

1era Ed.

2026



COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD: CONVERGENCIAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS

(TEXTO DIGITAL)



AUTORA:

Diana Ximena Ochoa Saeteros

Editores:

Sandra Isabel González Polo, Juan Carlos Santillán Lima



puertomaderoeditorial.com.ar



La Plata - Argentina

COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD: CONVERGENCIAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS

*Communication for Health Promotion: Theoretical and Practical
Convergences*

AUTORA:

Diana Ximena Ochoa Saeteros

ISBN: 978-631-6557-91-9



COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD: CONVERGENCIAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS

*Communication for Health Promotion: Theoretical and Practical
Convergences*

1era Edición

Autora:

Diana Ximena Ochoa Saeteros



Ochoa Saeteros, Diana Ximena

Comunicación para la promoción de salud: convergencias teóricas y prácticas / Diana Ximena Ochoa Saeteros ; editado por Juan Carlos Santillán Lima ; Sandra Isabel González Polo. - Primera edición, 2026. - La Plata, Buenos Aires, Argentina: Puerto Madero Editorial Académica, 2026.

Libro digital, PDF/A

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6557-91-9

DOI: 10.55204/pmea.139

1. Ciencias de la Comunicación. I. Título.

CDD 302.2



Licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). La autora conserva los derechos morales y patrimoniales de su obra.



Primera edición, 2026

TÍTULO: Comunicación para la promoción de salud: convergencias teóricas y prácticas

Communication for Health Promotion: Theoretical and Practical Convergences

ISBN: 978-631-6557-91-9

DOI: <https://doi.org/10.55204/pmea.139>

Editado por:

Sello editorial: ©Puerto Madero Editorial Académica

N° de Alta: 933832

Editorial: ©Puerto Madero Editorial Académica

CUIL: 20630333971

Calle 45 N491 entre 4 y 5

Dirección de Publicaciones Científicas Puerto Madero Editorial Académica

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: +54 9 221 314 5902

+54 9 221 531 5142

Código Postal: AR1900

Este libro se sometió a arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review)

Corrección y diseño:

Puerto Madero Editorial Académica

Diseñador Gráfico: José Luis Santillán Lima.

Diseño, Montaje y Producción Editorial:

Puerto Madero Editorial Académica

Diseñador Gráfico: José Luis Santillán Lima.

Director del equipo editorial: Juan Carlos Santillán Lima

Editores: Sandra Isabel González Polo

Juan Carlos Santillán Lima

Hecho en Argentina

Made in Argentina

AUTORA

Diana Ximena Ochoa Saeteros

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH). Ecuador.

d_ochoa@epoch.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0742-6704>

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN	3
1.1. Definición de comunicación	3
1.2. La comunicación en la historia de la humanidad	5
1.3. Evolución histórica de los medios de comunicación	7
1.4. Tipos y niveles de comunicación	10
1.5. Elementos del proceso de comunicación	13
1.6. Barreras comunicativas	16
1.7. Desinformación y noticias falsas	17
1.8. Funciones esenciales de la comunicación	18
1.9. Comunicación y desarrollo social	20
CAPÍTULO II	23
2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN	23
2.1. Promoción de la salud: definición y principios	23
2.2. Breve historia de la promoción de la salud	24
2.3. Estrategias y herramientas de la promoción de la salud	25
2.4. Investigación para la promoción de la salud	27
2.5. Participación y movilización social en salud	27
2.6. Mercadotecnia, comunicación y movilización social	28
2.7. Empoderamiento personal y comunitario para la promoción de la salud	29
2.8. Definición de comunicación en salud	31
2.9. Historia y evolución de la comunicación en salud	33
2.10. Comunicación en salud para el cambio de comportamiento	35
CAPÍTULO III	38

3.	TEORÍAS Y MODELOS PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN SALUD	38
3.1.	El modelo socioecológico	38
3.2.	El modelo transteórico o modelo de etapas de cambio	40
3.3.	El modelo de creencias de salud	43
3.4.	Procesamiento de información por parte del consumidor	45
3.5.	Aprendizaje social	47
3.6.	Difusión de innovaciones (DI)	48
3.7.	El modelo COM-B para el cambio de comportamiento: capacidad (c), oportunidad (o) y motivación (m)	52
3.8.	Modelo de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC) . . .	53
3.9.	Riesgos, actitudes, normas, capacidad y autorregulación (RANAS, por sus siglas en inglés)	55
3.10.	Marco del cambio de comportamiento aplicado (CCA)	58
CAPÍTULO IV		63
4.	ELEMENTOS TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN DE MENSAJES QUE PROMUEVEN SALUD	63
4.1.	Enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural	63
4.2.	Comunicación asertiva, comunicación no violenta y empática	65
4.3.	Lenguaje inclusivo y con perspectiva de género	66
4.4.	Formatos, medios y tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para promover salud: ventajas y desventajas	69
4.5.	Recomendaciones para la estructuración y redacción de contenidos	71
4.6.	Audiencia, beneficio y comportamiento en salud: el ABC de la comunicación	73
4.7.	Variables conductuales: conocimiento, norma social percibida, autoeficacia y riesgo percibido	75
4.8.	Arte, edu-entretenimiento y metodologías lúdicas	78
4.9.	Redes sociales, influencers, creadores de contenido y portavoz	79
4.10.	El enfoque de riesgo en los materiales comunicacionales	82
4.11.	Comunicación en crisis, riesgos y emergencias	85
CAPÍTULO V		88
5.	COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, CONSEJERÍA Y ACOMPAÑAMIENTO EN SALUD	88
5.1.	Responsabilidades y características de la persona que ejerce consejería	88

5.2.	Confidencialidad en la atención en salud	90
5.3.	Características y etapas de la comunicación interpersonal o consejería para promover salud	92
5.4.	Acompañamiento terapéutico: definición y características	96
5.5.	Protocolos y modelos de consejería en problemas específicos de salud	97
5.6.	Primeros auxilios psicológicos: protocolo ABCDE	100
CAPÍTULO VI		103
6.	COMUNICACIÓN GRUPAL PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD	103
6.1.	Grupos de mutua ayuda	103
6.2.	Círculos de mujeres y de hombres	105
6.3.	Técnicas comunicacionales para el trabajo en grupo	109
6.4.	Organización de ferias, concursos y actividades grupales	110
CAPÍTULO VII		113
7.	CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN Y MERCADOTECNIA SOCIAL EN SALUD	113
7.1.	Campañas de comunicación en salud	113
7.2.	La campaña comunicacional «reacciona, Ecuador, el machismo es violencia»	117
7.3.	Etapas de las campañas comunicacionales: investigación, planificación, ejecución/gestión y monitoreo/evaluación	118
7.4.	Mercadotecnia social aplicada a la salud	121
7.5.	Etapas del plan de mercadotecnia social en salud	123
CAPÍTULO VIII		126
8.	PROGRAMA ESTRATÉGICO Y PARTICIPATIVO DE COMUNICACIÓN EN SALUD	126
8.1.	Paso 1: indagar / investigar	126
8.2.	Paso 2: diseño de la estrategia	129
8.3.	Paso 3: creación y validación	133
8.4.	Paso 4: implementación y monitoreo	136
8.5.	Paso 5: evaluación y progreso	139
8.6.	Ejemplo practico programa de comunicación para la salud mental adolescente «conecta contigo, tu bienestar importa».	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		146

DE LA AUTORA 152

PRÓLOGO

Hablar de salud también es hablar de comunicación. Cada recomendación que recibe una persona, cada conversación entre un profesional y un paciente, cada campaña preventiva y cada proceso educativo dependen, en buena medida, de la capacidad de escuchar, comprender y explicar. No basta con disponer de conocimientos científicos: es necesario encontrar la manera de compartirlos con claridad, respeto y sensibilidad.

Esta relación, que a primera vista puede parecer evidente, suele ser más compleja de lo que imaginamos. Un mensaje técnicamente correcto puede no producir ningún cambio si desconoce la realidad de quienes lo reciben. Una intervención bien planificada puede perder fuerza cuando no toma en cuenta la cultura, el lenguaje, las experiencias o las preocupaciones de una comunidad. Incluso una conversación cotidiana puede convertirse en una barrera cuando no existe confianza o cuando las palabras utilizadas resultan lejanas para la otra persona.

Desde esa preocupación nace *Comunicación para la promoción de salud: convergencias teóricas y prácticas*. Diana Ximena Ochoa Saeteros presenta una obra que no entiende la comunicación como un complemento de la atención sanitaria, sino como una parte esencial de ella. A lo largo del libro, la autora recuerda que promover la salud implica relacionarse con personas concretas, con sus historias, creencias, dudas y formas particulares de comprender el bienestar, la enfermedad y el cuidado.

El recorrido propuesto comienza con los fundamentos de la comunicación y su desarrollo histórico. Esta mirada permite comprender cómo se ha pasado de modelos centrados casi exclusivamente en la transmisión de información a enfoques que reconocen el diálogo, la participación y la construcción colectiva de conocimientos. La diferencia no es menor. Informar supone comunicar un contenido; dialogar supone, además, abrir un espacio para que el otro pregunte, interprete, cuestione y participe.

La obra también examina los principales modelos de cambio de comportamiento, las estrategias de comunicación en salud, la consejería, la comunicación interpersonal y grupal, las campañas y la mercadotecnia social. Estos temas aparecen articulados con ejemplos y orientaciones prácticas, lo que facilita su comprensión y muestra sus posibilidades de aplicación. El lector encontrará conceptos, pero también criterios para pensar intervenciones adaptadas a distintos públicos y contextos.

Uno de los aspectos más valiosos del libro es la atención que concede a las relaciones humanas. La autora reconoce que la comunicación no ocurre de manera automática ni está libre de dificultades. En ella intervienen emociones, percepciones, diferencias culturales, experiencias

previas y relaciones de poder. Por eso, escuchar con atención, utilizar un lenguaje comprensible y mostrar empatía no son simples gestos de cortesía: son condiciones necesarias para desarrollar procesos de promoción de la salud más respetuosos y efectivos.

Esta perspectiva resulta especialmente importante en América Latina, donde las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud son muy diversos. Las estrategias que funcionan en un entorno no siempre pueden trasladarse sin modificaciones a otro. Cada comunidad posee sus propios códigos, necesidades y recursos. Trabajar en promoción de la salud exige, por tanto, acercarse a esa realidad sin prejuicios y reconocer el conocimiento que también se construye fuera de las instituciones.

La experiencia académica, investigativa y social de Diana Ximena Ochoa Saeteros se refleja en la manera en que aborda estos asuntos. Su trayectoria en educación, psicología, promoción de la salud y trabajo comunitario le permite tender puentes entre diferentes áreas del conocimiento. Esta convergencia aporta al libro una mirada amplia, que combina fundamentos teóricos con preocupaciones surgidas de la práctica profesional y del contacto con diversos grupos sociales.

El libro llega, además, en un momento en el que comunicar sobre salud se ha vuelto especialmente desafiante. Las redes sociales y los entornos digitales han ampliado las posibilidades de acceso a la información, pero también han facilitado la circulación de mensajes engañosos, recomendaciones sin sustento y contenidos difíciles de verificar. Frente a esta realidad, las instituciones y los profesionales tienen la responsabilidad de comunicar con rigor, pero también de hacerlo de una forma cercana y comprensible.

No se trata únicamente de corregir información falsa. Se trata de construir confianza. Las personas escuchan con mayor disposición cuando sienten que sus preocupaciones han sido tomadas en serio y cuando reconocen que el mensaje se dirige a ellas, no a un público abstracto. En ese sentido, la comunicación en salud requiere conocimientos técnicos, pero también paciencia, sensibilidad y voluntad de encuentro.

Las páginas que siguen pueden ser útiles para estudiantes, docentes, investigadores, comunicadores y profesionales de la salud. También pueden servir a quienes participan en proyectos comunitarios, programas educativos o instituciones públicas y necesitan planificar mensajes, campañas o intervenciones. Cada lector podrá acercarse al texto desde su propia experiencia y encontrar herramientas para revisar y fortalecer su manera de comunicar.

Este no es un libro que proponga fórmulas invariables. Su principal invitación es a pensar la comunicación de manera consciente: preguntarnos a quién nos dirigimos, qué queremos lograr, qué barreras pueden existir y cómo podemos construir mensajes que respeten la dignidad y la diversidad de las personas. Son preguntas sencillas en apariencia, pero decisivas cuando el propósito es promover cambios que puedan mantenerse en el tiempo.

Confío en que esta obra acompañará procesos de aprendizaje, investigación e intervención, y que motivará nuevas conversaciones sobre el lugar de la comunicación en el cuidado de la salud.

Sobre todo, espero que recuerde a sus lectores algo fundamental: detrás de cada estrategia, cada campaña y cada dato existen personas que necesitan ser escuchadas, comprendidas y tratadas con respeto.

Sandra Isabel González Polo

Editora

Puerto Madero Editorial Académica

INTRODUCCIÓN

Este libro abarca las grandes líneas de investigación y aplicación de modelos, campañas y estrategias de comunicación para la salud en el contexto de Ecuador, en los años recientes. Está dirigido a profesionales de la comunicación y también a profesionales de la salud que empiezan a acercarse a temas y herramientas comunicacionales en el ámbito de la salud y la educación para la transformación social.

El Capítulo I examina la definición de comunicación, su evolución histórica, los medios utilizados a lo largo del tiempo y los diversos tipos y niveles de comunicación, basándose en investigaciones académicas y teorías consolidadas. También se aborda los elementos del proceso de la comunicación, las barreras comunicativas, la irrupción de la desinformación y las noticias falsas, las funciones esenciales de la comunicación, y finalmente la comunicación y el desarrollo social.

En el Capítulo II, acerca de comunicación y promoción de la salud, se aborda la definición y los principios de esta línea del trabajo profesional en salud, se hace una breve historia al respecto y se hace un recuento de las estrategias y las herramientas de promoción de la salud. También se hace énfasis en la investigación para la promoción de la salud, así como en la participación y movilización social en este campo. Se analiza los vínculos entre mercadotecnia, comunicación y movilización social; posteriormente, se describe pautas en torno al empoderamiento personal y comunitario para la promoción de la salud, para llegar a una definición de comunicación en salud, que se apoya en una visión histórica sobre esta temática. Finalmente, en esta sección se estudia la comunicación en salud para el cambio de comportamiento desde las perspectivas individual y social.

El Capítulo III se enfoca directamente en las teorías y modelos para el cambio de comportamiento en salud: el modelo socioecológico; el modelo transteórico, o modelo de etapas de cambio; el modelo de creencias de salud; el procesamiento de información por parte del consumidor; el aprendizaje social; la difusión de innovaciones (DI); el modelo COM-B; el modelo de comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSC); el modelo RANAS (por sus siglas en inglés); y, el marco del cambio de comportamiento aplicado.

En el Capítulo IV se abordan los elementos técnicos para la elaboración de mensajes que promueven salud. Se parte de conceptos clave como el enfoque de los

derechos humanos, la perspectiva de género, la interculturalidad, la comunicación asertiva. Posteriormente se describe fundamentos de redacción a partir de un profundo conocimiento de la audiencia y su contexto, manejo de herramientas de tecnologías de la información y comunicación (TIC), arte y entretenimiento, redes sociales, sin soslayar el enfoque de riesgo en la comunicación en salud.

El Capítulo V analiza las implicaciones humanas que conlleva el trabajo de comunicación interpersonal, conserjería y acompañamiento en salud, a través de una descripción detallada de la persona que ejerce consejería, los alcances y límites de la confidencialidad, protocolos en situaciones de salud específicas, y primeros auxilios psicológicos a partir del Protocolo ABCDE.

El Capítulo VI profundiza sobre la comunicación grupal para la promoción de la salud, a través de grupos de ayuda mutua, círculos de mujeres y círculos de hombres, describe técnicas comunicacionales para el trabajo en grupo y brinda elementos técnicos sobre la organización de ferias, concursos y actividades grupales.

El Capítulo VII establece nexos metodológicos entre las campañas de comunicación para la salud y la mercadotecnia social, la cual se distingue de la mercadotecnia que tiene netamente fines comerciales.

Para cerrar, el Capítulo VIII contiene el desarrollo en cinco pasos del Programa Estratégico y Participativo de Comunicación en Salud, con un ejemplo de aplicación en un Programa de Comunicación para la Salud Mental Adolescente.

Sobre el contenido de esta investigación, para mayor información, puede contactar a la autora, Diana Ochoa, en (datos de contacto).

CAPÍTULO 1

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN

1.1 Definición de comunicación

Etimológicamente, comunicación proviene del latín *communis*: compartir «algo en común» con otros. La comunicación es un proceso de interacción social a través de símbolos y sistemas de mensajes mediante la cual los seres humanos se relacionan unos con otros, intercambian información y construyen significados compartidos [1].

La comunicación puede hacerse sobre una base planificada, dirigida y controlada:

- **Planificada:** Porque desde antes que se inicie la transmisión de palabras ya ha ocurrido un proceso previo de concepción, maduración, codificación y articulación a las necesidades propias.
- **Dirigida:** El proceso comunicativo se organiza en todas las etapas, se regulan los componentes que integran su estructura, y se puede precisar hacia dónde van las líneas directrices que lo encaminan.
- **Controlada:** En cada instante se pueden medir sus efectos y, sobre esta base, se procede a remodelar el sistema.

Según Watzlawick et al., toda conducta es comunicativa y no existe la no-comunicación; incluso la ausencia de acción transmite un mensaje en un contexto social [2]. La comunicación efectiva depende de la claridad del mensaje, la comprensión del perceptor y la retroalimentación.

La comunicación no solo implica la transmisión de información, sino también la interacción dinámica entre emisor, mensaje, canal y perceptor, quienes participan activamente en la construcción de significados. Además, requiere atención al contexto, a las experiencias previas de los participantes y a la adecuación de los códigos utilizados, para garantizar que el mensaje sea interpretado correctamente, desde el punto de vista educativo.

Para que la comunicación sea efectiva deben confluir:

- **Claridad del mensaje:** El contenido debe ser preciso y organizado para evitar malentendidos.

- **Comprensión por parte del perceptor:** Este debe recibir, interpretar y relacionar el mensaje con su propio conocimiento y experiencia.
- **Retroalimentación o *feedback*:** Permite confirmar la recepción e interpretación del mensaje, ajustando la comunicación si es necesario.

Además, se destaca la importancia de la empatía, el respeto y la consideración del contexto sociocultural como elementos que fortalecen la comunicación, especialmente en entornos educativos, a fin de transmitir conocimientos y construir relaciones y valores compartidos.

La comunicación implica la emisión y la recepción activa de mensajes, considerando que la interacción humana es un proceso de construcción conjunta de significados.

Chomsky [3] [4], desde la lingüística, señala que el lenguaje es la base estructural de la comunicación humana, que permite generar infinitos mensajes a partir de reglas finitas, lo cual destaca la creatividad y flexibilidad del proceso comunicativo. Aguado [5] complementa esto: la comunicación no solo transmite datos, sino que también reduce la incertidumbre y facilita la toma de decisiones.

Se puede entender la comunicación también como:

- Un proceso de interacción social democrática basada en el intercambio de signos, por el cual los seres humanos comparten voluntariamente experiencias bajo condiciones libres e igualitarias de acceso, diálogo y participación [6].
- Un mecanismo mediante el cual existen y se desarrollan las relaciones humanas, es decir, todos los símbolos de la mente junto con los medios para transmitirlos a través del espacio y preservarlos en el tiempo.
- Un proceso planificado, dirigido y controlado, que implica concebir, codificar y articular mensajes conforme a necesidades y contextos específicos; organizar sus componentes; y evaluar sus efectos para hacer ajustes.

Por ende, el propósito de la comunicación es conectar a dos o más personas para que interactúen. La comunicación familiar transmite valores, creencias, costumbres, estilos de vida y patrones de comportamiento, que luego se extienden a actitudes, prácticas y comportamientos saludables o no, en un proceso clave de socialización.

La concepción de la comunicación es singular y participativa; es un proceso integral que combina aspectos cognitivos, lingüísticos, sociales y culturales, donde emisor y perceptor interactúan activamente para construir y compartir significados, con la finalidad de fortalecer el aprendizaje, la relación interpersonal y la cohesión social.

1.2 La comunicación en la historia de la humanidad

La comunicación ha sido un componente esencial para la supervivencia, la organización social y el desarrollo del conocimiento humano desde los albores de la humanidad, cuando se dependía principalmente del lenguaje oral, los gestos y las señales físicas para transmitir mensajes inmediatos relacionados con la caza, la recolección o la defensa de la comunidad. Estos primeros canales de comunicación eran fundamentales para garantizar la cooperación entre los miembros del grupo [3] [4]. Los símbolos y representaciones gráficas (pinturas rupestres, petroglifos), permitieron documentar experiencias, rituales y conocimientos para las generaciones futuras. Este es uno de los primeros intentos de preservar la información más allá de la memoria oral, mostrando la capacidad del ser humano para conceptualizar y comunicar ideas abstractas [5].

