un cartel son el impacto, la síntesis y la claridad, sin perder de vista el principal objetivo que es el de difundir un mensaje que sea capaz de ser retenido por el preceptor.

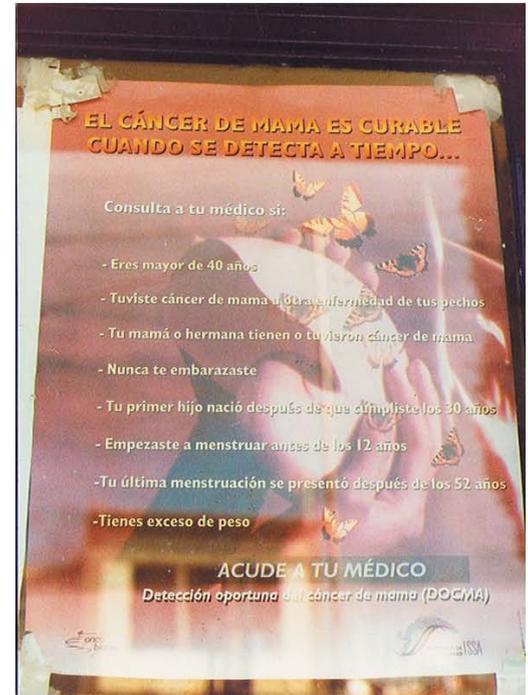
El impacto es la capacidad que debe tener el cartel para sobresalir de entre los demás soportes visuales y llamar la atención del preceptor para que tome la decisión de invertir tiempo para la lectura del mensaje. Para lograr que un cartel tenga impacto los recursos a utilizar son: el color, la imagen, el formato y la tipografía, sin perder de vista la factibilidad en la reproducción y el costo de impresión.

La lectura de un cartel se da a un ritmo de marcha y el preceptor no se toma más de 10 segundos en su lectura, por lo tanto el mensaje tiene que ser sintético y claro, para lograr esto, se debe tener en cuenta las características del preceptor a quien será dirigido el mensaje, como es su nivel de cultura, y entorno.

El cartel tiene un papel muy importante en la difusión de mensajes, en algunos lugares es el único medio efectivo y económico que establece lazos de comunicación entre el emisor y el preceptor, su utilidad dentro del proceso de comunicación lo lleva a participar dentro de los diferentes tipos de comunicación como puede ser la publicitaria, institucional y social, dentro de la comunicación educativa se utiliza en la aulas y grupo de trabajo.

Su funcionalidad como difusor de mensajes dentro del Programa IMSS-Oportunidades es demostrada continuamente ya que el 70% de los materiales de apoyo para emitir mensajes de salud son impresos como folletos, mantas, periódicos murales, de los cuales el 80% son carteles.

Esta es la razón por la cual la propuesta del diseño del cartel sobre el CaCu adquiere fuerza y sería irresponsable omitir este medio de difusión en cualquier propuesta de campaña social y no integrándolo en el proceso de comunicación educativa del programa IMSS-Oportunidades.





4.4.1 Análisis de los Carteles sobre CaCu

Los carteles que se utilizan actualmente en el programa son aportados por el IMSS y por la Secretaría de Salud, que invitan a realizarse la prueba de detección del cáncer (papanucolaou), con frases como “el cáncer es curable si se detecta a tiempo”, “acude a tu médico cada 6 meses”, “El cáncer de la matriz... Tu lo puedes evitar”, “El papanicolaou un esperanza de vida”; enfocados principalmente a en un contexto urbano, no están diseñados para un contexto rural y mucho menos el indígena, por lo tanto el público usuario no siente empatía con estos soporte.

De acuerdo con la evaluación de los carteles sobre el CaCu que utiliza el programa se establecieron los parámetros para definir la propuesta de diseño.

4.4.2 Selección del mensaje.

El mensaje que se eligió después de analizar los textos e imagenes de los carteles ya existentes, sera iconico-verbal es decir incluirea imagen y texto.

El mensaje principal sera: La gravedad del Cáncer Cérvico Uterino. Siendo que el cartel debe ser sintetico, las estadisticas son ya en si una sintesis de la gravedad de esta enfermedad en nuestro país, decidi toma estos datos para concretar el mensaje.

La frase que contendra el cartel es “En México cada día mueren 10 mujeres por Cánser Cérvico Uterino”, esto con el fin de introducir a las perceptoras en el tema y generarles inquietud.