La comunicación primitiva también constituyó una estrategia de organización social, pues los grupos humanos aprendían a interpretar señales, signos y conductas para coordinar actividades colectivas. Este proceso revela cómo la comunicación siempre ha sido un fenómeno dinámico, simbólico y culturalmente mediado.

La aparición de la escritura fue un cambio revolucionario. Civilizaciones como la sumeria, la egipcia y la china desarrollaron sistemas de escritura que permitieron registrar leyes, transacciones comerciales, textos religiosos y literarios, consolidando la memoria colectiva y el conocimiento cultural [7]. La escritura permitió que los mensajes trascendieran el espacio y tiempo inmediato, posibilitando la transmisión de conocimientos a individuos que no formaban parte del círculo inmediato del emisor. La comunicación se transformó en un instrumento de poder, control y educación.

En la Edad Media, la comunicación se diversificó mediante manuscritos, pergaminos y la enseñanza oral en escuelas monásticas y universidades incipientes. La información comenzaba a ser organizada sistemáticamente, enriqueciendo la formación intelectual y la conservación del conocimiento científico y filosófico. Fue la época de consolidación del saber colectivo y la comunicación se convirtió en un vehículo formalizado de transmisión cultural y educativa, vinculando estrechamente la palabra

escrita y la oralidad [1] [3] [5].

La comunicación se masificó con el Renacimiento y la aparición de la imprenta de Gutenberg (siglo xv) [8]. La producción de libros en serie permitió que la información llegara a un público mucho más amplio, promoviendo el acceso al conocimiento científico y la difusión de ideas políticas y filosóficas mediante la alfabetización. Se evidenció que los medios de comunicación de podían modificar estructuras sociales y cognitivas, lo que se anticipó al impacto de las futuras tecnologías de información y comunicación.

Actualmente, la comunicación ha conseguido dimensiones cada vez más complejas gracias a la tecnología digital, los medios de comunicación masiva y las redes sociales. La interactividad, la inmediatez y la globalización de los mensajes han transformado los patrones de interacción social y el acceso al conocimiento, convirtiendo la comunicación en un proceso dinámico que construye identidades, comunidades y culturas [1]. Cobran importancia la alfabetización mediática y la capacidad crítica para interpretar los mensajes; la comunicación contemporánea requiere habilidades cognitivas y sociales que trascienden la simple transmisión de información.

La historia de la comunicación humana refleja un proceso de adaptación constante. En las distintas etapas de la civilización, los seres humanos han buscado preservar, transmitir y expandir el conocimiento y la cultura, consolidando la comunicación como un eje central de la interacción social y del desarrollo cultural.

Figura 1.1. Evolución histórica de la comunicación



Fuente: Elaboración propia.

1.3 Evolución histórica de los medios de comunicación

La evolución de los medios de comunicación ha estado directamente relacionada con los avances tecnológicos, las necesidades sociales y la expansión del conocimiento. Inicialmente, la comunicación se limitaba a la interacción directa, mediante la palabra hablada y los gestos, en entornos locales y grupos reducidos [1]. Entonces, el intercambio de información era inmediato y dependía de la interpretación contextual de los signos, los gestos y los códigos compartidos por las personas en la comunidad.

Con la escritura y los primeros soportes físicos —tablas, pergaminos y papiros—, la información comenzó a preservarse permitiendo su circulación más allá superando las coordenadas del espacio y el tiempo. Este fue el primer paso hacia una comunicación más estructurada y duradera. Además, la escritura permitió el desarrollo de sistemas codificados y mensajes estandarizados, en la transmisión cultural y social de

conocimientos.

Con la imprenta —en el contexto del Renacimiento y la Reforma— hubo democratización de la comunicación y la alfabetización [8], así como un acceso masivo a la información. Fue el inicio de la comunicación de masas y el reconocimiento de que los medios de comunicación podían influir directamente en la organización social, la cultura y la educación.

En el siglo XIX la invención del telégrafo y el teléfono, con telecomunicaciones casi en tiempo real, nuevamente las barreras del espacio y el tiempo fueron superadas, facilitando el comercio, la diplomacia y la cooperación social local e internacional [9]. Esto significó un cambio en la percepción de la información: ya no se limitaba al entorno inmediato, sino que podía transmitirse rápidamente a múltiples destinatarios, ampliando la escala de la interacción social y económica.

Durante el siglo XX, la radio y la televisión consolidaron la comunicación masiva, combinando sonido e imagen para llegar a grandes audiencias simultáneamente [9]. Estos medios no solo transmitían información, sino que también desempeñaban un papel fundamental en la formación de opinión pública, la educación, la difusión cultural y el entretenimiento. Además, la radio y la televisión introdujeron la noción de interactividad indirecta: si bien los receptores no producían contenidos, su consumo y retroalimentación influían en la programación y la creación de mensajes [2].

Finalmente, la llegada de Internet y las redes sociales ha transformado radicalmente el concepto de comunicación, convirtiéndola en global, instantánea e interactiva [10]. Hoy, la información circula de manera bidireccional y los receptores también son emisores, generando un flujo continuo de interacción, retroalimentación y creación de contenido. Esta etapa refleja la digitalización de la comunicación: los medios tradicionales se combinan con herramientas digitales, aplicaciones móviles y plataformas sociales para satisfacer las necesidades de un mundo hiperconectado, en el que surgen desafíos como la desinformación y las noticias falsas, con la correspondiente necesidad de alfabetización mediática y pensamiento crítico ante la información [11] [12].

Autores como McLuhan destacan que los medios de comunicación han sido determinantes en la consolidación del poder político y cultural: el papiro cimentó el poder en el Antiguo Egipto y la radio permitió la expansión del fascismo hitleriano [13]. Así, los medios no solo transmiten información, sino que también reflejan y refuerzan estructuras de poder y dominación cultural.

Resumiendo, se pueden identificar tres saltos históricos fundamentales en el desarrollo de la información:

- Edad de Piedra: transmisión de información mediante la experiencia y la memoria, de generación en generación.
- Hace unos 5.000 años aproximadamente: invención de la escritura, que permitió almacenar información fuera del cerebro humano.
- Época contemporánea: desarrollo del microprocesador, la microcomputadora, teléfonos móviles y el internet posibilitan almacenar información y también intelecto. La velocidad de estos cambios refleja una aceleración histórica sin precedentes.

El desarrollo de la comunicación no solo ha permitido transmitir información, sino también organizar el trabajo colectivo, conservar estructuras políticas y preservar intereses de clase. Actualmente, el universo comunicacional se caracteriza por:

- Masividad y multiplicidad de mensajes;
- Aparición de nuevos lenguajes gracias a tecnologías combinatorias;
- Expansión de redes de circulación y rápida transmisión de información;
- Conformación de gustos populares y nuevas hegemonías culturales en manos de corporaciones globales.

La evolución de los medios de comunicación (Tabla 1.1) muestra cómo cada adelanto tecnológico responde a necesidades sociales específicas y amplía la capacidad humana para preservar, difundir y transformar el conocimiento.

Tabla 1.1. Evolución de los medios de comunicación

Época / Medio	Características	Impacto
Oral y gestual	Interacción directa, efímera	Coordinación grupal, supervivencia
Escritura	Registro duradero, circulación limitada	Preservación de conocimiento, cultura
Imprenta	Producción masiva	Democratización del conocimiento
Telégrafo y teléfono	Comunicación a distancia	Reducción de barreras espacio-temporales
Radio y televisión	Comunicación audiovisual masiva	Educación, entretenimiento, opinión pública
Computadora, teléfono celular, Internet y redes sociales	Comunicación global e interactiva	Flujo bidireccional, digitalización, participación ciudadana

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1.2. Características de los medios de comunicación

Medio	Características	Impacto social
Oral	Comunicación directa y efímera.	Educación, cohesión social, impacto emocional.
Escrito	Registro duradero, acceso limitado.	Memoria histórica, cultura.
Imprenta	Producción masiva.	Democratización del conocimiento.
Teléfono y teléfono.	Comunicación a distancia.	Reducción de la temporalidad en la información.
Radio y televisión	Comunicación audiovisual masiva.	Entretenimiento, formación de opinión pública.
Computador, teléfonos celulares, internet y redes sociales	Interacción global e inmediata.	Comunicación bidireccional, acceso fácil a diversas audiencias, puede existir contenido no científico, fácil expresión de las opiniones, globalización.

Fuente: Elaboración propia.

1.4 Tipos y niveles de comunicación

Los tipos de comunicación se distinguen según los medios, códigos y modos en que se manifiestan (Tabla 1.3). Algunos de los más relevantes son:

- a) **Comunicación verbal:** Se expresa mediante el uso del lenguaje oral o escrito. Utiliza palabras, frases y estructuras lingüísticas para transmitir ideas, emociones, órdenes o información. Permite la precisión conceptual y la transmisión de contenidos complejos y es la base de la educación formal y la organización social [1].
- b) **Comunicación no verbal:** Comprende gestos, expresiones faciales, posturas, movimientos del cuerpo, proximidad espacial, tono de voz, silencios, entre otros. No requiere usar palabras explícitas, reforzando o modulando los mensajes verbales. La comunicación no verbal es fundamental para interpretar la intención, el afecto y el contexto de los mensajes, y con frecuencia es más determinante que el propio contenido verbal [2].
- c) **Comunicación visual:** Utiliza imágenes, símbolos, figuras, diagramas, colores y tipografía, para complementar o sustituir al lenguaje verbal. Ha cobrado especial relevancia con la digitalización y la globalización de la información, donde infografías, mapas conceptuales y videos explicativos permiten sintetizar y difundir conocimientos de manera más accesible.
- d) **Comunicación digital / mediática:** Emplea tecnologías de la información y comunicación, como redes sociales, mensajería electrónica, videollamadas, blogs

y plataformas digitales. Combina elementos verbales, visuales y no verbales de manera simultánea. Además, los medios digitales han introducido la bidireccionalidad, haciendo que los receptores también se conviertan en emisores de mensajes, generando interacción, retroalimentación y creación de contenidos [10] [12]

Estos tipos de comunicación (Tabla 1.3) no actúan aisladamente, sino que muchas veces se combinan: un mensaje puede tener componentes verbales, visuales y no verbales simultáneos, dependiendo del canal y del contexto, así como de la intención comunicativa y del nivel de interacción social [1].

Tabla 1.3. Tipos de comunicación

Tipo	Manifestaciones	Ejemplo
Verbal	Uso del lenguaje oral o escrito.	Conferencia, correo electrónico, consejería en salud.
No verbal	Gestos, expresiones, posturas corporales.	Contacto visual, lenguaje corporal, expresiones faciales.
Audiovisual	Imágenes, figuras, símbolos, música, se pueden usar aparatos tecnológicos.	Infografías, diagramas, videos, fotografías.
Digital	Mediante uso de tecnología, interacción inmediata por internet.	Redes sociales, video conferencias, telemedicina videollamadas.

Fuente: Elaboración propia.

NIVELES DE COMUNICACIÓN

Los niveles de comunicación (Tabla 1.4) se estructuran según la cantidad de participantes, el alcance del intercambio y el grado de formalidad del contexto.

- Nivel intrapersonal:** La comunicación es interna, en el ámbito del pensamiento individual, donde el hablante dialoga consigo mismo y reflexiona sobre ideas, emociones o toma decisiones. Este nivel es imprescindible para la construcción del conocimiento, la autoevaluación y la regulación emocional, pues establece un primer filtro sobre cómo se interpretan y estructuran los mensajes antes de su emisión externa.

La comunicación intrapersonal personal incluye: planificación de actividades, transmisión de normas y valores, satisfacción de necesidades afectivas y cognitivas, depende de la personalidad y rasgos individuales: personas extrovertidas o introvertidas, rígidas o flexibles, dominantes o democráticas, reflejando siempre la individualidad en la interacción.

- b. **Nivel interpersonal:** La interacción se da entre dos o más personas mediante el intercambio de mensajes directos y bidireccionales. Este nivel es fundamental en la formación de relaciones afectivas, laborales y educativas, ya que permite la negociación de significados y la resolución de conflictos [1] [2].
- c. **Nivel grupal/organizacional:** Varias personas con un objetivo común se comunican en un contexto compartido. En organizaciones, empresas, instituciones educativas o equipos de trabajo, la comunicación se regula mediante normas, roles y procedimientos, lo que facilita la coordinación, la planificación y la toma de decisiones.
- d. **Nivel masivo:** Caracterizado por comunicaciones emitidas hacia una audiencia amplia, indeterminada y heterogénea. Los medios tradicionales (radio, televisión, periódicos) y los digitales (Internet, redes sociales) permiten que el mensaje vaya más allá de los límites geográficos inmediatos, aunque con menor retroalimentación directa. Este nivel tiene un impacto significativo en la opinión pública, la difusión cultural y la educación social, y requiere la preparación de estrategias comunicacionales para alcanzar eficacia y credibilidad [10] [12].

Tabla 1.4. Niveles de la comunicación

Nivel	Descripción	Ejemplo
Intrapersonal	Interacción consigo mismo.	Reflexión personal, planificación.
Interpersonal	Comunicación entre dos o más personas.	Conversación, consejería, entrevista.
Grupal/organizacional	Comunicación dentro de grupos, equipos o instituciones.	Reunión de trabajo, grupos de <u>mutua</u> ayuda.
Masiva	Comunicación dirigida a grandes audiencias.	Campaña comunicacional. Uso de periódicos, radio, televisión, redes sociales.

Fuente: Elaboración propia.

Lomov [14] plantea tres niveles en la comunicación humana, según el alcance del contenido, no del lenguaje:

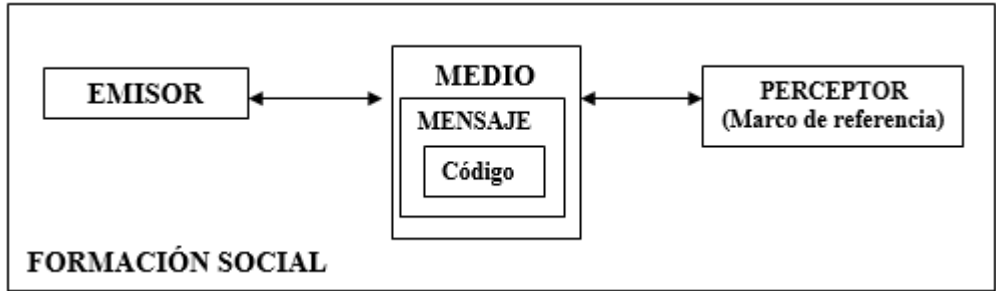
- 1. **Micronivel:** Comunicación individual, basada en actos aislados (preguntas y respuestas). Directa y sencilla, refleja la opinión personal, no representa criterios grupales, es más íntima e informal.

2. **Mesonivel:** Comunicación dentro de un grupo de personas. Su foco es el contenido y la cohesión del grupo, favoreciendo la comprensión, unidad de criterios y solidaridad.
3. **Macronivel:** Comunicación masiva dirigida a comunidades o grupos sociales. Comprende la relación entre conciencia social e individual, reforzando el sentido de pertenencia y los vínculos materiales, psicológicos y funcionales.

En meso y macronivel, la comunicación es menos individual y más representativa de los intereses del grupo. Todos los sujetos utilizan los tres niveles y adaptan contenido y forma según corresponda.

1.5 Elementos del proceso de comunicación

Figura 1.2. Elementos del proceso de comunicación



Fuente: Elaboración propia.

La comunicación se fundamenta en la interacción de varios elementos esenciales que permiten el intercambio de información (Figura 1.2 y Tabla 1.5). En primer lugar, el **emisor**, que es la persona, grupo o institución que origina un mensaje intencionado, como ocurre cuando un profesor explica un concepto a su clase, una madre comunica a otra los beneficios de la lactancia materna o una enfermera transmite orientación sobre la lactancia [5]. El emisor no solo transmite información, sino que selecciona y codifica el contenido de manera comprensible para el perceptor, considerando factores como el contexto, el conocimiento previo, los códigos compartidos y la intención comunicativa.

El **perceptor** (individuo, grupo o institución) recibe e interpreta el mensaje, desde su marco de referencia y mediante su conocimiento del código empleado. Por ejemplo, una madre puede recibir información de una enfermera sobre la utilización de sales de rehidratación oral y luego intercambiar experiencias personales, asumiendo

simultáneamente el rol de emisor.

El **mensaje** corresponde a la información transmitida y representa un signo o conjunto de signos que llevan al perceptor una información determinada. Son fundamentales e inseparables el contenido y la forma de presentación. Por ejemplo, la descripción detallada del proceso de fotosíntesis o la explicación sobre el manejo de diarrea en niños [1]. La necesidad de veracidad y claridad en los mensajes es crítica para contrarrestar la desinformación y las noticias falsas [9] [11].

El **código** consiste en el conjunto de signos, reglas de elaboración y combinaciones de los elementos del mensaje que deben ser conocidos por el emisor y el perceptor. Abarca aspectos lingüísticos, culturales y sociales que facilitan la comprensión recíproca. Por ejemplo, en educación para la salud, usar expresiones conocidas por la audiencia, como «caca floja» en lugar de «deposición líquida» [2].

El **canal** es el medio por el cual se transmite el mensaje (la voz, un correo electrónico, una diapositiva, la radio local o un cartel elaborado artesanalmente por una enfermera escolar). La elección del canal influye directamente en la efectividad de la comunicación, permitiendo interacción inmediata o reflexión y revisión del contenido.

El **referente** corresponde al dato real o la información específica que se ofrece al perceptor; en educación para la salud, los mensajes deben ser referencialmente reales y no engañosos, a diferencia de algunos mensajes publicitarios [9].

El **marco de referencia del perceptor** incluye sus experiencias, conocimientos, sistema de valores, percepciones y creencias, elementos que determinan cómo se recibe y entiende un mensaje. Por ejemplo, al comunicar sobre rehidratación oral, es esencial conocer lo que la persona sabe y cree sobre la diarrea y su manejo.[11].

Reconocer el marco de referencia del perceptor implica valorar sus saberes cotidianos al mismo nivel que el conocimiento científico. Es fundamental que el profesional dirija el proceso de comunicación en su relación con el paciente desde un diálogo que supere el paternalismo.

El **lenguaje** es todo sistema de recursos verbales y no verbales utilizados para comunicar. Se distingue entre lenguaje verbal, que puede ser oral o escrito, y otros tipos como el televisivo o de historieta [15].

La **audiencia seleccionada** es el público al que se dirige el mensaje y sus materiales. La audiencia primaria es directamente beneficiaria, como las embarazadas en una campaña de lactancia materna y la secundaria está constituida por quienes pueden

influir en la primera, como sus esposos.

Finalmente, la **interacción social** se da en el proceso de dar y recibir mensajes entre las personas, representando un proceso de influencia recíproca enriquecedora. La retroalimentación garantiza la bidireccionalidad del proceso, permitiendo corrección de errores, construcción conjunta del conocimiento y fortalecimiento de relaciones interpersonales.

Estos elementos componen un sistema fundamental porque ayuda a: identificar los conceptos más prometedores; eliminar conceptos confusos; identificar el lenguaje real utilizado por la audiencia; y reducir costos de producción. Es errado asumir que la experiencia profesional garantiza la objetividad; la prueba preliminar es necesaria para determinar si los materiales tienen una posibilidad real de dar resultado y para medir el índice de credibilidad y comprensión del mensaje [9].

Tabla 1.5. Elementos del proceso de la comunicación.

Elemento	Definición	Ejemplo
Emisor	Persona, grupo o institución que elabora y envía un mensaje con una intención determinada	Un profesor explicando un concepto; una madre comunicando beneficios de la lactancia materna; una enfermera dando orientación sobre lactancia
Perceptor	Persona, grupo o institución que recibe e interpreta un mensaje desde su marco de referencia	Estudiantes escuchando la clase; una madre recibiendo información sobre sales de rehidratación oral y luego compartiendo su experiencia
Mensaje	Información que se transmite; conjunto de signos que expresa la intención del emisor	Explicación del proceso de fotosíntesis; información sobre manejo de diarrea infantil
Canal	Medio por el que se transmite el mensaje	Voz, correo electrónico, diapositiva, radio, cartel artesanal, redes sociales.
Código	Lenguaje, signos o símbolos utilizados para transmitir el mensaje; reglas conocidas por emisor y perceptor	Español, signos, figuras; expresiones populares como «caca floja» en educación para la salud
Retroalimentación	Respuesta del perceptor al emisor que permite la bidireccionalidad de la comunicación	Preguntas o comentarios de los estudiantes; madre compartiendo experiencias con la enfermera
Referente	Datos o información concreta sobre los que versa el mensaje	Información real sobre la rehidratación oral o prevención de diarrea
Marco de referencia	Experiencias, conocimientos, valores y creencias del perceptor que influyen en la interpretación del mensaje	Saber qué cree y conoce la persona sobre la diarrea y su manejo
Formación social	Contexto económico, político y social más amplio donde ocurre la comunicación	Nivel de desarrollo y valor de la salud en la sociedad
Lenguaje	Sistema de recursos verbales y no verbales utilizados para comunicarse	Lenguaje oral, escrito, televisivo, de historieta

Elemento	Definición	Ejemplo
Audiencia seleccionada	Grupo al que se dirige el mensaje, primaria o secundaria	Embarazadas (primaria) y sus esposos (secundaria) en una campaña de lactancia materna
Interacción social	Proceso de dar y recibir entre individuos, con influencia recíproca	Conversación bidireccional entre madre y enfermera

Fuente: Elaboración propia.

1.6 Barreras comunicativas

La efectividad de la comunicación también depende de la identificación y manejo de las **barreras comunicativas** (Tabla 1.6), entendidas como los obstáculos que dificultan la transmisión efectiva de mensajes entre emisor y perceptor, afectando la calidad de la interacción y la comprensión mutua. Estas barreras afectan, en contextos organizacionales o educativos, el logro de objetivos comunes y pueden ser físicas, entre ellas ruidos o distancia; semánticas, que se evidencia en el uso inadecuado del lenguaje; psicológicas, como prejuicios o estrés; culturales; contextuales o tecnológicas [11] [15] [16]. En la Tabla 1.6 se ejemplifica cada una de ellas:

Tabla 1.6. Tipos de barreras en la comunicación

Tipo	Descripción	Ejemplos prácticos	Estrategias para superar
Físicas / Objetivas	Ruido ambiental, mala calidad del sonido, ausencia de equipos o problemas técnicos en los dispositivos de comunicación; incluyen interrupciones externas y condiciones físicas que dificultan la percepción del mensaje.	Un aula con eco excesivo que impide escuchar la clase; una videollamada con cortes constantes por mala conexión. Ausencia de dispositivos electrónicos.	Uso de audífonos, sistemas de sonido adecuados, reducción de ruidos ambientales y verificación previa de equipos.
Lingüísticas / Semánticas	Diferencias en idioma, jergas, tecnicismos o uso ambiguo del lenguaje, que dificultan la codificación y decodificación del mensaje; también afecta la interpretación de signos no verbales o culturales.	Uso de terminología científica no conocida por la audiencia; traducciones literales que generan confusión.	Adaptar el lenguaje al público, explicar términos técnicos, usar ejemplos y analogías, y promover retroalimentación constante.
Psicológicas	Prejuicios, emociones intensas, estrés o estados mentales que afectan la recepción del mensaje; incluyen estereotipos, desmotivación o conflictos internos que alteran la interpretación.	Un perceptor distraído por problemas personales que no capta el mensaje; un jefe que malinterpreta críticas constructivas como ataques personales.	Crear un ambiente emocional seguro, escuchar activamente, centrar la atención en la persona, emplear mensajes empáticos y promover la autorreflexión antes de responder.

Tipo	Descripción	Ejemplos prácticos	Estrategias para superar
Culturales	Diferencias en normas, valores, creencias o costumbres que pueden generar interpretaciones erróneas; se intensifican en contextos multiculturales y globalizados.	Gestos que en una cultura son respetuosos, pero en otra se consideran ofensivos; conflictos por distintas formas de expresar desacuerdo.	Participación social, sensibilización cultural, capacitación intercultural, uso de mediadores, pruebas preliminares de conceptos o guías culturales y adaptación del lenguaje corporal y verbal.
Contextuales	Falta de información previa o ausencia de contexto que facilite la interpretación del mensaje; incluye factores sociales, políticos y educativos que condicionan la comprensión y participación del perceptor.	Un mensaje corporativo enviado sin antecedentes sobre un cambio organizacional; instrucciones técnicas sin explicación de su propósito.	Proporcionar antecedentes, contextualizar la información, anticipar dudas y estructurar los mensajes de manera clara y secuencial.
Tecnológicas	Fallos en plataformas digitales, saturación de canales de comunicación y dificultades en la gestión de medios electrónicos; la desinformación y las noticias falsas también interfieren en la comunicación efectiva.	Recepción de información contradictoria sobre un tratamiento de salud; interrupciones por caídas de servidor en conferencias virtuales.	Verificar fuentes de información, emplear múltiples canales de comunicación confiables, capacitar en herramientas digitales y fomentar la alfabetización mediática.

Fuente: Elaboración propia.

1.7 Desinformación y noticias falsas

La desinformación se refiere a la difusión de información falsa, inexacta o engañosa que puede tener consecuencias perjudiciales. Este fenómeno ha acompañado a la humanidad desde sus primeros intentos de comunicación [5]. Los rumores, las noticias inexactas y la manipulación de mensajes han existido desde la oralidad primitiva, atravesando la invención de la escritura, la prensa impresa y los medios de comunicación masivos, adaptándose a cada tecnología para alcanzar audiencias más amplias y ejercer influencia social [3] [4].

En la era digital, la propagación de noticias falsas se ha intensificado exponencialmente. Se permite que cualquier persona publique información con alcance global, sin controles editoriales rigurosos, lo que facilita la circulación de contenido engañoso y la creación de «cámaras de eco» donde las creencias se refuerzan y las verdades alternativas se consolidan [1] [10]. Un ejemplo reciente es la difusión de teorías conspirativas durante crisis sanitarias, como la pandemia de COVID-19, donde se propagaron rumores sobre vacunas y tratamientos inexistentes [12]

Según Broda y Strömbäck [10], existen diferencias entre desinformación inten-

cional, desinformación no intencional y noticias falsas con motivaciones políticas, económicas o sociales. Comprender estas categorías es esencial para diseñar estrategias de prevención y mitigación. La velocidad de circulación de la información en plataformas digitales supera la capacidad de verificación de los usuarios, creando un entorno propicio para la manipulación mediática y la polarización social.

La desinformación tiene un gran impacto en ámbitos como la salud, la política y la educación. AltaMed [12] señala que, en el caso de la información de salud, la circulación de rumores puede poner en riesgo la vida de las personas y dificultar políticas de prevención. El desarrollo de competencias comunicativas y analíticas en los ciudadanos es un elemento clave para reconocer y contrarrestar información falsa. Las estrategias de comunicación institucional deben incorporar mecanismos efectivos de verificación y protocolos para difundir información veraz.

Históricamente, la desinformación se ha utilizado para moldear la opinión pública y legitimar las acciones de quienes ostentan el poder [2]. Sin embargo, la digitalización de la información ha amplificado estas dinámicas, permitiendo que la desinformación se propague en tiempo real y a gran escala.

Por ello, es vital fomentar la alfabetización mediática desde temprano, fomentar la verificación de fuentes, promover el uso de evidencia científica y fortalecer la rendición de cuentas en la creación y distribución de contenidos. Esto no sólo ayuda a mitigar el impacto negativo de la desinformación, sino que también contribuye al desarrollo de ciudadanos críticos que puedan participar en la esfera pública.

La desinformación y las noticias falsas son fenómenos complejos y multifacéticos resultantes de la interacción entre la tecnología, la cultura, la política y el comportamiento humano. Solo con una ciudadanía crítica y unos medios de comunicación responsables podemos lograr una comunicación más auténtica y confiable que fortalezca la democracia, la salud pública y la cohesión social.

1.8 Funciones esenciales de la comunicación

La comunicación desempeña funciones clave en diversos aspectos (Tabla 1.7), entre las que destacan roles fundamentales en los ámbitos social, educativo, organizacional y sanitario. La comunicación permite transmitir información, generar significado compartido y regular las relaciones humanas, constituyéndose en un instrumento clave para la cohesión social [1]. Funciones como la informativa, la persuasiva, la expresiva y

la reguladora, permiten que las personas no solo intercambien datos, sino que también construyan conocimientos, valores y normas comunes.

La comunicación tiene un papel estructural en la organización social; en este sentido, la función informativa no se limita a la entrega de datos, sino que también implica la interpretación, codificación y decodificación de mensajes, garantizando que el contenido sea comprendido de manera adecuada [5]. La función persuasiva, de su lado, interviene en la construcción de actitudes y en la modificación de comportamientos, y es fundamental en procesos educativos, campañas de salud y estrategias organizacionales.

Además, la función expresiva permite que los individuos manifiesten emociones, necesidades y opiniones, reforzando los vínculos interpersonales y la comunicación afectiva [2] [3] [4]. La función reguladora, en cambio, manifiesta la capacidad de la comunicación para coordinar normas, roles y procedimientos dentro de cualquier grupo social u organización, facilitando la convivencia, la eficiencia en la acción conjunta y la resolución de conflictos [9].

Actualmente, la comunicación también cumple la función de filtrado y verificación de información. Broda y Strömbäck [10] resaltan que la difusión de información veraz y confiable es esencial para contrarrestar los efectos negativos de la desinformación y las noticias falsas, especialmente en temas de salud [11] [12]. No solo se protege a los perceptores de información errónea, sino que fortalece la confianza en instituciones y medios de comunicación, promoviendo una ciudadanía más informada y participativa [17].

Finalmente, la comunicación tiene una función cognitiva y de construcción de conocimiento, pues los individuos pueden desarrollar aprendizajes significativos, pensamiento crítico y comprensión compartida del entorno. En combinación con la función social, se convierte en un instrumento ineludible para la transformación de sociedades, la innovación educativa y la mejora de la calidad de vida, evidenciando que la comunicación trasciende la simple transmisión de mensajes, constituyéndose en un elemento central de la dinámica social y cultural.

Tabla 1.7. Funciones esenciales de la comunicación

Función	Descripción	Ejemplos / Aplicaciones
Informativa	Permite transmitir datos, hechos y conocimientos, asegurando comprensión y codificación correcta del mensaje.	Difusión de noticias, educación formal, manuales técnicos.
Persuasiva	Influir en actitudes, opiniones o comportamientos, promoviendo cambios individuales o colectivos.	Campañas de salud, publicidad, estrategias educativas y organizacionales.
Expresiva	Facilita la manifestación de emociones, opiniones y necesidades, fortaleciendo vínculos interpersonales.	Comunicación afectiva, debates, manifestaciones culturales.
Reguladora	Coordina normas, roles y procedimientos, facilitando convivencia y cooperación.	Reglas de grupo, protocolos organizacionales, gestión de conflictos.
Filtrado y verificación	Contrarresta desinformación, asegurando la difusión de información confiable y veraz.	Prevención de noticias falsas, revisión de contenidos en salud, campañas informativas.
Cognitiva/ Constructiva	Facilita la construcción de conocimientos, pensamiento crítico y comprensión compartida del entorno.	Aprendizaje colaborativo, investigación, desarrollo de proyectos comunitarios.
Social/ Cohesión	Favorece la integración y cohesión social, fortaleciendo identidad grupal y cultural.	Trabajo comunitario, comunicación organizacional, integración educativa.

Fuente: Elaboración propia.

1.9 Comunicación y desarrollo social

La comunicación es un motor fundamental del desarrollo social, ya que facilita la interacción entre individuos y grupos y fortalece la participación cívica, la educación y la equidad social. Es un proceso que va más allá de la simple transmisión de información para compartir significados que permiten a la sociedad organizarse, coordinar acciones y construir consensos sobre objetivos comunes.

En Latinoamérica, la comunicación ha demostrado ser un recurso crucial para promover la inclusión social y reducir la desigualdad. Por ejemplo, los programas de radio comunitaria en Ecuador y México han ayudado a las comunidades rurales a superar las barreras geográficas y socioeconómicas para acceder a información sobre salud, educación y ciudadanía [1]. Por ello, una comunicación eficaz requiere comprender el contexto sociocultural y ser sensible a la diversidad, fortaleciendo así la cohesión social y empoderando a las comunidades históricamente marginadas.

Además, la comunicación permite superar las barreras sociales y culturales que obstaculizan la equidad. Al mismo tiempo, como describió Chomsky [3] [4], el lenguaje, como herramienta de interacción y pensamiento, facilita la transferencia de conocimiento complejo y la innovación colectiva, esenciales para el desarrollo sostenible de sociedades

diversas.

Donde la desinformación y las noticias falsas están en aumento, la comunicación estratégica sirve como medio de protección social. Broda y Strömbäck [10] enfatizan que la desinformación puede erosionar la confianza de la comunidad y obstaculizar la participación cívica. En respuesta, AltaMed [12] y Durán [11] enfatizan la importancia de educar al público para obtener información precisa y fomentar el pensamiento crítico, en particular en temas de salud y políticos.

De esta manera, la comunicación no solo informa a la sociedad, sino que también la transforma, fomentando la cooperación, la resiliencia y el desarrollo inclusivo.

La comunicación es un elemento clave del desarrollo social por las siguientes razones:

- a. **Promoción de la participación cívica:** Fomenta el intercambio de ideas, la deliberación y la colaboración entre individuos y comunidades, creando espacios para el diálogo y la construcción de consensos. Por ejemplo: las plataformas de participación digital en Colombia y los consejos comunitarios en México, que han fortalecido la gobernanza local y la rendición de cuentas social [2].
- b. **Promoción de la equidad:** Garantizar que toda la sociedad tenga acceso a información y recursos para el bienestar. Los programas de comunicación inclusiva en educación y salud han demostrado reducir las brechas de conocimiento y promover la equidad, especialmente en comunidades rurales e indígenas [15] [17].
- c. **Impulso del cambio social:** La comunicación puede tener un impacto positivo en la salud pública, la educación y la participación comunitaria al cambiar comportamientos y actitudes. Mas adelante veremos claros ejemplos de cómo los proyectos de comunicación y campañas de prevención de enfermedades fomenta el interés público y la conciencia colectiva.

La comunicación es un proceso dinámico, integrador y estratégico que conecta a las personas y las comunidades, fortalece la colaboración y protege contra la desinformación. La comunicación promueve el desarrollo social porque posibilita empoderar a los ciudadanos. Esto significa ayudar a los individuos a superar la impotencia y a tomar decisiones que influyan positivamente en su vida y salud. Se requiere un diálogo continuo y la

participación activa de la comunidad en la identificación de problemas y soluciones, utilizando estrategias que promuevan la reflexión y la acción colectiva [9].

CAPÍTULO 2

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN

2.1 Promoción de la salud: definición y principios

La promoción de la salud permite a las personas aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla, no solo previniendo enfermedades, sino también creando entornos que favorezcan el bienestar físico, mental y social [18]. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de la salud no se limita a la educación sanitaria, sino que implica la implementación de políticas públicas, acciones comunitarias y estrategias intersectoriales que faciliten estilos de vida saludables [19].

Este enfoque reconoce la influencia de los factores psicosociales, ambientales y culturales en la construcción de la salud individual y colectiva. Por lo tanto, la promoción de la salud se centra en la creación de un entorno favorable donde las personas puedan desarrollar sus capacidades, tomar decisiones informadas y participar activamente en la mejora de su calidad de vida [18].

Además, la promoción de la salud se basa en modelos teóricos que facilitan su aplicación práctica. Por ejemplo el modelo socioecológico, que enfatizan las interacciones entre individuos, grupos, instituciones y políticas, demostrando que la salud es producto de múltiples niveles de influencia que requieren intervenciones integrales y coordinadas [18].

La promoción de la salud no se limita a la transmisión de información; requiere también procesos de empoderamiento, donde la población se convierte en agente activo de su bienestar, por tanto, implica la construcción de competencias personales, habilidades sociales y capital comunitario, lo que permite transformar la realidad social y reducir inequidades [20] [21]. Además, la promoción de la salud se vincula estrechamente con los determinantes sociales, reconociendo que factores como la educación, el empleo, la vivienda y la cohesión social son esenciales para garantizar la equidad en salud.

Los principios fundamentales de la promoción de la salud incluyen la equidad, la participación comunitaria, la intersectorialidad y el empoderamiento de las personas y comunidades [18]. Estos principios orientan las iniciativas de promoción de la salud hacia un enfoque que trasciende la transmisión de información, priorizando el fortalecimiento

de capacidades y la transformación de los contextos sociales que determinan la salud [22].

Por lo tanto, la promoción de la salud es un pilar estratégico para mejorar la calidad de vida, reducir la carga de enfermedad y fortalecer los sistemas de salud, especialmente donde los determinantes sociales contribuyen a desigualdades significativas. Una comprensión profunda de los principios, modelos teóricos y aspectos prácticos de la promoción de la salud ayuda a planificar e implementar intervenciones eficaces, sostenibles y contextualmente relevantes, transformando los comportamientos individuales y las estructuras sociales que determinan la salud de la población [18].

Finalmente, la promoción de la salud debe concebirse como un proceso integral, participativo e intersectorial, en el que la comunidad, los profesionales de salud y las instituciones colaboran para generar entornos saludables, fortalecer la resiliencia comunitaria y garantizar el acceso equitativo a recursos que favorezcan el bienestar. Este enfoque sistémico permite que la promoción de la salud no sea un conjunto de acciones aisladas, sino una estrategia sostenida en el tiempo, que contribuye a la construcción de sociedades más equitativas, saludables y resilientes [18] [22].

2.2 Breve historia de la promoción de la salud

La Declaración de Alma-Ata de la OMS en 1978 contribuyó a la visión de la atención primaria de salud como una estrategia que garantiza la equidad, el acceso universal y la participación comunitaria; esta desempeñó un papel fundamental para orientar los sistemas de salud hacia un modelo integral que trata la enfermedad, promueve estilos de vida saludables y fortalece la capacidad de la comunidad para influir en el bienestar [21]. En este sentido, la promoción de la salud sirve de puente entre la prevención biomédica y la acción social, incorporando la educación para la salud, la comunicación eficaz y la colaboración intersectorial [18] [22].

La Carta de Ottawa [19] definió a la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y sus determinantes. Este documento marcó un hito histórico al establecer cinco áreas de acción estratégicas: el desarrollo de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, la promoción de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud hacia la prevención y la promoción [18].

En América Latina, la OPS ha impulsado la adaptación de estos marcos con-

ceptuales a las realidades regionales, donde las desigualdades sociales, culturales y económicas generan barreras significativas para el acceso a la salud [18]. Las estrategias desarrolladas incluyen programas comunitarios de educación en salud, fortalecimiento de redes locales, formación de líderes comunitarios y políticas que promueven la equidad en salud.

La evolución reciente de la promoción de la salud consolida un enfoque sistémico e integral, el cual reconoce la interacción de los múltiples determinantes sociales de la salud. Este enfoque requiere la participación activa de la comunidad y la necesidad de políticas públicas intersectoriales y coherentes como pilares fundamentales para alcanzar la equidad en salud [18] [21] [22]. Hay una transición histórica desde perspectivas centradas exclusivamente en la educación para la salud hacia aquellas que incorporan la acción social, el desarrollo de capacidades y la implementación de resultados sostenibles. La evidencia sugiere que la eficacia de la promoción de la salud depende tanto de abordar los factores individuales como del cambio ambiental y la implementación de políticas para reducir las disparidades sociales y sanitarias [18].

2.3 Estrategias y herramientas de la promoción de la salud

Las estrategias de promoción de la salud tienen como objetivo transformar los entornos, fortalecer las capacidades individuales y colectivas, y generar políticas públicas que favorezcan el bienestar de la población [18]. Estas estrategias buscan prevenir enfermedades, pero también crear condiciones que faciliten la adopción de estilos de vida saludables y el desarrollo integral de las personas. Entre las principales estrategias (Tabla 2.1) destacan la educación para la salud, que desarrolla conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la toma de decisiones informadas; la comunicación en salud, que difunde información relevante y genera conciencia sobre riesgos y prácticas saludables; y el empoderamiento comunitario, que promueve la participación activa de las personas en la identificación de problemas, la planificación de soluciones y la toma de decisiones [22].

Tabla 2.1. Principales estrategias de la promoción de salud.

Estrategia	Descripción general
A) Educación para la salud	Proceso formativo que promueve conocimientos, actitudes y prácticas saludables, orientado a la prevención de enfermedades y la adopción de estilos de vida sanos.
B) Comunicación en salud	Difunde información y motiva cambios de comportamiento por diversos medios, adaptando los mensajes a las características culturales y sociales de cada grupo.
C) Empoderamiento comunitario	Fomenta la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones sobre salud, fortaleciendo sus capacidades para planificar y ejecutar acciones propias.

Fuente: Elaboración propia.

Para promover salud se requiere el diseño e implementación de herramientas prácticas, que incluyen programas educativos, campañas de sensibilización, talleres participativos, redes comunitarias y plataformas digitales de información. Para ser efectivas, estas herramientas deben ser adaptadas al contexto local y contar con la participación activa de la comunidad y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque preventivo y de promoción.

En este modelo, los profesionales de la salud actúan como facilitadores del bienestar y agentes de cambio comunitario, promoviendo la salud en lugar de centrarse únicamente en el tratamiento de enfermedades, logrando la evaluación y mejoramiento, lo que permite ajustar y fortalecer las acciones, generando un ciclo de mejora continua que favorece la sostenibilidad de los resultados en salud [18]. La retroalimentación permanente es esencial para garantizar la efectividad de las intervenciones y adaptarlas a las necesidades cambiantes de la población, y un enfoque intersectorial (educación, trabajo, vivienda y medio ambiente), que asegura acciones coherentes y sostenibles.