La imagen del cartel sera aquella que pueda reflejar el mensaje anteriormente planteado. El objetivo principal es que el cartel atraiga la atención de la perceptora y después de entender el mensaje le genere inquietud de preguntar más sobre el tema, proporcionandole los datos donde puede acudir para informarse.

4.4.3 Propuesta

Un cartel es un grito pegado en la pared que exige atención, dependiendo del mensaje y del perceptor al que se le quiera llevar, este grito puede ser sutil, estridente, silencioso o simplemente informativo.

El mensaje de un cartel debe ser directo y claro porque es percibido en un corto tiempo y a un ritmo de marcha, esta diseñado para captar la atención del perceptor en el momento, e interesarlo por el tema al que se le quiere involucrar, por lo tanto el cartel debe trabajar de manera autónoma sin el refuerzo de un elemento externo.

El volumen del grito de este cartel es alto y en algún caso estridente, no sólo para que sobresalga de entre los demás mensajes sino para referir que el problema del CaCu es grave y de fatales consecuencias.

La mujer debe sentirse reflejada por la imagen contenida en el plano para establecer una empatía y aprehensión del mensaje.

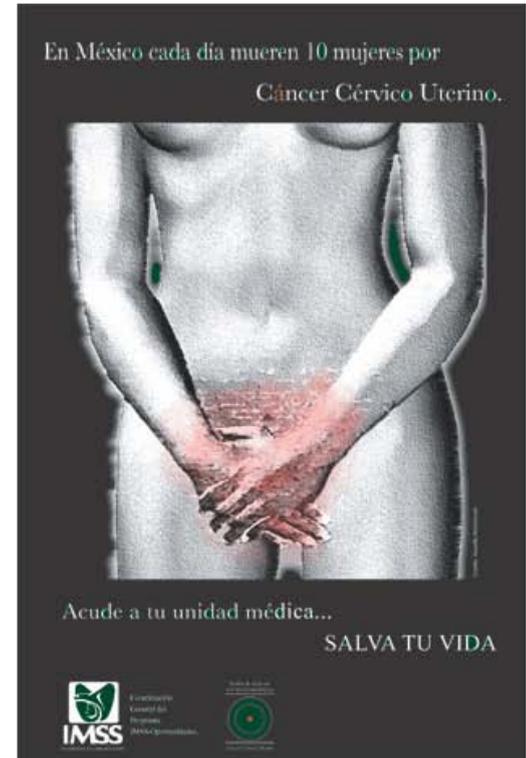
La imagen debe tener elementos de generalidad para que cualquier tipo de mujer se vea reflejada en la imagen, por esta razón escogí el dorso desnudo de una mujer con las manos cubriéndose los genitales, en escala de grises para acentuar con rojo el área donde se desarrolla el CaCu, a esta imagen se le dio un efecto de granulado enmarcada por un blanco sobre fondo rojo para dar un carácter de dramatismo.

El texto es corto, dividido en dos partes, la primera en la parte superior en dos líneas con alineación izquierda, con la leyenda “En México cada día mueren 10 mujeres por Cáncer Cérvico Uterino”, en este texto la palabra cáncer maneja un acento visual en rojo en la letra “A” siendo este un elemento que lo identifica como material de apoyo del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica.

La segunda parte del texto se localiza bajo la imagen del dorso con alineación a la derecha, en dos líneas se lee “Acude a tu unidad médica”, posteriormente en tipografía en altas se lee “SALVA TU VIDA” en alineación izquierda, finalmente se ubica los dos logos tanto del programa y del modelo.

Toda la tipografía esta en un puntaje de 35 en color blanco sobre fondo negro.

Todo el plano esta regido por una estructura formal de repetición en módulos de un centímetro en un formato vertical de 60 X 40 cm. Con una legibilidad de 4 metros de distancia entre el objeto y el receptor.



4.5 Validación de los soportes

Para realizar el proceso de validación de los soportes informativos realice una visita al Hospital Rural de San Salvador el Seco en el estado de Puebla, donde se llevaron a cabo pláticas informativas con los materiales diseñados en este proyecto, cada soporte se validó con un grupo de 10 personas cada uno, donde después de terminar la plática se les aplicó un sencillo cuestionario con las siguientes preguntas.