Un elemento central de la implementación de estas estrategias es la reorientación de los servicios de salud, que implica pasar de un modelo centrado exclusivamente en la atención curativa a uno preventivo y de promoción. En este enfoque, los profesionales de la salud actúan como facilitadores del bienestar, educadores y agentes de cambio comunitario, apoyando a la población para que asuma un rol activo en el cuidado de su propia salud. La planificación de estas intervenciones requiere un análisis cuidadoso del contexto cultural, los determinantes sociales de la salud y los recursos disponibles, para que las acciones sean pertinentes, equitativas y efectivas [22].

La evaluación continua de las estrategias implementadas es indispensable para garantizar su eficacia y sostenibilidad. El monitoreo y la retroalimentación permiten ajustar las acciones, corregir deficiencias y reforzar aquellas prácticas que generan

mayores impactos en salud.

2.4 Investigación para la promoción de la salud

La investigación para la promoción de la salud constituye una herramienta esencial para la formulación de políticas, el diseño de intervenciones efectivas y la evaluación de su impacto en la población. Desde una perspectiva científica y humanista, es comprender complejos procesos sociales, culturales y ambientales que condicionan el bienestar, reconociendo a la comunidad como protagonista y no como objeto de estudio [18]. Así, este tipo de investigación se orienta a generar evidencia contextualizada, útil y transformadora.

Las experiencias latinoamericanas en investigación en salud pública —como las desarrolladas por la OPS y las universidades comunitarias— han demostrado que los estudios basados en la participación ciudadana y el análisis de determinantes sociales permiten identificar inequidades, priorizar recursos y diseñar políticas más efectivas [22]. Esto fomenta el conocimiento situado, que reconoce las particularidades culturales, económicas y territoriales de cada población.

En Ecuador, el MSP ha promovido en los últimos años la integración de la investigación con la gestión territorial de la salud, impulsando observatorios ciudadanos, estudios epidemiológicos comunitarios y redes de aprendizaje entre instituciones y comunidades [21]. Se busca fortalecer la capacidad de respuesta del sistema nacional de salud y consolidar una base de datos científica que sustente las decisiones estratégicas del sector [22].

En consecuencia, la investigación en promoción de la salud trasciende lo académico para constituirse en un proceso social de construcción colectiva de conocimiento. La integración de saberes científicos y locales es crucial para el diseño de intervenciones pertinentes y sostenibles, transformando a la investigación en un instrumento de empoderamiento comunitario y cambio social basado en la evidencia y el diálogo [18].

2.5 Participación y movilización social en salud

La participación y la movilización social son fundamentos de la promoción de la salud, al expresar la corresponsabilidad de la ciudadanía en la construcción del bienestar colectivo [23]. La salud no es solo un resultado de intervenciones biomédicas; precisa del involucramiento activo de las comunidades en la identificación, planificación y ejecución de acciones orientadas a sus propias necesidades y a la transformación de su entorno

[24].

La participación social implica empoderar a los actores de la comunidad para que tomen decisiones que impacten su salud y calidad de vida. No se trata de una consulta formal; es un proceso continuo y horizontal donde el conocimiento local y la experiencia técnica interactúan para desarrollar soluciones contextualmente adecuadas y sostenibles. Por otra parte, la movilización social se concibe como un proceso educativo y transformador, que estimula la conciencia crítica y la apropiación de los procesos de salud por parte de la comunidad.

Participación y movilización social representan la transformación desde una visión asistencialista hacia una concepción emancipadora de la salud; así, las comunidades fortalecen su capacidad para influir en políticas, programas y entornos saludables, consolidando la salud como un bien público y un derecho fundamental [23] [24].

2.6 Mercadotecnia, comunicación y movilización social

La mercadotecnia social en salud, la comunicación estratégica y la movilización social son fundamentales en la promoción de la salud, al articular información, educación y acción colectiva para fomentar cambios sostenibles en comportamientos y entornos saludables [25].

La mercadotecnia social se diferencia de la mercadotecnia comercial en que su fin es el bienestar colectivo y la salud poblacional, más que el lucro económico. Su enfoque se basa en segmentar audiencias, identificar barreras y necesidades específicas, diseñar mensajes claros y persuasivos, y utilizar canales adecuados que garanticen la comprensión y la adhesión a comportamientos saludables. Esta estrategia permite que la población internalice mensajes sobre prevención, autocuidado, derechos en salud y determinantes sociales, creando un marco propicio para intervenciones sostenibles.

La comunicación estratégica actúa como puente entre la evidencia científica y la acción comunitaria. Su función no es solo transmitir información; también sensibiliza, motiva y facilita la participación activa de individuos y grupos en decisiones que afectan su bienestar. Además, permite visibilizar inequidades y vulnerabilidades, fortalecer la cohesión social y estimular la abogacía en salud, integrando así educación, participación y movilización en un proceso articulado.

La movilización social, en cambio, parte de la acción colectiva. Implica fortalecer liderazgos locales, organizar redes comunitarias, generar estrategias de incidencia y

fomentar la participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud [23]. En esta dimensión las transformaciones sostenibles en salud requieren de la sinergia entre múltiples actores —profesionales de la salud, ciudadanía, autoridades y medios de comunicación— para que las políticas y programas respondan a las necesidades reales de la comunidad.

Un enfoque integral de mercadotecnia, comunicación y movilización social se sostiene en el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud como ejes rectores de las intervenciones. Así, la mercadotecnia adapta los mensajes al contexto, la comunicación facilita la comprensión y la motivación, y la movilización social impulsa la participación y la acción colectiva, generando un ciclo virtuoso para el cambio.

Estas herramientas no solo buscan cambios individuales, sino transformaciones estructurales que mejoren el bienestar colectivo. La experiencia demuestra que las campañas integradas, que combinan educación, mensajes persuasivos y participación comunitaria, logran impactos más sostenibles, elevan la conciencia sobre derechos en salud y fortalecen la resiliencia social frente a desafíos sanitarios.

Por tanto, la mercadotecnia, comunicación y movilización social conforman un triángulo estratégico de la promoción de la salud:

- La mercadotecnia social identifica necesidades, adapta mensajes y genera motivación.
- La comunicación estratégica asegura comprensión, persuasión ética y difusión inclusiva.
- La movilización social potencia la participación, el liderazgo comunitario y la incidencia en políticas.

2.7 Empoderamiento personal y comunitario para la promoción de la salud

El empoderamiento es la capacidad de los individuos y las comunidades para influir en su bienestar y tomar decisiones informadas sobre su salud y constituye un eje central de la promoción de la salud. Comprende la transformación de dimensiones cognitivas, emocionales, sociales y políticas, donde las personas adquieren habilidades, confianza y autonomía para enfrentar desafíos, incidir en su entorno y participar activamente en la construcción de políticas y programas de salud [26] [27] [28].

El empoderamiento individual implica reconocer y aprovechar los recursos personales y comunitarios, fortaleciendo la capacidad de tomar decisiones responsables sobre la salud propia y de la familia. La educación para la salud, la comunicación estratégica y la movilización social son fundamentos en este proceso, pues facilitan la apropiación del conocimiento, fomentan la reflexión crítica y promueven la adopción de estilos de vida saludables [28].

El empoderamiento comunitario se expresa en la participación organizada, la autogestión de recursos, la creación de redes de apoyo y la incidencia en decisiones colectivas que impactan directamente en la salud y el bienestar de la población. Las experiencias latinoamericanas han demostrado que la movilización social efectiva y la participación comunitaria aumentan la eficiencia de las intervenciones de salud y generan un sentido de propiedad y corresponsabilidad en la población, fortaleciendo la sostenibilidad de los programas y la resiliencia comunitaria [23] [27].

Hay un gran impacto del empoderamiento comunitario en grupos históricamente vulnerables o marginados, como mujeres, comunidades rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes, donde fortalecer el liderazgo local y promover la participación equitativa contribuye a reducir desigualdades, mejorar el acceso a servicios y garantizar que las decisiones sobre salud sean pertinentes y culturalmente sensibles.

El empoderamiento es la acción comunitaria y la abogacía y la incidencia política, como estrategias para garantizar que las políticas públicas reflejen las necesidades reales de la población; la abogacía en salud permite a las comunidades negociar recursos, influir en decisiones gubernamentales y promover cambios estructurales que favorezcan la equidad en salud. Así, la salud es responsabilidad de toda la sociedad.

El empoderamiento se potencia mediante la integración de múltiples estrategias: educación, comunicación, movilización social, participación comunitaria y políticas públicas intersectoriales [27] [28]. Por ejemplo, los procesos de educación participativa y talleres de habilidades comunitarias no solo transmiten información, sino también liderazgo, colaboración y toma de decisiones compartidas, en un círculo virtuoso donde la población se apropia de los procesos de salud y fortalece su capacidad de acción.

El empoderamiento tiene elementos de justicia social. Fortalecer la capacidad de las personas y las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, como la educación, la vivienda, el empleo, el acceso a los servicios y las condiciones ambientales, contribuye a reducir las desigualdades, mejorar la equidad y promover la

sostenibilidad de las intervenciones [27].

En conclusión, fomentar el empoderamiento implica una visión a largo plazo que combina la acción, la reflexión y el aprendizaje continuo. La participación comunitaria continua en los programas de salud, la capacitación de líderes locales y la colaboración con las políticas públicas intersectoriales garantizan que los procesos de empoderamiento sean eficaces, pertinentes y culturalmente adaptables. Así, el empoderamiento de las personas y las comunidades se integra como una estrategia fundamental para promover la salud, construir una ciudadanía activa y responsable e impulsar la transformación social hacia sociedades más equitativas, resilientes y saludables [27] [28].

2.8 Definición de comunicación en salud

La comunicación en salud es el estudio y el uso de estrategias para informar e influir en la toma de decisiones para la promoción de la salud en individuos, grupos y población en general. Constituye un elemento esencial para promover la salud individual y pública, contribuyendo a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Su objetivo es motivar a las personas a asumir la responsabilidad de cuidar y proteger su propia salud, una estrategia para priorizar los temas sanitarios en la agenda pública [29].

La comunicación en salud (Tabla 2.2) es un campo interdisciplinario que integra saberes de la salud pública, la psicología social, la sociología, la antropología y las ciencias de la comunicación, para promover comportamientos saludables, transformar actitudes y fortalecer la participación social en torno al bienestar colectivo.

Comunicar en salud implica reconocer que los mensajes modelan percepciones, valores y conductas. En este sentido, se define como el proceso estratégico y ético de intercambio de conocimientos, emociones y experiencias entre individuos, instituciones y comunidades, orientado a fortalecer la conciencia sanitaria, el empoderamiento ciudadano y la acción colectiva en favor del bienestar.

Además, la comunicación en salud es un proceso de interacción social encaminado a motivar a las personas a cuidar su salud y asumir la responsabilidad de protegerla. Es un componente inherente a todas las actividades de promoción, educación y prevención, pues transmite mensajes que pueden salvar vidas y mejorar su calidad. En consecuencia, implica educar, informar, convencer, explicar y escuchar, integrando las herramientas necesarias para vivir mejor y fomentar estilos de vida saludables.

La OPS [18] señala que la comunicación en salud debe entenderse como un eje transversal de las políticas públicas y de las estrategias de promoción de la salud. Su finalidad no es únicamente persuadir o modificar conductas, sino generar procesos de diálogo social que transformen los determinantes estructurales de la salud.

La comunicación orientada a influir en comportamientos complejos y persistentes tiene tres funciones: informar al público sobre sus comportamientos y consecuencias; persuadir a la audiencia para modificar hábitos nocivos; y capacitar a las personas en las destrezas necesarias para traducir la intención en acción. Esto se relaciona con la dimensión educativa y transformadora de la comunicación, entendida como una estrategia para el cambio social y la adopción de prácticas saludables sostenibles.

La comunicación en salud abarca múltiples niveles de relación: la interacción médico-paciente, la comunicación entre el personal de salud (promotores de salud, educadores para la salud, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales), la relación entre las instituciones sanitarias y la comunidad, y el vínculo comunicacional entre los organismos de salud y los diferentes segmentos del público. En estos espacios, la claridad del mensaje, la empatía y la reciprocidad son esenciales para generar confianza y promover comportamientos saludables.

Asimismo, la comunicación para la salud se configura como una estrategia clave para mantener los temas sanitarios en la agenda pública. El uso de los medios informativos, los recursos multimedia y las nuevas tecnologías de la información amplía el acceso a contenidos, incrementa la concienciación sobre la salud individual y colectiva, y potencia el empoderamiento de las comunidades. La comunicación abarca diversas áreas como la educación para la salud, el periodismo en salud, la comunicación interpersonal, la abogacía en medios, la comunicación organizacional, la comunicación de riesgos y el *marketing* social, que pueden expresarse en formatos masivos o en prácticas culturales tradicionales (narración, dramatización o canciones).

La OPS [18] sostiene que la comunicación en salud, al igual que la promoción, se fundamenta en principios de equidad, empoderamiento, intersectorialidad y participación comunitaria; estos orientan el diseño de estrategias comunicativas y la comunicación se convierte en un instrumento de transformación social y en un derecho ciudadano.

Por lo tanto, la comunicación en salud puede definirse como un proceso social, cultural y educativo que busca producir cambios sostenibles en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos, pero también en las estructuras que determinan la

salud de las poblaciones. Implica un diálogo permanente entre ciencia y comunidad, entre políticas y ciudadanía, donde el lenguaje, la empatía y la cultura se constituyen en herramientas esenciales para construir sociedades más saludables, informadas y justas.

Tabla 2.2. Comunicación en salud

Aspecto	Descripción
Definición	Proceso estratégico que busca influir en conocimientos, actitudes y prácticas para mejorar la salud individual y colectiva.
Función principal	Facilitar el diálogo, la comprensión y la adopción de comportamientos saludables.
Rol en la promoción	Traduce la información científica en mensajes accesibles, motivadores y culturalmente pertinentes.
Beneficios	- Prevención de enfermedades. - Promoción de estilos de vida saludables. - Fortalecimiento del vínculo entre profesionales y comunidades.
Desafíos	Combatar la desinformación y adaptar los mensajes a contextos diversos para promover salud.
Conclusión	La comunicación en salud es esencial para empoderar a las personas y fortalecer la salud pública.

Fuente: Elaboración propia.

2.9 Historia y evolución de la comunicación en salud

La comunicación en salud es un campo consolidado y relevante a nivel global, aunque en América Latina aún es incipiente su desarrollo académico. Históricamente, se ha desarrollado como un proceso dinámico, moldeado por factores socioculturales, tecnológicos y políticos, y ha pasado desde modelos centrados en la transmisión unidireccional de información hacia enfoques participativos, multidisciplinarios e integradores [29].

En el inicio, la comunicación en salud tuvo un carácter eminentemente educativo y preventivo, orientado a la promoción de comportamientos saludables y la prevención de enfermedades. La OPS, fundada en 1902 como Oficina Sanitaria Panamericana, tuvo un papel fundamental en la implementación de estrategias de comunicación para la salud, reconociendo desde sus inicios la importancia de los mensajes adecuados para la adopción de prácticas saludables y el control de enfermedades [29].

A nivel internacional, este campo comenzó a ganar reconocimiento formal en los últimos 50 años. En Estados Unidos, la Asociación Internacional de Comunicación (ICA, por sus siglas en inglés), un grupo de comunicaciones terapéuticas, en 1975 adoptó la denominación «comunicación para la salud» (*Health Communications*). Esta expansión conceptual trascendió la relación médico-paciente al sumar comunicación organizacional, creación de contenido, persuasión, *marketing* social e influencia mediática.

La fundación de la revista *Health Communication* en 1989 consolidó académicamente el área, destacando la relevancia de la prevención y la promoción de la salud desde un enfoque estratégico y multidisciplinario [29].

La comprensión de la comunicación en salud ha evolucionado hacia modelos **participativos e integradores**, que incorporan saberes de antropología, sociología, psicología, neurociencia y comunicación, entre otras disciplinas. Esto permite abordar de manera más efectiva los fenómenos complejos del campo, comprender los contextos culturales y sociales de las audiencias, y diseñar estrategias de comunicación adaptadas a las realidades locales.

La calidad de la atención en salud depende mucho de la eficacia de la comunicación entre profesionales y pacientes. Por ejemplo, múltiples barreras pueden afectar la relación médico-paciente y la adherencia al consejo médico. Por ello, se han desarrollado estrategias y herramientas para promover una comunicación empática y comprensiva, y fortalecer la confianza y la colaboración.

Por otro lado, la llegada del internet y las tecnologías digitales ha revolucionado la comunicación en salud, facilitando la interacción entre profesionales y comunidades y ampliando el acceso a la información. Sin embargo, también han aumentado los riesgos de la difusión de información engañosa o sesgada, lo que destaca la necesidad de desarrollar habilidades esenciales para el uso de la información y fortalecer la alfabetización en salud.

Por ello, la comunicación en salud actual se enfrenta a retos complejos como la fragmentación de la audiencia, la desinformación, la globalización de contenidos y la necesidad de adaptar los mensajes a diversos contextos socioculturales. La colaboración entre organizaciones sanitarias, comunicadores, expertos, periodistas y comunidades es esencial para promover mensajes éticos y eficaces sobre la salud pública y el bienestar comunitario.

En síntesis, la evolución de la comunicación en salud es un proceso dinámico de adaptación y aprendizaje. Hoy, este campo se consolida como un área estratégica y multidisciplinaria, con un impacto tangible que abarca desde lo académico y social hasta lo económico y político.

Figura 2.1. Ejemplo del impacto social de la comunicación en la salud



Fuente: Elaboración propia.

2.10 Comunicación en salud para el cambio de comportamiento

La comunicación en salud se ha convertido en un acto transformador, profundamente humano y orientado al cambio de comportamiento. Su objetivo no se limita a transmitir datos o normas sanitarias, sino a generar conciencia crítica, autonomía y responsabilidad colectiva frente a los determinantes de la salud. La comunicación social en el sector salud no solo es una estrategia esencial para el cambio de comportamiento, sino también

para mejorar el bienestar individual mediante la participación y el empoderamiento de la comunidad. El lenguaje desempeña un papel fundamental en este proceso. Chomsky [3] [4] afirma que el lenguaje humano no se limita a describir el mundo, sino que puede transformarlo. En salud, esta idea se materializa en la manera en que los mensajes construyen identidad, motivación y sentido de agencia en los pacientes. Un discurso clínico basado en la confianza, la empatía y el reconocimiento puede influir más en la adherencia terapéutica que cualquier argumento estadístico.

El cambio de comportamiento del paciente no es lineal ni instantáneo, sino el resultado de interacciones sociales, emocionales y cognitivas mediadas por la comunicación. Así, la manera en que los profesionales de la salud se comunican con los individuos puede determinar la adherencia a tratamientos, la confianza en las instituciones o el mantenimiento de hábitos saludables.

Modificar un comportamiento requiere, más que instrucción, acompañamiento. Por ello, los programas contemporáneos de promoción de la salud insisten en diseñar intervenciones que integren aspectos educativos, motivacionales y culturales, respetando los valores y creencias de cada grupo poblacional. En este sentido, el *Manual de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud* del MSP del Ecuador de 2019 [30] señala que la comunicación debe promover procesos de aprendizaje social que permitan a las personas reconstruir sus prácticas cotidianas y fortalecer su sentido de autoeficacia frente a la enfermedad. La OPS [31] [32] reconoce que las estrategias comunicacionales más efectivas son aquellas que promueven la comprensión activa y la participación informada, en vez de imponer comportamientos deseados. La prevención y el cambio de comportamiento en salud se logran con la implicación directa de la población en la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones. Los mensajes no se «imponen» al paciente, sino que se negocian simbólicamente, incorporando sus experiencias, emociones y saberes previos.

Cambiar el comportamiento es comprender cómo las personas construyen el significado de «estar sano/enfermo», y cómo esas representaciones se vinculan con las estructuras de poder, la pobreza o las brechas en el acceso a la información. Para Laverack [33], el empoderamiento es el verdadero motor del cambio: los individuos adoptan conductas saludables porque se reconocen capaces de decidir sobre su propia vida.

La comunicación eficaz también debe considerar los contextos contemporáneos

de desinformación y sobrecarga mediática. La OMS [32] advierte que la exposición constante a noticias falsas y mensajes contradictorios puede debilitar la confianza de las personas y obstaculizar los procesos de cambio. Resulta indispensable fortalecer las competencias comunicativas del personal de salud, promoviendo un diálogo transparente, basado en la veracidad, el respeto y la coherencia emocional. La tarea no es solo «corregir» comportamientos, sino reconstruir los vínculos de credibilidad entre ciencia y sociedad.

En definitiva, la comunicación en salud para el cambio de comportamiento se conceptualiza como un proceso educativo, relacional y ético, cimentado en la escucha activa, la participación y una cultura del cuidado. Se prioriza la motivación y el acompañamiento humanizado sobre la imposición, buscando transformar mentalidades y fortalecer vínculos para generar autonomía y conciencia crítica en las personas y comunidades [33].

CAPÍTULO 3

TEORÍAS Y MODELOS PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN SALUD

3.1 El modelo socioecológico

El modelo socioecológico permite comprender integralmente la complejidad de los comportamientos humanos en la salud, reconociendo que estos no se desarrollan de manera aislada, sino como consecuencia de la interacción constante entre diversos niveles de influencia. En la salud de las personas median factores individuales, sociales, comunitarios y estructurales, lo que obliga a los profesionales a abordar la promoción de la salud desde una mirada multidimensional que trasciende la intervención individual. El modelo socioecológico facilita la identificación de barreras y facilitadores del cambio conductual, enfatizando la necesidad de estrategias que integren tanto la educación en salud como modificaciones en el entorno y en las políticas públicas.

La perspectiva ecológica reconoce múltiples niveles de influencia (Tabla 3.1) que interactúan para determinar las conductas. A **nivel intrapersonal**, factores como los conocimientos, actitudes, creencias y rasgos de personalidad condicionan la adopción de hábitos saludables. Los **factores interpersonales**, que incluyen la familia, los amigos y los grupos de iguales, proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles, lo que puede facilitar la práctica de hábitos saludables, como la actividad física grupal o el seguimiento de tratamientos médicos mediante apoyo familiar. En el **nivel institucional**, normas, reglamentos y políticas dentro de estructuras formales, como escuelas, hospitales o empresas, pueden promover o limitar comportamientos. Los **factores comunitarios**, que comprenden redes y normas sociales formales e informales entre individuos, grupos y organizaciones, también influyen en la conducta; la participación en grupos comunitarios que promueven la limpieza de espacios públicos o campañas de vacunación incrementa la adopción de estas prácticas. Finalmente, las **políticas públicas** locales, estatales o federales establecen leyes y regulaciones que respaldan acciones saludables y prácticas preventivas, como campañas de detección temprana de enfermedades, programas de vacunación masiva o regulaciones sobre alimentos ultraprocesados. En la interacción multidimensional de estos niveles de la

salud las decisiones individuales se encuentran estrechamente ligadas a las dinámicas sociales, institucionales y políticas de la población.[34].

Tabla 3.1. Niveles de influencia.

Concepto	Definición
Factores intrapersonales	Características individuales que influyen en el comportamiento, como los conocimientos, las actitudes, las creencias, los rasgos de personalidad.
Factores interpersonales	Procesos interpersonales y grupos primarios como son la familia, los amigos, los iguales; proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
Factores institucionales	Normas, reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados.
Factores comunitarios	Redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones.
Política pública	Políticas locales, estatales, federales y leyes que reglamentan o respaldan acciones saludables, y prácticas para la prevención, detección temprana, control y tratamiento de enfermedades.

Fuente: Elaboración propia.

La evidencia señala que las intervenciones que operan simultáneamente en múltiples niveles, por ejemplo, fortaleciendo habilidades individuales, promoviendo redes de apoyo social y fomentando entornos saludables, tienden a generar cambios más sostenibles y profundos en la conducta de las personas.

Un aspecto central de este modelo es la noción de agencia humana, entendida como la capacidad de las personas para tomar decisiones conscientes, actuar de manera intencional y generar cambios en su vida y en su entorno [35]. Reconocer la agencia humana implica que los individuos no solo son perceptores pasivos de información o normas sociales, sino actores activos capaces de negociar, adaptar y transformar su comportamiento según sus circunstancias, conocimientos y motivaciones. En la salud, esto implica que las personas pueden involucrarse en la adopción de hábitos saludables, buscar apoyo social, modificar rutinas familiares o comunitarias y participar en iniciativas de cambio social, lo que potencia la efectividad de las intervenciones diseñadas bajo un enfoque socioecológico.

Este modelo enfatiza que los comportamientos de salud no pueden ser explicados solo por las decisiones personales, sino que se encuentran profundamente influenciados por el entorno social, las normas culturales, las políticas públicas y los recursos disponibles. Los modelos socioecológicos facilitan la identificación de barreras y facilitadores del cambio conductual, promoviendo estrategias que integren intervenciones

educativas, comunicacionales, apoyo social, cambios en el entorno y en las políticas sanitarias [34].

Las intervenciones diseñadas bajo este enfoque, que operan simultáneamente en múltiples niveles, tienden a generar cambios más sostenibles y profundos en la conducta de las personas. Por ejemplo, al combinar intervenciones comunicacionales con modificaciones del entorno comunitario, redes de apoyo y ajustes en políticas institucionales, se favorece la adopción de hábitos saludables y se disminuye la resistencia al cambio. La aplicación práctica del modelo socioecológico implica diseñar intervenciones que no solo proporcionen información o incentivos, sino que también transformen entornos, políticas y normas sociales para facilitar la adopción de conductas saludables.

El modelo socioecológico ofrece un marco conceptual robusto para la promoción de la salud, al integrar los factores individuales, sociales y estructurales, y al considerar a las personas como agentes activos en la construcción de su bienestar. Su aplicación en programas de salud pública y atención primaria se traduce en intervenciones más contextualizadas, inclusivas y sostenibles, capaces de generar un impacto real y duradero en las conductas [35].

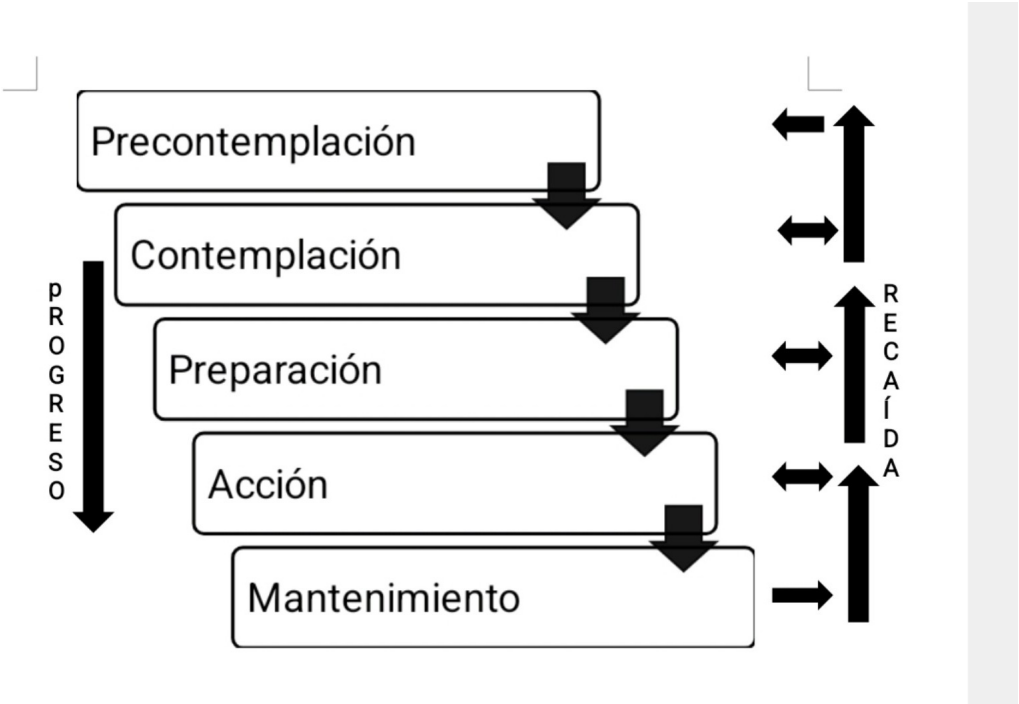
3.2 El modelo transteórico o modelo de etapas de cambio

El modelo transteórico postula que el cambio de comportamiento en salud no es un evento único, sino un proceso que se desarrolla a través de etapas progresivas y secuenciales. Esta perspectiva reconoce que las personas atraviesan un proceso dinámico de preparación, decisión y consolidación de nuevas conductas, y que cada etapa requiere estrategias específicas de intervención para facilitar el avance hacia un comportamiento saludable sostenido. Además, investigaciones sobre estrategias de persuasión y comunicación en salud indican que las intervenciones deben considerar el nivel de percepción del riesgo y el uso adecuado de apelaciones emocionales, como el miedo, para motivar cambios de conducta sin generar efectos contraproducentes.

Las etapas identificadas por el modelo son cinco (Figura 3.2): **precontemplación**, en la que la persona aún no reconoce la necesidad de cambio; **contemplación**, caracterizada por la reflexión y la valoración de los beneficios de modificar la conducta; **preparación**, fase en la que se planifica y organiza la acción; **acción**, momento en que se implementa el cambio; y **mantenimiento**, etapa de consolidación y prevención de recaídas. Cada fase refleja una combinación de motivaciones internas y de influencias

externas, evidenciando que el comportamiento humano es tanto resultado de la agencia individual como de factores contextuales, sociales y ambientales, lo que establece una conexión directa con los principios del modelo socioecológico [35].

Figura 3.1. Etapas del modelo transteórico



Fuente: Elaboración propia.

Este modelo es particularmente útil para la promoción de la salud, ya que permite diseñar intervenciones diferenciadas, optimizar recursos y mejorar la eficacia de los programas según la etapa de la vida de cada persona (Tabla 3.2). Además, brinda un marco conceptual sólido para entender el cambio de comportamiento en salud como un proceso gradual, flexible y sujeto a múltiples influencias. Su aplicación práctica en atención primaria y programas de salud pública permite planificar intervenciones adaptadas a la etapa de cada individuo, combinando estrategias educativas, motivacionales y de apoyo ambiental, para lograr transformaciones sostenibles y significativas en los hábitos de salud de la población [35].

Tabla 3.2. Aplicación de las etapas del modelo transteórico

Etapas	Descripción	Motivaciones / Influencias	Ejemplo en salud (alimentación saludable)
Precontemplación	La persona no reconoce la necesidad de cambiar su conducta.	Internas: desconocimiento del riesgo, hábitos arraigados. Externas: entorno con poca información o presión social.	Un adulto continúa consumiendo comida ultraprocesada y bebidas azucaradas sin percibir riesgos para su salud.
Contemplación	La persona reflexiona sobre la conducta y valora los beneficios del cambio.	Internas: conciencia del riesgo, deseo de mejorar la salud. Externas: información de medios, consejos médicos, apoyo familiar.	La persona comienza a informarse sobre nutrición y reconoce que mejorar su dieta podría reducir el riesgo de diabetes o hipertensión.
Preparación	Planificación y organización de la acción.	Internas: motivación para cambiar, establecimiento de metas. Externas: recursos disponibles, apoyo social, guías de acción.	El adulto compra libros o apps de nutrición, planifica menús saludables y establece objetivos semanales de consumo de frutas y verduras.
Acción	Implementación del cambio de conducta.	Internas: compromiso, autoconfianza. Externas: seguimiento de profesionales de salud, redes de apoyo.	La persona empieza a cocinar en casa, sustituye <i>snacks</i> poco saludables por frutas y registra su progreso diario.
Mantenimiento	Consolidación del cambio y prevención de recaídas.	Internas: hábito consolidado, autoeficacia. Externas: soporte continuo, refuerzo social y ambiental.	Mantiene la alimentación saludable de forma constante durante varios meses, participa en grupos de apoyo, y ajusta su dieta ante situaciones de riesgo (viajes, celebraciones).

Fuente: Elaboración propia.

Este modelo también destaca la importancia de la autoeficacia, entendida como la confianza del individuo para ejecutar y sostener comportamientos saludables, así como la necesidad de apoyo social y de un entorno facilitador que favorezca la continuidad del cambio [35]. Gracias a esta integración entre factores individuales y contextuales se refuerza la idea de que el cambio de comportamiento es un proceso complejo y multidimensional, en el que las decisiones conscientes del individuo interactúan con la estructura social y ambiental que lo rodea.

3.3 El modelo de creencias de salud

El modelo de creencias de salud (*Health Belief Model*, HBM) es uno de los enfoques teóricos más influyentes y ampliamente utilizados para comprender y proyectar la conducta en salud, particularmente en contextos de promoción y prevención. Su origen está la década de 1950, cuando un grupo de psicólogos sociales estadounidenses buscaba explicar la baja participación poblacional en programas de detección temprana de enfermedades, pese a la evidencia científica que demostraba los beneficios de estas intervenciones [35]. Desde entonces, este modelo ha sido adaptado y aplicado en múltiples escenarios de salud pública (campañas de vacunación, programas de higiene, prevención de enfermedades crónicas).

El HBM parte de que la conducta de salud está influenciada por percepciones individuales sobre la vulnerabilidad a una enfermedad y las consecuencias asociadas a ella. Es decir, el comportamiento no es simplemente un resultado de información objetiva, sino de cómo la persona interpreta y evalúa esa información dentro de su propio marco de creencias y experiencias. Según Schwarzer [35], esta percepción subjetiva es determinante para la adopción de comportamientos preventivos y de autocuidado.

El modelo se compone de seis constructos principales para explicar la motivación detrás del cambio de conducta en salud (Tabla 3.3):

Tabla 3.3. Constructos del modelo de creencias en salud

Constructo	Definición	Ejemplo en salud
Percepción de susceptibilidad	Grado en que una persona considera que está expuesta a un riesgo de enfermedad.	Un individuo con antecedentes familiares de diabetes y hábitos alimentarios poco saludables que reconoce su riesgo elevado podría estar más motivado a adoptar conductas preventivas como controlar su dieta o realizar actividad física.
Percepción de severidad	Evaluación de las consecuencias graves que podría tener la enfermedad, incluyendo aspectos físicos, sociales y económicos.	Una persona que entiende que la hipertensión no controlada puede provocar daño renal, problemas cardíacos y afectar su calidad de vida estará más inclinada a seguir tratamiento y modificar hábitos de vida.
Percepción de beneficios	Creencia de que la adopción de una conducta específica puede reducir la amenaza percibida.	Reconocer que realizar actividad física regularmente disminuye el riesgo de hipertensión y obesidad y mejora el bienestar general.

Constructo	Definición	Ejemplo en salud
Percepción de barreras	Obstáculos que la persona identifica para adoptar la conducta de salud recomendada; pueden ser económicos, sociales, culturales o psicológicos.	Una persona que quiere hacer ejercicio pero no tiene tiempo, recursos económicos o acceso a instalaciones adecuadas podría posponer o abandonar la actividad física, aun sabiendo sus beneficios.
Señales de acción	Estímulos que motivan a la persona a actuar, ya sean internos (síntomas) o externos (campañas educativas, recordatorios).	Recibir un recordatorio del médico para hacerse un examen de colesterol o sentir dolor abdominal que genera la decisión de acudir a consulta médica.
Autoeficacia	Confianza en la propia capacidad para ejecutar la conducta requerida con éxito.	Una persona que cree en su capacidad para seguir una dieta balanceada y hacer ejercicio regularmente será más consistente y adherente a estas conductas preventivas.

Fuente: Elaboración propia.

La combinación de las percepciones de susceptibilidad y de severidad da forma a la amenaza percibida, que es el motor inicial que impulsa a la persona a considerar un cambio de comportamiento.

El HBM ha sido ampliamente aplicado en programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, demostrando su eficacia en el diseño de intervenciones centradas en la percepción de riesgo y los beneficios de la acción. La información científica, combinada con estrategias de comunicación persuasiva y señales de acción adecuadas, puede modificar percepciones y favorecer cambios de conducta sostenibles. En la atención primaria de salud, se destaca la utilidad del modelo para comprender cómo factores individuales interactúan con determinantes sociales y ambientales. El HBM no solo permite explicar por qué algunas personas adoptan conductas preventivas mientras otras no, sino que también sirve para diseñar estrategias adaptadas a las características y necesidades de diferentes grupos poblacionales, reconociendo la agencia humana y la diversidad de experiencias que influyen en la toma de decisiones en salud.

Pese a su enfoque individual, el HBM puede integrarse con otros modelos más amplios, como los modelos socioecológicos, para abordar la conducta de salud desde una perspectiva multicausal, considerando factores interpersonales, comunitarios y estructurales. Esta integración permite superar limitaciones del modelo original, como

su relativamente escasa atención a los determinantes sociales y culturales, sin perder la claridad conceptual.

La aplicación del HBM requiere un diagnóstico previo de las creencias y percepciones poblacionales, la identificación de barreras y facilitadores y el diseño de mensajes claros que refuercen los beneficios de la conducta y reduzcan las barreras percibidas. Intervenciones basadas en HBM, combinadas con estrategias de educación y comunicación, pueden aumentar la adherencia a programas de vacunación, mejorar la higiene personal, favorecer la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas y promover hábitos de vida saludables [35]. Por esta razón, este modelo es una herramienta teórica poderosa para comprender los procesos de cambio de comportamiento en salud, al centrar la atención en la percepción individual del riesgo y los beneficios asociados a la acción. Su valor práctico radica en la posibilidad de diseñar intervenciones personalizadas, basadas en evidencias, que consideren tanto los factores individuales como el contexto social en el que se desenvuelven las personas, contribuyendo así a la promoción de la salud y a la prevención efectiva de enfermedades.

3.4 Procesamiento de información por parte del consumidor

El procesamiento de información por parte del consumidor constituye un eje fundamental para entender cómo las personas toman decisiones respecto a los servicios de la salud. Este proceso no se limita a la simple recepción de datos; implica la interpretación, valoración y organización de la información según experiencias previas, conocimientos adquiridos y expectativas personales. Cada individuo actúa como un filtro activo, seleccionando y combinando fragmentos de información para darles significado y transformarlos en decisiones y acciones concretas.

El modelo de procesamiento de información por el consumidor surge del estudio de cómo los seres humanos resuelven problemas y organizan la información. Aunque no fue creado específicamente para la promoción de la salud, sus principios tienen aplicaciones muy relevantes en esta esfera. La información constituye una herramienta esencial en la educación sanitaria y una base fundamental para la toma de decisiones relacionadas con la salud, desde la selección de tratamientos hasta la elección de alimentos dentro de una dieta [36]. Sin embargo, solo disponer de información no garantiza conductas saludables; incluso consumidores motivados pueden actuar de manera riesgosa si existen conceptos erróneos o información confusa.

Comprender este modelo permite explicar cómo las personas procesan información sobre autocuidado, opciones terapéuticas y decisiones nutricionales. La cantidad, calidad y forma de presentar la información pueden aumentar o disminuir la ansiedad del consumidor, y factores como la enfermedad o los efectos de un tratamiento pueden afectar su capacidad de procesamiento. Los educadores en salud deben considerar la dimensión intelectual del procesamiento de información y la motivacional: la motivación es lo que impulsa la búsqueda y la atención hacia la información, mientras que los procesos cognitivos permiten evaluar, integrar y aplicar los datos recibidos [36].

El modelo de Bettman propone un proceso cíclico (Tabla 3.4) que incluye búsqueda de información, selección, uso, aprendizaje y retroinformación para decisiones futuras, pues los individuos tienen limitaciones cognitivas sobre la cantidad de información que pueden procesar, por lo que combinan fragmentos de información en «bloques» y aplican reglas de decisión o heurísticas que facilitan la selección y simplificación de opciones [36]. El entorno de la información influye de manera decisiva en la facilidad con que los consumidores pueden obtener, procesar y aplicar la información, que debe ser de formato sencillo y comprensible.

Tabla 3.4. Procesamiento de información por el consumidor.

Concepto	Definición	Aplicación
Capacidad de procesamiento de información	Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que pueden adquirir, utilizar y recordar.	Escoger los puntos más importantes y útiles para comunicar, ya sea en forma oral o en materiales impresos.
Búsqueda de información	Procesos de adquisición y evaluación de la información; afectado por la motivación, atención, percepción.	Brindar información clara de modo que exija poco esfuerzo obtenerla, que llame la atención de los consumidores.
Reglas de decisión/heurística	Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a los consumidores a seleccionar opciones.	Aprender las claves para sintetizar información en formas que tengan sentido y atraigan a la audiencia.
Consumo y aprendizaje	Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones, y cómo se utiliza en futuras decisiones.	Tener presente que las personas probablemente han realizado elecciones afines en el pasado, y que no son «recipientes vacíos».
Entorno de la información	Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesabilidad de la información pertinente.	Diseñar información adaptada a la audiencia, colocarla en forma que sea cómodo su uso.

Fuente: Elaborado a partir de Bettman [36].

Comprender cómo los consumidores procesan información sobre servicios de

salud permite a las instituciones diseñar estrategias comunicativas más efectivas, que no solo transmitan conocimientos, sino que generen confianza, claridad y motivación. Reconocer al usuario como un agente activo, con capacidad de seleccionar, integrar y aplicar información según sus necesidades y percepciones, es crucial para fortalecer la calidad percibida de los servicios y fomentar decisiones responsables, seguras y orientadas al bienestar personal y comunitario.