AUDIOVISUAL

total de encuestas 10=100%

- 1 ¿La plática que acaba de escuchar sobre el CaCu le pareció?

a) Interesante 70%	b) aburrida 0%	c) lento 0%	d) bueno 30%
--------------------	----------------	-------------	--------------

- 2 ¿Los dibujos que se utilizaron para la plática le parecieron?

a) clara 20%	b) confusa 70%	c) no le entendí 0%	d) interesante 80%
--------------	----------------	---------------------	--------------------

- 3 ¿Las palabras que utilizó la enfermera para dar la plática le parecieron?

a) claras 0%	b) fuertes 0%	c) interesantes 50%	d) me ayudaron a entender la inf. 50%	e) no las entendí
--------------	---------------	---------------------	---------------------------------------	-------------------

- 4 ¿Después de escuchar la plática usted tomó la decisión de?

a) preguntar más sobre el CaCu 30%	b) no me interesa más información 0%	c) realizarme la prueba del CaCu 30%	d) compartir la información con algún familiar 40%
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

Edades OPINIÓN

- | | | |
|----|---|---|
| 34 | / | realizarse la prueba por nuestro bien |
| 23 | / | |
| 44 | | si me gusto y aunque se sienta bien o mal |
| 25 | | muy interesante |
| 32 | | que todo es para nuestro bien |
| 25 | | realizarme la prueba y compartir la información |
| 25 | | que es bueno enterarse de los males de la mujer y |
| 25 | | revisarse a tiempo |
| 21 | | que todas las mujeres nos interese más nuestra |
| | | salud |
| / | / | |

Los datos que arroja este cuestionario nos permiten validar la aceptación del Audiovisual, mostrando que las receptoras generaron interés sobre el tema después de ver el video, aun cuando solo el 30% decidió realizarse la prueba de detección en ese momento, puede decirse que el Audiovisual tuvo éxito en su aplicación.

ROTAFOLIO

total de encuestas 10=100%

- 1 ¿La plática que acaba de escuchar sobre el CaCu le pareció?

a) Interesante 100%	b) aburrida 0%	c) confusa 0%	d) clara 0%
------------------------	----------------	---------------	-------------

- 2 ¿Los dibujos que se utilizaron para la plática le parecieron?

a) claros 30%	b) le ayudaron a entender la información 70%	c) no le entendí 0%	d) confusos 0%
---------------	--	---------------------	----------------

- 3 ¿Las palabras que utilizó la enfermera para dar la plática le parecieron?

a) fáciles de entender 70%	b) no le entendí 0%	c) fueron claras 30%	d) me quedaron dudas 10%
----------------------------	---------------------	----------------------	--------------------------

- 4 ¿Después de escuchar la plática usted tomo la decisión de?

a) preguntar más sobre el CaCu 40%	b) no me interesa más información 0%	c) realizarme la prueba del CaCu 50%	d) compartir la información con algún familiar 40%
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--



Edades OPINIÓN

- 51 esta bien que nos sigan informando
- 25 es importante para saber mejor sobre el cáncer
- 35 que fue muy importante la plática por que sabe uno más
- 38 que todas las mujeres nos atendamos a tiempo
- 38 es buena para mi y amistades
- 31 que todas las mujeres nos hagan la prueba del papanicolau
- 70 fue buena
- 61 interesante
- 48 me aprecio bien, interesante lo que dijeron
- 26 me gusto la forma de explicar

La encuesta refleja una buena aceptación del Rotafolio, las mujeres que escucharon la plática informativa, al final el 50% de ellas decidieron realizarse la prueba de detección, en ese momento, esto es por que las láminas incluyen dinámicas de grupo que permiten una reflexión dirigida por el personal médico.

CARTEL



1 ¿Al ver el cartel sobre el cáncer cérvico uterino le pareció?

- a) Interesante 15% b) agresivo 15% c) me llamo la atención 35%
d) no lo entendí 25%

2 ¿Qué le llamo la atención del cartel?

- a) El color 40% b) la fotografía 50% c) lo que esta escrito 10%

3 ¿Después de ver el cartel usted tomo la decisión de?

- a) preguntar más sobre el cáncer cérvico uterino 30%
b) no me interesa más información 10%
c) realizarme la prueba de detección del cáncer 35%
d) compartir la información con algún familiar. 50%

Los resultados del cartel son diversos, donde se cumplio con el objetivo de llamar la atención y generar inquietud e interes sobre el tema.

CONCLUSIÓN

Cuando inicie este proyecto de tesis fui entendiendo en un sentido más amplio la enorme necesidad de enfrentar el problema de CaCu, una enfermedad que día con día se lleva a muchas mujeres de nuestro país.

Al voltear la mirada hacia las comunidades rurales e indígenas el compromiso es mayor, ya que mujeres que no solo siembran semillas en los campos sino también sueños y esperanzas, estos sean truncados por el enorme rezago de su entorno.

Por mi formación netamente pública entendí el enorme compromiso de ser egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, haciendo frente a uno de los problemas de salud pública de nuestro país, desde mi trinchera, el diseño. De esta manera pretendí retribuir un poco de lo que la UNAM me ha dado.

El proyecto de tesis se fue enriqueciendo no solo con propuestas y retos, también con experiencias profesionales y personales.

El respaldo que me brindo el Programa IMSS-Oportunidades fue de vital importancia porque para poder hacer frente a un reto como este solo se puede lograr con el trabajo en conjunto de muchas personas, a las cuales les agradezco su apoyo.

Cuando este proyecto inició solo contemplaba el desarrollo del audiovisual, pero al ir analizando los materiales ya existentes surgió la necesidad de integrar otros dos soportes más el rotafolio y el cartel que por su contexto implicaba un reto más ambicioso, diseñar 3 soportes gráficos para 17 estados de la republica, tomando en cuenta la enorme diversidad que estas regiones tienen.

Como ya he mencionado el reto mayor fue el plantear un diseño para un entorno multicultural y rural donde se enfrentan los mayores problemas de salud pública, la inequidad de género y sobretodo la falta de una educación sexual adecuada, aún cuando el Programa avanzado con paso firme.

Tratando de entender estos factores, sustente este trabajo en la visión que el Programa ha adquirido en su experiencia. Además visitando algunas áreas rurales y también indígenas fui adquiriendo experiencias que me marcaron la pauta para mi proyecto de diseño, ya que no es justificable el hecho de diseñar para un entorno rural desde un entorno urbano.

Mi propuesta de diseño se encuentra sustentada en las bases anteriormente mencionadas por lo tanto el margen de error se reduce y su efectividad aumenta, sin embargo ningún proyecto prueba su efectividad hasta que no es aplicado.

El proyecto de tesis se incluye un apartado sobre la validación de los soportes diseñados, con el propósito de mostrar el éxito o fracaso del trabajo desarrollado, sin embargo los resultados no demuestran un éxito contundente del 100%, ni tampoco un fracaso absoluto.

El 30% de las mujeres de un universo de trabajo de 5.6 millones de oportunoahabientes accedió a realizarse las pruebas de detección del CaCu, valida el propósito principal de este proyecto de tesis.

Pero el esfuerzo de este trabajo solo será recompensado, cuando una mujer al ver el cartel, asista a una plática informativa u observar el audiovisual, esta acceda a realizarse la prueba de detección del CaCu y pueda salvar su vida.

Bibliografía

Fuentes Médicas

1. **Alonzo, Lazcano, Hernández.** Cáncer cervicouterino, *Edi. Panamericana*. México 2002.
2. Atlas y guía diagnóstica del modelo de atención a la salud ginecológica. *Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades*. México 2001.
3. **Baras Almagro, Fernández Borrás.** Anatomía Humana. Los órganos reproductores, *Edi. Panamericana*. Bogotá Colombia 1999.
4. **Callen Peter W.** Ecografía en obstetricia y ginecología, *Edi. Panamericana*, 3ª edición. Buenos Aires Argentina 1996.
5. **Espinosa Damian Gisela.** Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. *Edi. UAM Xochimilco* México 2000.
6. **Gil de Bernabé Ortega Enric.** El cuerpo humano. Anatomía, fisiológica, *Edi. Nuestro cuerpo*, Barcelona España 1999.
7. **Kozier Glenora Barbara, Kathleen Blais Erb.** Conceptos y temas en la práctica de la enfermería 2a edición. *Edi. Interamericana, Mc Graw-Hill*. México 1995.
8. **Lujan Alvarado Ramón, Aldape Barrera Fernando.** Nociones de anatomía humana, *Edi. IPN*, 3ª edición México 1996.
9. **Martinez Sanchez Jose.** Tesis Disminución de la percepción del dolor en pacientes con CaCu con técnicas psicológicas. *UNAM Facultad de Psicología* 2000.
10. Modelo de atención a la salud ginecológica con énfasis en CaCu. *Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades*. México 2002.
11. Revista Salud Pública de México, Suplemento septiembre 2003, artículo “Cáncer cervicouterino y circunción”.
12. **Rock A. John, Thompson John D.** Ginecología quirúrgica, *Edi. Panamericana*, 8ª edición. Buenos Aires Argentina 1998.
13. **Terrerros Madrigal Maria del Carmen.** Tesis Sistema de apoyo con el fin de influir en los factores que predisponen al CaCu. *ENEO*.
14. **Torsten B. Moller, Emil Reif.** Atlas de bolsillo de cortes anatómicos, *Edi. Panamericana*. 2ª edición, Madrid España 2001.
15. **Trejo, Hurtado, De la Torre, Tamariz, López.** Atlas de patología cervical, *Edi. ISBN*. México 1999.