3.5 Aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social, también conocida como *teoría cognitiva social*, proporciona un marco conceptual integral para comprender cómo los individuos adquieren, interpretan y aplican información en contextos de salud. Desde esta teoría, el comportamiento humano se desarrolla dinámicamente, en constante interacción con el entorno y con las experiencias de otros. Así, la conducta de las personas no se explica únicamente por factores individuales, sino por la interacción recíproca entre variables personales, ambientales y conductuales.

Un principio central es el ***determinismo recíproco***, que reconoce que los comportamientos son moldeados por el entorno, pero que, al mismo tiempo, las personas pueden influir y modificar dicho entorno (Tabla 3.5).

Otro concepto esencial es la ***capacidad conductual***: el conocimiento y las habilidades necesarias para ejecutar un comportamiento específico (Tabla 3.5). Junto a las expectativas, que reflejan las creencias sobre las consecuencias de la conducta, y la autoeficacia, entendida como la confianza en la propia capacidad para llevar a cabo una acción, se construye un marco que explica la adopción de conductas saludables [35].

El ***aprendizaje por observación o modelado*** refuerza estos procesos (Tabla 3.5). Es decir, las personas aprenden observando a otros y evaluando las consecuencias de sus acciones. Este aprendizaje es más efectivo cuando el modelo es respetado, posee autoridad o se percibe como similar al observador.

La teoría también explica cómo la motivación y el entorno influyen en la utilización de la información. La retroinformación, o *feedback*, permite a las personas evaluar los resultados de sus decisiones y ajustar comportamientos futuros (Tabla 3.5). Por ejemplo, un programa de etiquetado nutricional en supermercados utiliza mensajes breves y claros como «bajo contenido de grasa» o «pocas calorías», facilitando que los consumidores identifiquen pronto las opciones saludables y aprendan a hacer elecciones

más informadas en compras sucesivas. Esta estrategia combina claridad, accesibilidad y relevancia, esenciales para que la información sea procesable y útil.

Por estas razones, la teoría del aprendizaje social permite diseñar intervenciones que integren educación, motivación y habilidades prácticas.

La teoría del aprendizaje social (Tabla 3.5) reconoce al individuo como un actor activo, capaz de aprender de su propia experiencia y de la observación de otros, en un proceso continuo de interacción con el entorno. Comprender estos principios permite a los profesionales de la salud diseñar estrategias efectivas de promoción, que consideren no solo la transmisión de información, sino también el desarrollo de habilidades, la motivación y la construcción de entornos facilitadores que propicien cambios sostenibles en el comportamiento de salud.

Tabla 3.5. Principios de la teoría del aprendizaje social (o teoría cognitiva social)

Concepto	Definición	Aplicación
Determinismo recíproco	Los cambios de comportamiento resultan de interacciones bidireccionales entre la persona y su entorno.	Hacer participar al individuo y a terceras personas importantes para este; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
Capacidad Conductual	El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones.	Proporcionar información y capacitación sobre la acción.
Expectativas	Creencias sobre los probables resultados de la acción.	Incorporar información sobre los posibles resultados de la acción que se aconseja.
Autoeficacia	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en esta.	Señalar puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.
Aprendizaje por observación	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales	Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.
Refuerzo	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo se repita.	Proporcionar incentivos, recompensas, elogio; estimular la autorrecompensa. Disminuir posibles respuestas negativas que desestiman los cambios positivos.

Fuente: Elaboración propia.

3.6 Difusión de innovaciones (DI)

El modelo de difusión de innovaciones (DI), conceptualizado por Everett Rogers en la década de 1960, constituye un marco teórico esencial para comprender cómo las nuevas ideas, tecnologías o prácticas se adoptan e integran en las comunidades. Su relevancia radica en su capacidad para explicar por qué algunas intervenciones preventivas

o terapéuticas se implementan con éxito, mientras que otras enfrentan resistencia o abandono. Este enfoque reconoce que la adopción de innovaciones es un proceso social, dinámico y mediado por percepciones, valores y relaciones interpersonales [35].

El núcleo del modelo define la **difusión** como el proceso por el cual una innovación se propaga mediante canales de comunicación en el tiempo, dentro de un sistema social. Esto implica que la aceptación de nuevas conductas o tecnologías depende de cómo los individuos perciben la utilidad, compatibilidad y facilidad de la innovación, así como de la influencia de sus pares, líderes comunitarios y referentes culturales.

Rogers identifica cinco características que determinan la rapidez y el grado de adopción de una innovación (Tabla 3.6). La primera es la **ventaja relativa**, sobre el grado en que la innovación es percibida como superior a la conducta o práctica existente. La segunda característica es la **compatibilidad**, entendida como la congruencia de la innovación con los valores, experiencias previas y necesidades de la población. Las intervenciones de salud que respetan normas culturales y hábitos cotidianos tienen mayores probabilidades de ser aceptadas. La tercera característica es la **complejidad**, ya que la simplicidad de la innovación facilita su adopción. La cuarta es la **posibilidad de prueba o experimentación**, pues la oportunidad de probar la innovación antes de adoptarla completamente incrementa la confianza y la disposición a cambiar. Finalmente, la **observabilidad** se refiere a la visibilidad de los resultados de la innovación, ya que cuando los beneficios son evidentes y pueden observarse en otros miembros de la comunidad, se genera un efecto de imitación y motivación social positiva.

Tabla 3.6. Características del modelo de difusión de innovaciones (DI)

Característica	Definición	Ejemplo en salud
Ventaja relativa	Grado en que la innovación es percibida como superior a la conducta o práctica existente.	Filtros de agua portátiles en comunidades rurales: proporcionan agua más segura y práctica que hervirla, reduciendo enfermedades gastrointestinales y ahorrando tiempo y combustible.
Compatibilidad	Congruencia de la innovación con los valores, experiencias previas y necesidades de la población.	Programa de lactancia materna exclusiva que respeta creencias locales, involucrando a madres, abuelas y líderes comunitarios.
Complejidad	Facilidad de uso y comprensión; menor complejidad facilita la adopción.	Vacunas o tratamientos de fácil aplicación y comprensión son más aceptados que intervenciones complejas.
Posibilidad de prueba (trialability)	Oportunidad de experimentar la innovación antes de adoptarla completamente.	Instalación temporal de lavamanos comunitarios o estaciones de desinfección permite a los usuarios probar los beneficios antes de comprometer recursos permanentes.

Característica	Definición	Ejemplo en salud
Observabilidad	Visibilidad de los resultados de la innovación; beneficios evidentes motivan la adopción.	Observar la reducción de diarreas en vecinos que utilizan sistemas de purificación de agua.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo también clasifica a los individuos según su disposición y rapidez para adoptar innovaciones, lo que permite diseñar estrategias diferenciadas (Tabla 3.7). Se reconocen los **innovadores**, quienes son los primeros en probar nuevas prácticas y generalmente cuentan con recursos y disposición al riesgo, desempeñando un papel crucial en la introducción de la innovación en la comunidad. Los **primeros adoptantes**, por su parte, son reconocidos y respetados socialmente, y sirven como ejemplo para otros, validando la utilidad de la innovación. La **mayoría temprana** se suma una vez que observa resultados positivos y la innovación gana aceptación social, mientras que la **mayoría tardía** se muestra más cautelosa y requiere evidencia sólida y presión social para adoptarla. Los **rezagados** presentan resistencia inicial y necesitan intervenciones persistentes y adaptadas a sus barreras personales y contextuales. Esta clasificación permite a los profesionales de la salud comprender que los mismos mensajes o intervenciones no funcionan de manera uniforme para todos los grupos y, por tanto, requieren enfoques diferenciados. Por ejemplo, en campañas de vacunación, los innovadores y primeros adoptantes pueden actuar como embajadores, promoviendo la confianza y acelerando la adopción en la mayoría temprana y tardía [35].

Tabla 3.7. Clasificación de los individuos según su disposición y rapidez para adoptar innovaciones

Grupo de adoptantes	Características	Ejemplo en salud
Innovadores	Primeros en probar nuevas prácticas; suelen contar con recursos y disposición al riesgo; introducen la innovación en la comunidad.	Actúan como primeros usuarios de nuevas vacunas o tecnologías de salud, probando sistemas de purificación de agua.
Primeros adoptantes	Reconocidos y respetados socialmente; sirven como ejemplo y validan la utilidad de la innovación.	Promueven campañas de vacunación o hábitos saludables, generando confianza en la comunidad.
Mayoría temprana	Se suma una vez que observa resultados positivos y la innovación gana aceptación social.	Adoptan nuevas prácticas de higiene o nutrición después de ver beneficios evidentes en otros.
Mayoría tardía	Más cautelosa; requiere evidencia sólida y presión social para adoptar la innovación.	Se convence de participar en programas de salud tras la observación de resultados sostenidos en su entorno.

Grupo de adoptantes	Características	Ejemplo en salud
Rezagados	Presentan resistencia inicial; necesitan intervenciones persistentes y adaptadas a sus barreras personales y contextuales.	Requieren educación continua, seguimiento personalizado y apoyo social para adoptar nuevas prácticas de salud.

Fuente: Elaboración propia.

La teoría de difusión de innovaciones ha sido ampliamente aplicada en salud pública y atención primaria. La adopción de prácticas de lavado de manos, uso de letrinas portátiles y purificación de agua depende tanto de la disponibilidad de recursos como de la comunicación efectiva sobre los beneficios, la compatibilidad con costumbres locales y la visibilidad de resultados. En la prevención de enfermedades crónicas, campañas para promover actividad física, alimentación saludable y control de hipertensión utilizan líderes comunitarios y testimonios de éxito para motivar la adopción de nuevos hábitos. Incluso la adopción de tecnologías médicas, como sistemas de monitoreo de glucosa o tratamientos domiciliarios innovadores, requiere estrategias que reduzcan la complejidad percibida y permitan la prueba antes de la adopción definitiva.

La efectividad del modelo de difusión se potencia al integrarlo con otros enfoques, como el Modelo de Creencias de Salud y los modelos socioecológicos. Considerar factores individuales, interpersonales, comunitarios y estructurales permite diseñar intervenciones más completas y culturalmente pertinentes.

Para implementar la difusión de innovaciones en salud, es fundamental diagnosticar previamente a la comunidad, identificando valores, hábitos, creencias y barreras percibidas. La selección de innovaciones pertinentes debe garantizar que sean ventajosas, compatibles, simples, experimentables y observables. La identificación de agentes de cambio es crucial para promover la innovación en la comunidad. Los canales de comunicación deben ser claros y adaptados a la realidad local, con demostraciones prácticas, campañas visuales y participación comunitaria. Finalmente, es necesario monitorear y evaluar continuamente la adopción, identificando barreras persistentes y ajustando estrategias según los resultados.

El modelo de difusión de innovaciones ofrece un marco conceptual sólido para comprender y guiar el cambio de comportamiento en salud, reconociendo que la adopción de nuevas prácticas depende de la interacción entre percepciones individuales, dinámicas sociales y características de la innovación. Su integración con enfoques complementarios, como los modelos socioecológicos y de creencias de salud, permite diseñar intervenciones

más efectivas, sostenibles y culturalmente sensibles. No solo explica el cómo del cambio, sino que también orienta el qué hacer para fomentar la adopción de conductas saludables estratégica y participativamente, generando un impacto real y medible en la calidad de vida de las comunidades.

3.7 El modelo COM-B para el cambio de comportamiento: capacidad (c), oportunidad (o) y motivación (m)

El modelo COM-B representa una perspectiva integral para comprender y promover el cambio de comportamiento en salud, enfatizando la interacción entre tres elementos fundamentales (Tabla 3.8): capacidad, oportunidad y motivación. Para que un individuo adopte un comportamiento saludable, no basta con conocer sus beneficios; es necesario que cuente con las habilidades, recursos y contexto adecuados que faciliten la acción [35].

La **capacidad** se refiere a las competencias físicas y psicológicas del individuo, incluyendo conocimientos, habilidades, destrezas y recursos cognitivos necesarios para ejecutar la conducta deseada. La falta de capacidad puede ser una barrera crítica e intervenciones educativas combinadas con demostraciones prácticas incrementan significativamente la adopción de conductas saludables.

La **oportunidad** incluye los factores externos que facilitan o limitan la conducta, como el entorno físico, la disponibilidad de recursos y el apoyo social. Se reconoce que incluso las personas altamente motivadas y competentes pueden fracasar si el contexto no les permite actuar. Por ejemplo, la implementación de letrinas portátiles en comunidades rurales y la provisión de estaciones de desinfección son estrategias que crean oportunidades tangibles para que los comportamientos saludables se materialicen. Asimismo, la oportunidad se extiende a las normas sociales y culturales, de modo que las intervenciones respetuosas con las costumbres locales tienen mayor probabilidad de éxito.

Finalmente, la **motivación** engloba los procesos internos que dirigen el comportamiento, conscientes y automáticos, incluyendo creencias sobre riesgos y beneficios, emociones y valores personales. Estrategias basadas en la percepción de riesgo, reforzamiento positivo y testimonio social se han mostrado efectivas para incrementar la motivación y sostener los comportamientos a largo plazo. La motivación se fortalece cuando los individuos palpan resultados positivos, reciben reconocimiento social o

perciben un impacto real en su bienestar o en el de su comunidad.

Tabla 3.8. Componentes del modelo COM-B

Componente	Definición	Estrategias / Ejemplo en salud
Capacidad (C)	Competencias físicas y psicológicas del individuo; conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para ejecutar la conducta.	Enseñar técnicas correctas de lavado de manos, capacitar a líderes comunitarios, proveer información clara sobre higiene nutrición.
Oportunidad (O)	Factores externos que facilitan o limitan la conducta; entorno físico, disponibilidad de recursos y apoyo social.	Proveer letrinas portátiles y estaciones de desinfección, horarios flexibles para vacunación, campañas respetuosas de normas culturales.
Motivación (M)	Procesos internos que dirigen el comportamiento; creencias, valores, emociones y percepción de riesgo.	Comunicación de riesgos y beneficios, testimonios de éxito, refuerzo positivo, observación de resultados tangibles en la comunidad.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo COM-B permite diseñar intervenciones diferenciadas y adaptadas a las características de cada población, integrando estrategias educativas, ambientales y motivacionales. Esta combinación asegura que las acciones no solo se adopten, sino que se mantengan en el tiempo, contribuyendo de manera efectiva a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades.

El modelo COM-B proporciona un marco conceptual que articula de manera coherente los factores internos y externos que determinan el comportamiento humano. Su aplicación en salud pública evidencia que el cambio de conducta no depende de un solo componente, sino de la interacción dinámica entre capacidad, oportunidad y motivación, reforzada por intervenciones estratégicas, contextualmente pertinentes y sostenibles en el tiempo [35].

3.8 Modelo de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC)

El modelo de comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSyC) es un enfoque integral para promover prácticas comunitarias saludables y sostenibles. En él, la comunicación no debe limitarse a la transmisión de información; debe ser un proceso estratégico que facilite la transformación de actitudes, motivaciones, habilidades y entornos sociales, promoviendo la adopción de comportamientos positivos y el abandono de prácticas riesgosas.

La implementación inicia con un diagnóstico profundo de la comunidad, que permita identificar valores, hábitos, creencias, normas culturales y barreras percibidas que afectan la adopción de comportamientos saludables. Se debe segmentar adecuadamente a la audiencia y desarrollar estrategias de comunicación adaptadas a las características locales. La información recabada sirve para seleccionar innovaciones pertinentes, que sean percibidas como ventajosas, culturalmente compatibles, sencillas de aplicar, experimentables y cuyos beneficios puedan ser observados por la comunidad.

Una característica esencial del CCSyC es la identificación y movilización de agentes de cambio dentro de la comunidad, quienes, al asumir roles activos en la promoción de nuevas prácticas, facilitan la confianza y la imitación social, acelerando la adopción de comportamientos por parte de otras personas [37].

El Proceso P, propuesto por la Health Communication Capacity Collaborative [37], constituye la metodología operativa del modelo y se estructura en cinco pasos esenciales (Tabla 3.9):

Tabla 3.9. Etapas del Proceso P

Etapas del Proceso P	Descripción	Propósito principal
1. Planificación basada en evidencia y diagnóstico comunitario	Se analizan las necesidades, recursos, percepciones y barreras de la comunidad, estableciendo objetivos claros y pertinentes.	Fundamentar las acciones comunicativas en datos reales y asegurar su relevancia para la comunidad.
2. Segmentación de la audiencia y determinantes conductuales	Se identifican grupos específicos y sus características culturales, sociales y contextuales, para adaptar los mensajes y estrategias.	Garantizar que la comunicación sea pertinente y efectiva para cada audiencia.
3. Desarrollo de mensajes claros, relevantes y culturalmente sensibles	Los mensajes deben ser comprensibles, convincentes y motivadores, reforzando la percepción de beneficio y la confianza en la capacidad de cambio.	Promover la adopción voluntaria de conductas saludables mediante mensajes significativos.
4. Implementación participativa	Se combinan canales masivos, interpersonales y comunitarios para fomentar la interacción, retroalimentación y visibilidad de resultados.	Asegurar la apropiación social del proceso y fortalecer la participación comunitaria.
5. Monitoreo y evaluación continua	Se observan los cambios conductuales, se identifican barreras persistentes y se ajustan estrategias.	Mejorar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones en el tiempo.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo enfatiza la importancia de la *experimentación* y la *observabilidad*: ofrecer oportunidades para probar las prácticas antes de adoptarlas completamente genera confianza y disposición al cambio. Asimismo, la visibilidad de resultados favorece la motivación social, para la adopción de comportamientos saludables.

Un componente clave del CCSyC es la integración estratégica de canales de comunicación claros, accesibles y adaptados al contexto local. Esto implica emplear demostraciones prácticas, material visual, educación interpersonal y actividades participativas para fortalecer la comprensión, el interés y el compromiso comunitario [37].

Este modelo ofrece un marco estratégico y práctico para guiar la adopción de hábitos saludables, resaltando la planificación participativa, la segmentación de la audiencia, la claridad y relevancia de los mensajes, la participación activa de la comunidad y la evaluación continua de resultados. Su enfoque integral permite diseñar intervenciones culturalmente pertinentes, sostenibles y efectivas.

3.9 Riesgos, actitudes, normas, capacidad y autorregulación (RANAS, por sus siglas en inglés)

El modelo RANAS (por sus siglas en inglés: *Risks, Attitudes, Norms, Abilities and Self-regulation*) es una de las aproximaciones más sólidas y empíricamente fundamentadas para comprender y promover el cambio sistemático del comportamiento, especialmente en la salud pública y la gestión del agua, el saneamiento y la higiene. Reconoce que los comportamientos no emergen espontáneamente, sino que son el resultado de un entramado de procesos psicológicos, sociales y contextuales que moldean las decisiones cotidianas de las personas [38].

El enfoque RANAS ofrece una mirada holística para identificar los determinantes conductuales específicos que influyen en una práctica particular —por ejemplo, lavarse las manos con jabón después de ir al baño o hervir el agua antes de consumirla—, y luego diseñar intervenciones personalizadas que aborden las verdaderas causas del comportamiento [38]. RANAS no se limita a «decirle» a la comunidad qué hacer, sino que procura comprender profundamente cómo las personas piensan, sienten y actúan, respetando sus significados culturales y emocionales.

El modelo tiene cinco categorías interrelacionadas, que representan los principales bloques psicológicos que sustentan cualquier comportamiento humano. La primera es el **riesgo**, que aborda la percepción que las personas tienen sobre la vulnerabilidad ante un daño o problema, así como la gravedad que atribuyen a sus consecuencias (Tabla 3.10). Por ejemplo, en una comunidad rural donde el agua es turbia pero no tiene mal sabor, las personas pueden subestimar el riesgo microbiológico y, por tanto, no hervirla antes

de beberla. Según el modelo RANAS, la intervención adecuada no se basa únicamente en informar que «el agua está contaminada», sino en reforzar la percepción realista del riesgo y las consecuencias de no modificar el comportamiento [38].

La segunda categoría corresponde a la **actitud**, entendida como las evaluaciones emocionales y cognitivas que una persona realiza sobre la conducta en cuestión. Una actitud positiva hacia el lavado de manos puede fortalecer la intención de realizarlo, mientras que una actitud negativa («no tengo tiempo», «es innecesario») puede obstaculizar el cambio. El modelo propone técnicas para reforzar las actitudes favorables y debilitar las negativas, apelando a la razón y a la emoción.

La tercera categoría, las **normas**, representa la presión social percibida para realizar o no una conducta (Tabla 3.10). Las personas no actúan solo por decisión individual; muchas veces lo hacen para mantener su pertenencia al grupo o por el deseo de ser reconocidas por su comunidad. Así, cuando en un barrio los líderes comunitarios promueven activamente el uso de letrinas, la población tiende a imitar esta conducta al percibirla como una norma social deseada. El modelo RANAS sugiere que fortalecer la visibilidad del comportamiento deseado, por ejemplo, mediante ejemplos públicos o testimonios locales incrementa la aceptación y sostenibilidad del cambio [38].