Fuentes de Diseño

16. **Barnicoat John.** Los carteles su historia y su lenguaje. *Edi. G.Gili. 4° edición* Barcelona, España 1997.
17. **CarterRob.** Diseñando con tipografía. *Edi. Inter Books. Traducción* Barcelona España 1999.
18. **Colomer Antoni y Rafols Rafael.** El diseño audiovisual. *Edi. G. Gili.* Barcelona España 2003.
19. **Cook Alton y Fleury Robert.** Tipo y color. *Edi. Doocu menta.* México 1994.
20. **Costa Joan y Moles Abraham.** Imagen Didáctica. *Enciclopedia del Diseño.* Barse-lona España 1991.
21. **Diamante Julio.** De la idea al film. *Edi. Junta de Andalucía.* España 1998.
22. **Dondis Donis A.** La sintaxis de la imagen. *Edi. G.Gili. 11° edición.* Bacleona España 1992.
23. **Jacques Aumont.** La imagen, *Edi. Paidos* Barcelona España 1990.
24. **Kandinsky Wassily.** Punto y línea sobre el plano. *Edi. Coyoacan. 6° edición* 1998.
25. La percepción visual, la arquitectura del psiquismo desde el enfoque de la percepción visual, *Edi. Biblioteca Nueva* Madrid España 1998.
26. **Lachino Haide.** apuntes del curso El video una expresión artistica de vanguardia. México 2004.
27. **Moles Abraham.** La imagen comunicación funcional, *Edi. Trillas* México 1991.
28. **Ortega Carrillo José Antonio.** Comunicación visual y tecnología educativa. *Edi. Grupo editorial universitario.* España 1997.
29. **Prieto Castillo Daniel.** Comunicación y percepción en las migraciones, *Edi. Serbal/UNESCO.* Barcelona España 1984.
30. **Prieto Castillo Daniel.** Diseño y comunicación, *Edi. Coyoacan 2ª edición* México D.F. 2002.
31. **Rodríguez Illera Jose Luis.** Educación y Comunicación, *Edi. Paidos* España 1988.

32. **Rollán Méndez Mauro y Sastre Zarzuela Eladio.** El comic en la escuela, aplicaciones didácticas. *Edi. Instituto de Ciencias de la Educación Universidad de Valladolid.* España 1986.

33. **Velleggia Susana compilador.** El video en la educación no formal en América Latina. *Edi. CICCOS 3° edición.* Buenos Aires, Argentina 1994.

34. **Wong Wucius.** Fundamentos del diseño bi- y tri-dimencional, *Edi. G. Gili. 2da edición.* España 1997.

Fuentes IMSS

35. Guía del taller para el empoderamiento de la mujer y campesina ¡Por Nosotras Mismas! *IMSS.* México 2002.

36. Reporte de retos y prioridades 2003-2004. *Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades*

37. Salud reproductiva en el IMSS, Experiencia rural. *Coordinación General del programa IMSS-Oportunidades.* México 2001.

Fuentes de mercadotecnia social

38. **Leal Jiménez Antonio.** Gestión del Marketing Social. *Edi. Mc Graw-Hil,* Madrid España 2000.

39. **García Izquierdo Bernardo.** El valor de compartir beneficios. *Edi. Instituto de Derechos Humanos Bilbao Universidad de Deusto.* España 2000.

Fuentes electronicas.

40. www.histolab.com.mx

41. www.insp.mx

42. www.cancerresarch.org

43. www.imbiomed.com.mx

44. www.fitness.com.mx

45. www.tusalud.com.mx

46. www.imss.com.mx

47. www.sedesol.gob.mx