La cuarta categoría es la **capacidad**, que implica que no basta con querer cambiar; es necesario poder hacerlo. Esta dimensión se refiere a las habilidades prácticas y el acceso a los recursos necesarios para ejecutar la conducta. Una persona puede estar convencida de los beneficios de hervir el agua, pero si no dispone de combustible suficiente o no sabe calcular el tiempo adecuado de ebullición, difícilmente podrá mantener la práctica. Por ello, RANAS incluye componentes de capacitación, demostración y apoyo instrumental, orientados a fortalecer la autoeficacia y el sentido de competencia personal.

Finalmente, la quinta categoría, la **autorregulación**, se relaciona con la capacidad individual para monitorear y mantener sus conductas en el tiempo, dimensión que engloba estrategias como el establecimiento de metas, la auto-observación, los recordatorios o los compromisos públicos. Por ejemplo, una madre puede colocar un cartel recordatorio cerca del lavamanos para sus hijos; esto fortalece la autorregulación conductual y consolida el hábito [38].

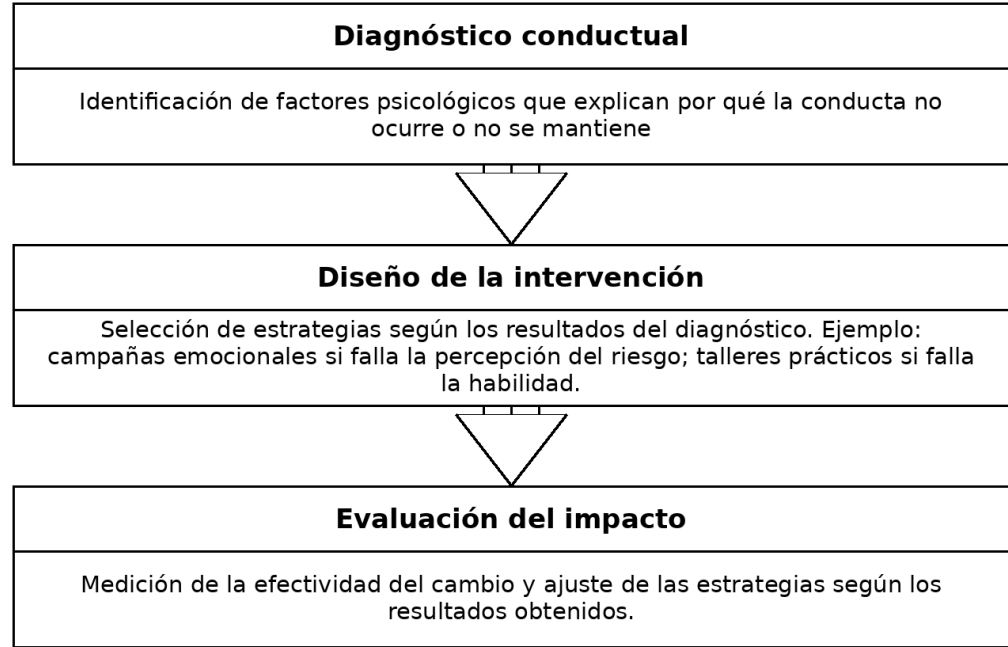
Tabla 3.10. Categorías del modelo RANAS y su aplicación en salud

Categoría	Definición	Ejemplo práctico	Objetivo de intervención según RANAS
Riesgo	Percepción que las personas tienen sobre su vulnerabilidad ante un daño y la gravedad de sus consecuencias.	En una comunidad rural donde el agua es turbia pero no tiene mal sabor, las personas subestiman el riesgo microbiológico y no la hierven.	Reforzar la percepción realista del riesgo y las consecuencias de no modificar la conducta.
Actitud	Evaluaciones emocionales y cognitivas hacia una conducta, que pueden ser favorables o desfavorables.	Asociar el lavado de manos con sentirse limpio y saludable fortalece la intención de realizarlo.	Promover actitudes positivas mediante mensajes racionales y emocionales.
Normas	Influencia social percibida o presión para realizar o no una conducta; deseo de pertenencia o reconocimiento.	En barrios donde los líderes promueven el uso de letrinas, la comunidad tiende a imitar la conducta.	Fortalecer la visibilidad y aceptación social del comportamiento deseado mediante ejemplos y testimonios.
Capacidad	Habilidad práctica y disponibilidad de recursos necesarios para ejecutar la conducta.	Una persona desea hervir el agua, pero no cuenta con suficiente combustible o desconoce el tiempo de ebullición.	Desarrollar habilidades, ofrecer demostraciones y apoyo instrumental que fortalezcan la autoeficacia.
Autorregulación	Capacidad para monitorear y mantener una conducta en el tiempo mediante estrategias de control personal.	Colocar un cartel junto al lavamanos para recordar el lavado de manos a los niños.	Fomentar metas, recordatorios y compromisos públicos para sostener la conducta en el largo plazo.

Fuente: Elaboración propia.

El enfoque RANAS operacionaliza en un proceso metodológico estructurado categorías, en tres etapas principales (Figura 3.2): el **diagnóstico conductual**, donde se identifican los factores psicológicos que explican por qué un comportamiento no ocurre o no se mantiene; el **diseño de la intervención**, en el que se seleccionan las estrategias más adecuadas según los resultados del diagnóstico; y la **evaluación del impacto**, que permite medir la efectividad del cambio y ajustar las acciones según los resultados obtenidos [38].

Figura 3.2. Etapas del modelo RANAS



Fuente: Elaboración propia.

El modelo RANAS traduce la teoría en acción, partiendo del principio de que la psicología del cambio de comportamiento puede medirse, adaptarse y evaluarse. Este modelo representa un puente entre la ciencia y la vida cotidiana. Su valor no radica únicamente en describir los factores que explican la conducta, sino en devolverle al individuo su papel de protagonista en el proceso de cambio.

Al integrar la percepción del riesgo, las emociones, las normas sociales, las capacidades personales y la autorregulación, este modelo reconoce que el comportamiento humano es una expresión compleja de la interacción entre la mente, el entorno y la cultura. En consecuencia, toda estrategia de comunicación y educación para la salud debe inspirarse en esa misma visión integradora: no imponer conductas, sino acompañar conscientemente el proceso de transformación individual y colectiva [38].

3.10 Marco del cambio de comportamiento aplicado (CCA)

El comportamiento humano es un fenómeno complejo que no puede ser comprendido únicamente a partir de la información disponible o del conocimiento que poseen las personas sobre su propia salud. Como señaló Suárez [39]: «las personas saben lo que deben hacer para mantenerse sanas, pero no siempre practican lo que saben».

Este hecho ha sido una constante en la práctica de la salud pública: fumadores que continúan consumiendo tabaco a pesar de conocer los riesgos, madres que no vacunan a sus hijos, o adolescentes que consumen drogas ilícitas aun siendo conscientes de sus efectos nocivos. Así, los planificadores de programas de salud se ven obligados a ir más allá de las estrategias convencionales centradas exclusivamente en la transmisión de información y a incorporar enfoques que consideren los diversos factores que determinan el comportamiento de los individuos [40].

La prevención de la infección por el VIH y el SIDA es un desafío paradigmático para el campo de la salud pública, ya que requiere abordar comportamientos profundamente íntimos y complejos. El proyecto AIDSCOM, iniciado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) en 1987, desarrolló el Marco del Cambio de Comportamiento Aplicado (CCA, por sus siglas en inglés), que fue diseñado para organizar y coordinar estrategias de comunicación y de cambio conductual orientadas a la prevención de la infección por VIH en países en desarrollo [40].

El CCA surgió de la constatación de que las campañas basadas únicamente en el conocimiento alcanzaban un límite de efectividad. Inicialmente, AIDSCOM implementó métodos de comunicación tradicionales para informar a las personas sobre la infección por VIH y el SIDA. Sin embargo, se evidenció que las creencias preexistentes, los estigmas sociales y los mitos culturales dificultaban la comprensión de la información proporcionada y, aún más, obstaculizaban la modificación de los comportamientos riesgosos. Por ello, AIDSCOM adoptó un enfoque más completo, para desarrollar intervenciones efectivas y culturalmente pertinentes [40].

El CCA tiene tres componentes principales: (a) la constelación del comportamiento, (b) el núcleo del mercadeo social y (c) el ciclo de planificación de programas, cuya convergencia se centra en la audiencia destinataria como elemento fundamental para guiar y articular los tres componentes [40].

La **constelación del comportamiento** analiza los factores internos y externos que influyen en la conducta de la población objetivo (Tabla 3.11). Los factores internos incluyen conocimientos, actitudes, percepciones de riesgo, autoeficacia, intenciones y comportamientos complementarios; los factores externos consideran aspectos demográficos, epidemiológicos, de acceso a servicios, normativos, políticos y culturales [40]. Comprender estos factores permite a los administradores de programas identificar determinantes críticos del comportamiento y diseñar intervenciones dirigidas y eficaces.

El **núcleo del mercadeo social** es un componente que permite a los planificadores diseñar estrategias centradas en un intercambio de valor con el público destinatario (Tabla 3.11). Se fundamenta en cuatro elementos: producto, precio, lugar y promoción. El **producto** hace referencia a los servicios, mensajes o comportamientos promovidos; el **precio** incluye los costos o barreras percibidos para adoptar el comportamiento; el lugar se refiere al acceso de la población a los productos o servicios; y la **promoción** comprende los esfuerzos de comunicación persuasiva para influir en la adopción del comportamiento [40]. Las intervenciones no solo deben brindar información, sino que también facilitar la acción, reducir obstáculos y aumentar la motivación de la población para el cambio.

El **ciclo de planificación de programas**, en donde el CCA incorpora un ciclo secuencial y cíclico de evaluación, planificación, prueba previa y ejecución. La **fase de evaluación** implica los comportamientos actuales de la audiencia, los factores internos y externos relevantes y los canales disponibles para la entrega de mensajes o servicios. La **planificación** comprende diseñar intervenciones estratégicas basadas en esta información, mientras que la **prueba previa** permite validar la pertinencia y efectividad de los productos o materiales antes de su implementación. Finalmente, la **fase de ejecución** debe ser sistemática, con seguimiento y monitoreo que retroalimenten la evaluación inicial y garanticen la adaptación continua a las necesidades de la audiencia [40].

La audiencia y su comportamiento constituyen el eje central del CCA. La interacción de los tres componentes con la población destinataria permite a los planificadores integrar teoría y práctica, facilitando intervenciones multifacéticas que consideren tanto determinantes internos como externos, y que promuevan el cambio de comportamiento de manera sostenida. Este enfoque integral y flexible ha sido crucial para la prevención de la infección por VIH, evidenciando que la información y la educación, por sí solas, rara vez generan cambios duraderos; más bien, es la comprensión profunda de los determinantes del comportamiento y la aplicación de estrategias adaptadas a la realidad del público lo que garantiza resultados efectivos [40].

Tabla 3.11. Resumen del modelo CCA

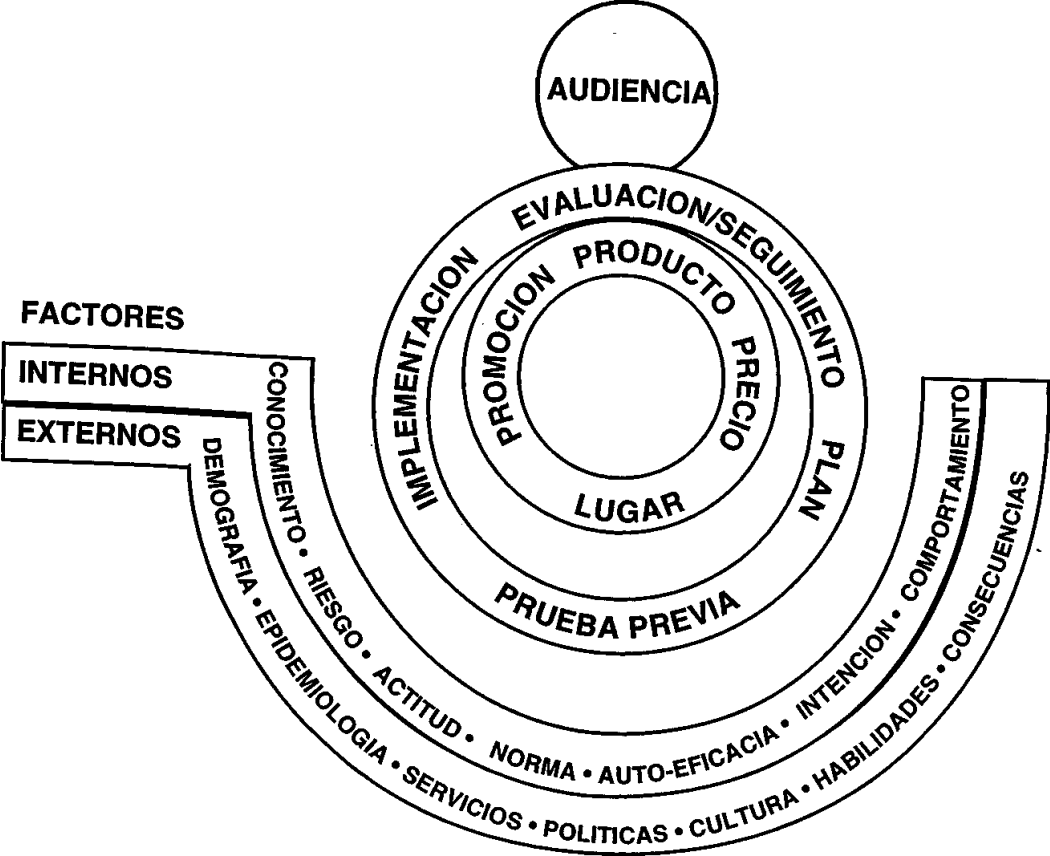
Componente	Descripción general	Elementos o fases clave	Ejemplo / Aplicación
Constelación del comportamiento	Analiza los factores internos y externos que influyen en la conducta de la población objetivo. Permite identificar determinantes críticos del comportamiento.	Factores internos: conocimientos, actitudes, percepciones de riesgo, autoeficacia, intenciones y comportamientos complementarios. Factores externos: demofiguras, epidemiológicos, normativos, políticos, culturales y de acceso a servicios.	En África, AIDSCOM encontró que conocer el periodo entre la infección por VIH y la aparición del SIDA motivaba prácticas sexuales más seguras, pero las normas sociales podían inhibir el uso del preservativo
Núcleo del mercadeo social	Permite diseñar estrategias basadas en el intercambio de valor con la audiencia destinataria. Asegura que las intervenciones sean prácticas, motivadoras y reduzcan barreras.	Se basa en los 4P : Producto: servicios, mensajes o comportamientos promovidos. Precio: costos o barreras percibidas. Plaza o Lugar: accesibilidad a productos o servicios. Promoción: comunicación persuasiva para influir en la adopción del comportamiento.	Las estrategias se centran no solo en informar, sino en facilitar la acción, disminuir obstáculos y aumentar la motivación.
Ciclo de planificación de programas	Incorpora un proceso cíclico y secuencial de análisis, diseño, prueba y ejecución para garantizar intervenciones efectivas y adaptadas.	Evaluación: comprender comportamientos y determinantes. Planificación: diseño estratégico de intervenciones. Prueba previa: validación de materiales y mensajes. Ejecución: implementación, monitoreo y retroalimentación continua.	Permite adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes de la audiencia mediante evaluación constante.
Audiencia destinataria (eje central)	Es el núcleo donde convergen los tres componentes. Su comportamiento guía la planificación y articulación del CCA.	La comprensión profunda de los determinantes internos y externos orienta la creación de estrategias sostenibles.	

Fuente: Elaboración propia.

El Marco del CCA constituye una herramienta estratégica que combina teoría, investigación y práctica para diseñar intervenciones de salud pública efectivas. Su carácter integral combina la experiencia empírica y los conocimientos de las ciencias sociales; su practicidad, en la selección focalizada de factores críticos de intervención; y su flexibilidad, en la capacidad de adaptar las estrategias a distintos contextos, poblaciones y comportamientos específicos. El CCA es un referente indispensable en la planificación de programas de cambio de comportamiento, especialmente en contextos de alta complejidad

social y cultural, como la prevención de la infección por VIH/SIDA.

Figura 3.3. Componentes del marco del cambio de comportamiento aplicado CCA



Fuente: Proyecto AIDSCOM [40].

CAPÍTULO 4

ELEMENTOS TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN DE MENSAJES QUE PROMUEVEN SALUD

4.1 Enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural

El enfoque de derechos humanos, incorporado en los procesos de comunicación y educación para la salud, es un marco ético y político que reconoce a las personas como sujetos activos de derechos y no como receptores pasivos de servicios o mensajes. Toda acción comunicativa en salud debe promover la dignidad, la autonomía y la participación, asegurando la igualdad sustantiva y el respeto a la diversidad cultural, étnica y de género [41].

Integrar la perspectiva de género en estos enfoques implica visibilizar las desigualdades estructurales que históricamente han condicionado el acceso a los recursos, la información y los servicios de salud. Las experiencias, los riesgos y las necesidades de salud de las mujeres, los hombres y las personas de género diverso no son homogéneos; las relaciones de poder influyen tanto en la elaboración de los mensajes como en su interpretación social [42]. Por ello, la comunicación con perspectiva de género busca transformar las percepciones, promover la responsabilidad compartida y garantizar la participación equitativa en la toma de decisiones sobre la propia salud. La igualdad de género y los derechos humanos son principios transversales que deben guiar la planificación, ejecución y evaluación de toda política o programa social [43]. Por ello, la comunicación en salud con enfoque de derechos debe propiciar entornos inclusivos, libres de discriminación, para fortalecer la conciencia de ciudadanía y corresponsabilidad colectiva.

Por otro lado, se amplía el horizonte intercultural de los derechos humanos al reconocer la legitimidad de distintos sistemas de conocimiento, prácticas médicas y concepciones de bienestar. La salud trasciende el concepto biomédico para comprenderse como un fenómeno relacional, espiritual y comunitario, que se expresa diversamente según los pueblos y culturas [44]. Incorporar la interculturalidad en la comunicación para la salud implica, por tanto, escuchar, dialogar y construir mensajes con las comunidades, respetando sus lenguas, símbolos y formas de organización social.

La integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos permite trascender la visión asistencialista del desarrollo, generando procesos basados en la equidad, la participación y la justicia social. Este triple enfoque exige, en la práctica, la conformación de equipos multidisciplinarios que incluyan a líderes comunitarios y especialistas en género e interculturalidad desde la fase de diseño de las campañas.

Este triple enfoque favorece que los programas y campañas de salud respondan a las realidades locales y fortalezcan las capacidades comunitarias para la defensa del derecho a la vida y al bienestar. Toda estrategia comunicacional debe partir del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, adaptando los mensajes a las particularidades culturales y de género del público objetivo. El reto no es únicamente informar, sino transformar percepciones, actitudes y prácticas desde un proceso dialógico.

Desde el ámbito educativo, Fargas y Felipe [45] señalan la necesidad de introducir el enfoque de derechos humanos y género en los currículos y materiales pedagógicos, favoreciendo la reflexión crítica sobre los roles y estereotipos que condicionan el ejercicio del derecho a la salud.

A su vez, incorporar la perspectiva de género en organizaciones sociales y sanitarias requiere procesos sostenidos de capacitación, acompañamiento y evaluación institucional. Ello implica modificar los mensajes y las estructuras y relaciones internas, de modo que la igualdad se viva como práctica cotidiana y no como discurso formal.

En el Ecuador el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social [46] propone estándares e indicadores para evaluar la incorporación efectiva de la equidad de género y la interculturalidad en las políticas públicas. Dichos instrumentos permiten orientar la planificación comunicacional hacia objetivos medibles, garantizando que los mensajes promuevan derechos. También el Consejo Nacional para la Igualdad de Género [47] plantea metodologías participativas para la formulación de políticas con enfoque de género, las cuales pueden adaptarse al diseño de estrategias de comunicación y educación para la salud.

La OPS [18] ha reconocido que la respuesta a crisis como la pandemia de COVID-19 evidenció la necesidad de fortalecer los mecanismos de participación, acceso equitativo y comunicación culturalmente pertinente. La promoción de la salud, como un derecho humano, solo puede sostenerse mediante procesos comunicativos que reduzcan brechas, empoderen comunidades y garanticen el acceso a información veraz y contextualizada.

Finalmente, la integración del enfoque de derechos humanos con perspectiva

de género e intercultural no se limita a un requisito normativo; representa un cambio epistemológico y ético. Significa reconocer que toda acción comunicativa es también un acto político que puede reproducir o transformar las desigualdades. La construcción de mensajes que promueven salud exige, por tanto, sensibilidad, respeto y compromiso con la diversidad humana. Solo así la comunicación se convierte en un verdadero instrumento de justicia social y emancipación, capaz de tejer vínculos entre la salud, la equidad y la dignidad de todas las personas.

4.2 Comunicación asertiva, comunicación no violenta y empática

Desde la comunicación para la salud, la interacción humana adquiere una dimensión ética y pedagógica esencial. La manera en que se transmiten los mensajes no solo condiciona su percepción, sino que modela las relaciones, influye en los comportamientos y determina la efectividad de las estrategias de promoción y prevención. Por ello, la comunicación asertiva, la comunicación no violenta y la comunicación empática constituyen pilares técnicos y actitudinales para el diseño de mensajes que promuevan bienestar y cambio positivo.

La comunicación asertiva implica expresar ideas, emociones y necesidades de manera clara, directa y respetuosa, sin agresividad ni pasividad. En los contextos educativos y sanitarios, esta competencia favorece el diálogo horizontal, fortalece la autoconfianza y promueve un clima de respeto mutuo, indispensable para el aprendizaje y la cooperación. Desde lo técnico, la asertividad se traduce en mensajes con lenguaje inclusivo, tono respetuoso y resolución constructiva de conflictos, elementos que refuerzan la credibilidad institucional y la ética profesional del comunicador en salud.

Por su parte, la comunicación no violenta (CNV) desarrollada por Rosenberg [48] representa una metodología de interacción centrada en la empatía y en la comprensión de las necesidades humanas. Para la CNV, toda acción busca satisfacer una necesidad, y al reconocerla —tanto en uno mismo como en el otro— es posible construir acuerdos desde el respeto y la compasión. La CNV trasciende el plano interpersonal para convertirse en una herramienta institucional y social de transformación, especialmente en ámbitos educativos, terapéuticos y comunitarios. Aplicada a la promoción de la salud, la CNV permite generar mensajes que invitan al diálogo, a la reflexión y a la autorresponsabilidad, contribuyendo a disminuir resistencias y a fortalecer el vínculo comunicativo. La pertinencia de la CNV en la formación de habilidades blandas, propicia

espacios donde la escucha activa y la expresión emocional se integran transversalmente. La comunicación empática se configura como el eje que conecta la asertividad y la no violencia: si la primera prioriza la claridad y el respeto, la segunda se centra en la comprensión profunda del otro. La empatía, entendida como la capacidad de reconocer y resonar con las emociones ajenas, es un componente esencial para humanizar la práctica comunicativa en la salud y la educación.

Pérez [49] demuestra que el desarrollo de la empatía y la comunicación asertiva impacta positivamente en la convivencia, el cumplimiento de normas y la adquisición de habilidades para la vida. En la educación para la salud, estas capacidades fortalecen los procesos de participación comunitaria, facilitan la aceptación de mensajes preventivos y promueven comportamientos saludables sostenibles. Es comunicar con conciencia, desde una postura ética y humanista que reconozca la dignidad y la diversidad cultural de los interlocutores. La articulación entre comunicación asertiva, no violenta y empática configura una estrategia integral para la elaboración de mensajes en salud. Su aplicación permite diseñar intervenciones comunicativas que no imponen, sino que acompañan; que no persuaden desde el miedo, sino que inspiran desde la comprensión y el reconocimiento mutuo. Esta perspectiva, coherente con el enfoque de derechos y de interculturalidad, constituye un elemento técnico indispensable para la construcción de entornos comunicativos que fomenten la salud como un proceso colectivo, participativo y transformador.

4.3 Lenguaje inclusivo y con perspectiva de género

El lenguaje es mucho más que un medio de transmisión de ideas; es una forma de construir el mundo. En sus estructuras, silencios y metáforas habitan las jerarquías, las memorias colectivas y los valores que configuran las relaciones sociales. Hablar de lenguaje inclusivo y con perspectiva de género no es una cuestión meramente gramatical, sino una apuesta ética y política por la equidad, el reconocimiento y la justicia simbólica. Desde la comunicación para la salud, cada palabra puede abrir o cerrar la posibilidad de que una persona se sienta vista, respetada y comprendida.

El lenguaje inclusivo y no sexista se entiende hoy como un instrumento que busca visibilizar a quienes han sido excluidos. Es una transformación profunda en la manera de nombrar, y por tanto, de pensar y de relacionarnos. El lenguaje, como dispositivo de poder, ha servido por siglos para perpetuar estructuras patriarcales que normalizan la

desigualdad. Reconfigurarlo implica desmontar esos cimientos simbólicos y reconstruir narrativas que abracen la diversidad humana.

Albert Muñoz en su Guía para un uso no sexista de la lengua [50], propone estrategias discursivas que privilegian la claridad, la precisión y la no discriminación, sin caer en exageraciones formales. Un lenguaje verdaderamente inclusivo debe promover formas comunicativas que reflejen la equidad y la diversidad sin generar resistencias innecesarias. El cambio lingüístico solo se consolida acompañado por procesos educativos y culturales que transforman la conciencia social. La Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres enfatiza que el lenguaje inclusivo debe comprenderse como una herramienta que promueva el respeto y la igualdad sustantiva entre todas las personas, en sus múltiples formas de identidad y expresión de género.

Reducir el lenguaje inclusivo al uso de la letra «e» o a duplicaciones como «los y las» sería simplificar su sentido más profundo. El verdadero desafío está en transformar los imaginarios que sostienen la comunicación: desmontar estereotipos, superar la representación androcéntrica del sujeto universal y reconocer la pluralidad de experiencias sociales. Las prácticas lingüísticas solo adquieren sentido cuando se sustentan en una ética del reconocimiento, es decir, cuando se habla para incluir y no solo para corregir. Hablar con inclusión no es añadir artificios lingüísticos, sino revisar críticamente las estructuras discursivas para que reflejen la complejidad humana sin sesgos ni exclusiones [51].

El lenguaje es un medio poderoso para promover la igualdad de género y el respeto por la diversidad. La comunicación no solo informa: también forma, sensibiliza y transforma. En el ámbito de la salud, esto se traduce en una mejora tangible de la relación entre los sistemas sanitarios y la ciudadanía.

Incorporar la perspectiva de género en la comunicación requiere considerar las condiciones históricas que han configurado la desigualdad entre hombres y mujeres, así como entre personas con diversas identidades de género. Esto implica reconocer que las palabras no son neutras: están impregnadas de las ideologías y estructuras de poder que las producen. Revisar nuestro lenguaje es, por tanto, revisar el modo en que entendemos y reproducimos el mundo. Y en el terreno de la salud, donde los mensajes buscan cambiar comportamientos y promover bienestar, esta revisión se vuelve una responsabilidad ética ineludible.

La Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) y la Organización de los

Estados Americanos (OEA) coinciden en que el uso del lenguaje inclusivo debe transversalizarse en todos los ámbitos institucionales; debe impregnar la cultura organizacional, la comunicación interna, los protocolos, los informes y los discursos públicos. Esta coherencia comunicacional genera una imagen institucional más ética, responsable y alineada con los principios de equidad de género, interculturalidad y derechos humanos.

En el caso de los mensajes para la promoción de la salud, el lenguaje inclusivo cumple un papel determinante. Los sistemas de salud enfrentan el reto de comunicarse con audiencias heterogéneas. Aquí las palabras pueden actuar como puentes o como barreras. Utilizar expresiones inclusivas, cuidadosas y respetuosas permite que las personas se sientan representadas y comprendidas, evitando sentimientos de exclusión que podrían afectar la recepción de los mensajes. La confianza, elemento central en la comunicación sanitaria, se construye también a través del lenguaje.

En el campo de la salud, el acto comunicativo puede tener consecuencias reales sobre el bienestar físico y emocional de las personas. Un mensaje que excluye, invisibiliza o estigmatiza puede desmotivar la participación o generar resistencia al cambio; en cambio, uno que reconoce la dignidad y la diversidad humana potencia la empatía y la cooperación social. En última instancia, el lenguaje inclusivo no solo describe la realidad que queremos construir: la hace posible.

La comunicación con perspectiva de género implica también revisar los recursos visuales, los símbolos y las narrativas que acompañan los mensajes. Las imágenes y las palabras, transmiten significados y valores. El lenguaje inclusivo debe entenderse como una estrategia integral que abarca tanto la palabra escrita como la imagen, el tono, la selección de ejemplos y la organización de los contenidos. El reto más profundo no está en la norma sino en la conciencia. Hablar con perspectiva de género exige sensibilidad, reflexión y compromiso ético. Es cuestionar cómo fuimos socializados, reconocer los sesgos que habitan nuestro lenguaje y atrevernos a transformarlos. Esto incluye asegurar una diversidad real en las imágenes utilizadas —en cuanto a cuerpo, etnia, edad y roles—, evitando perpetuar sesgos visuales que contradicen el mensaje de inclusión promovido en el texto. Esta tarea es intelectual y afectiva: supone desaprender para volver a nombrar desde la empatía y el respeto.

Así, el lenguaje inclusivo se configura como una dimensión esencial de la comunicación para la salud, no solo porque favorece la equidad, sino porque humaniza el discurso institucional. En un mundo cada vez más consciente de la diversidad y la

interdependencia, cuidar la manera en que hablamos es una forma de cuidar la vida misma. Cada palabra justa, cada silencio respetuoso y cada gesto comunicativo consciente contribuyen a construir una sociedad más saludable, equitativa y plural.

4.4 Formatos, medios y tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para promover salud: ventajas y desventajas

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se han convertido en mediadoras esenciales de los procesos de interacción social contemporánea y, por ende, de cómo comprendemos, compartimos y transformamos los discursos relacionados con la salud. La educación y la promoción de la salud han experimentado una transición del modelo tradicional, centrado en la transmisión unidireccional del conocimiento, hacia una comunicación dialógica y participativa que se articula mediante herramientas digitales, redes sociales, plataformas interactivas y entornos virtuales. Las TIC no son únicamente instrumentos técnicos, sino entornos simbólicos donde se configuran nuevos lenguajes, sensibilidades y modos de relación entre los actores del ámbito sanitario y la comunidad.

El valor de las TIC en el campo de la salud reside en su capacidad para facilitar la difusión del conocimiento, fortalecer la educación continua y democratizar el acceso a la información, trascendiendo las barreras de tiempo y espacio. Tanto en la formación de profesionales sanitarios como en la educación comunitaria, las tecnologías digitales permiten crear experiencias interactivas y recursos didácticos adaptados a los distintos estilos cognitivos de las personas. Esta flexibilidad fomenta la autonomía y la autorregulación, fundamentales en la educación para la salud, donde el aprendizaje no se limita a la recepción de datos, sino que se orienta a la construcción de conciencia, responsabilidad y cambio conductual.

Las TIC se expresan en múltiples formatos y medios prácticos: infografías, videos educativos, podcasts, aplicaciones móviles, simuladores virtuales, plataformas de telemedicina y redes sociales institucionales. Cada uno de estos formatos posee un potencial pedagógico distinto, condicionado por su intencionalidad comunicativa, el perfil de la audiencia y el contexto cultural de recepción. La clave no está en la tecnología en sí, sino en la calidad del mensaje, la pertinencia cultural y la ética comunicativa que sustenta su uso. Las TIC deben entenderse como espacios psicosociales donde confluyen la comunicación, la educación y la salud, generando nuevas formas de interacción y

de construcción de significado colectivo; no solo transmiten información, sino que también configuran modos de pensar, sentir y actuar frente al bienestar, influyendo en la percepción del riesgo y en los hábitos de autocuidado.

No obstante, como advierten Regaira y Vázquez (2020), el uso de las TIC en campos como la enfermería y en los procesos de promoción de la salud también plantea importantes desafíos. El primero es la brecha digital: la desigualdad en el acceso a dispositivos, conectividad y alfabetización tecnológica puede reproducir exclusiones preexistentes, especialmente en comunidades rurales o con menor nivel educativo. Además, la sobreabundancia de información —el fenómeno conocido como *infoxicación*— genera un entorno de saturación que dificulta discernir entre contenidos veraces y falsos. Junto a la brecha de acceso, existe una brecha de alfabetización digital crítica. No basta con tener conectividad; es esencial desarrollar habilidades en la población para discernir entre información veraz y desinformación, así como para proteger su privacidad y bienestar mental en entornos digitales saturados [52].

En la salud, esto puede tener consecuencias graves, como la propagación de desinformación, mitos o prácticas inadecuadas que afectan directamente la toma de decisiones individuales y colectivas. Otro riesgo asociado al uso indiscriminado de las TIC es la deshumanización de la comunicación sanitaria. La mediación tecnológica puede erosionar el vínculo empático entre los profesionales de la salud y las personas usuarias. La tecnología debe entenderse como un medio y no como un fin: su función es ampliar las posibilidades de encuentro y comprensión, no sustituir el contacto humano.

Sin embargo, los beneficios potenciales de las TIC en la promoción de la salud son incuestionables. Estas herramientas permiten fortalecer la comunicación bidireccional, visibilizar campañas de prevención, dinamizar la participación ciudadana y construir redes colaborativas entre instituciones, profesionales y comunidades. En escenarios como la pandemia de COVID-19 demostraron su capacidad para sostener la continuidad de la educación, la asistencia remota y la circulación de información vital. La digitalización de la comunicación en salud no debe verse como una amenaza, sino como una oportunidad para innovar en los modos de educar y acompañar.

Desde un enfoque crítico y humanista, el desafío consiste en integrar las TIC dentro de una pedagogía de la salud que combine eficiencia tecnológica y sensibilidad social, para formar comunicadores y profesionales capaces de diseñar mensajes accesibles, culturalmente pertinentes y emocionalmente respetuosos, aprovechando la interactividad

y la inmediatez de los entornos digitales sin renunciar a la profundidad reflexiva. Aquí, el rol de la ética comunicacional es insustituible: garantizar la privacidad de los datos, la transparencia de la información y la equidad en el acceso constituye la base de una práctica comunicativa justa y humanizada.

Las TIC son aliadas estratégicas en la promoción de la salud siempre que se utilicen con criterio, sensibilidad y responsabilidad. Su incorporación debe estar guiada por principios de equidad, inclusión y respeto a la diversidad cultural y humana. Así, los formatos digitales y los nuevos medios se convierten en verdaderos espacios de encuentro, aprendizaje y transformación social al servicio de la vida y del bienestar colectivo.

4.5 Recomendaciones para la estructuración y redacción de contenidos

La redacción de mensajes para la promoción de la salud exige, más que dominio técnico del lenguaje, sensibilidad comunicativa, claridad ética y una comprensión profunda del contexto sociocultural de los destinatarios. Escribir implica traducir un pensamiento complejo a una estructura textual comprensible, sin perder rigurosidad ni sentido humano. Las palabras orientan comportamientos, despiertan actitudes y, en muchos casos, inciden en la vida y el bienestar de las personas.

Desde esta perspectiva, la estructuración de los contenidos debe responder a una lógica pedagógica que articule tres momentos esenciales: planificar, escribir y revisar. Flower et al [53] sostienen que escribir es un proceso de construcción progresiva, en el que la planificación es el punto de partida para clarificar objetivos, identificar a los públicos y definir los enfoques discursivos más adecuados. En la promoción de la salud, ello significa reconocer las necesidades reales de la comunidad, las barreras culturales y lingüísticas, y las formas en que los mensajes pueden generar identificación y confianza.

La claridad, la coherencia y la cohesión son, por tanto, principios básicos en la elaboración textual. En el ámbito de la comunicación en salud, la claridad no se opone a la precisión científica; por el contrario, la complementa al traducir términos especializados en expresiones accesibles, sin distorsionar su significado.

El Centro de Escritura de la Universidad del Cauca [54] propone estrategias que resultan particularmente útiles en la elaboración de materiales educativos y comunicacionales: definir con nitidez el propósito comunicativo, construir párrafos que desarrollen una idea principal, mantener una secuencia lógica y emplear conectores que guíen la

lectura (Tabla 4.1). Estas orientaciones, si bien son aplicables a la escritura académica en general, adquieren un matiz ético cuando se trasladan al campo de la promoción de la salud: cada palabra elegida tiene el poder de incluir o excluir, de motivar o desanimar, de acompañar o juzgar.

Tabla 4.1. Estrategias para elaborar materiales educativos y comunicacionales

Estrategia	Descripción	Propósito principal	Ejemplo de aplicación
Definir con nitidez el propósito comunicativo	Establecer desde el inicio qué se desea lograr con el mensaje (informar, sensibilizar, enseñar, motivar, etc.).	Orientar la redacción y seleccionar los recursos más adecuados para el público meta.	Antes de escribir un texto sobre salud, determinar si el objetivo es educar o prevenir , para ajustar el tono y el enfoque.
Construir párrafos con una idea principal	Cada párrafo debe desarrollar una sola idea central, complementada con ejemplos, datos o argumentos.	Favorecer la comprensión y la coherencia del texto.	Un párrafo que expone los beneficios de la vacunación no debe mezclar temas como la higiene o la alimentación.
Mantener una secuencia lógica	Organizar las ideas de manera progresiva y coherente, siguiendo un orden temporal, causal o jerárquico.	Facilitar la comprensión global del mensaje.	En un folleto educativo, presentar primero el problema, luego las causas y finalmente las soluciones.
Emplear conectores que guíen la lectura	Usar conectores lógicos y discursivos que indiquen relaciones entre ideas (causa, contraste, consecuencia, etc.).	Mejorar la fluidez y cohesión del texto.	Utilizar expresiones como <i>por lo tanto</i> , <i>sin embargo</i> , <i>además</i> , <i>en consecuencia</i> , <i>de este modo</i> .

Fuente: Elaboración propia.

Aunque el discurso de la promoción de la salud no siempre adopta el formato de un artículo científico, comparte con este la necesidad de fundamentar sus afirmaciones en evidencia y de mantener la transparencia en el manejo de la información. Así, la escritura se convierte en un puente entre el conocimiento técnico y la acción social, entre la ciencia y la comunidad.

La coherencia discursiva depende tanto de la estructura textual como del tono. La elección del registro, sea formal, técnico, divulgativo o emotivo, debe responder al contexto comunicativo y al perfil del público. En materiales destinados a la educación y promoción de la salud, se recomienda un lenguaje claro, amable y no paternalista, que reconozca la autonomía de las personas y fomente su participación informada. Un mensaje efectivo no impone: invita, dialoga y empodera.

Todo texto en el ámbito sanitario debe ser revisado con mirada crítica y sensibilidad ética. La revisión no se limita a la corrección ortográfica o gramatical; implica examinar la pertinencia del contenido, la adecuación cultural y la coherencia con los valores

institucionales y humanos que se desean transmitir.

Finalmente, redactar contenidos para promover la salud implica conjugar precisión técnica, claridad lingüística y empatía social. Supone asumir la escritura como una práctica dialógica, donde el conocimiento se humaniza a través del mensaje. La calidad del texto, entonces, no se mide únicamente por su corrección formal, sino por su capacidad de generar vínculos significativos y transformar realidades.

4.6 Audiencia, beneficio y comportamiento en salud: el ABC de la comunicación

En el ámbito de la comunicación para la promoción de la salud, la claridad conceptual es un requisito esencial. Todo proceso comunicativo implica un acto intencionado que busca transformar percepciones, actitudes o comportamientos en función de un bienestar colectivo. El modelo ABC de la comunicación, propuesto por organismos de salud pública y retomado en el *Manual de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud* [30] ofrece una estructura sencilla y profundamente estratégica: Audiencia, Beneficio y Comportamiento (Tabla 4.2). Estos tres elementos configuran el núcleo operativo de toda acción comunicacional orientada al cambio social y sanitario.

La **audiencia** representa mucho más que un grupo receptor: es un grupo *perceptor*. Comprender a la audiencia implica un ejercicio que integra aspectos psicológicos, socioculturales y éticos. La comunicación en salud debe concebirse como un proceso dialógico donde las personas son participantes activos, no receptores pasivos. La identificación de la audiencia implica reconocer sus prácticas, creencias, necesidades y barreras, permitiendo así diseñar mensajes que dialoguen con su realidad y no que la ignoren.

El segundo componente, el **beneficio**, apela a la dimensión motivacional del cambio de comportamiento. El beneficio no se limita a la promesa de salud o bienestar, sino que encarna la percepción de valor que la persona otorga al acto de modificar su conducta. La comunicación en salud debe centrarse en los significados que las personas atribuyen a su salud y enfermedad, construyendo narrativas donde los beneficios sean tangibles, pertinentes y emocionalmente resonantes. El beneficio, entonces, no se impone: se construye mediante una relación empática y confiable.

Finalmente, el **comportamiento** constituye el resultado observable del proceso comunicativo, pero también el reflejo de múltiples factores interrelacionados: cognitivos,

sociales y estructurales. El modelo de comunicación persuasiva de William McGuire, citado en el texto base del MSP [30], ofrece una secuencia de etapas que explican cómo un individuo pasa de la exposición al mensaje hasta la adopción sostenida del comportamiento deseado. Dichas etapas —desde la atención, comprensión e interés, hasta la rememoración, decisión y refuerzo— revelan la naturaleza procesual de la persuasión y la importancia de mantener la coherencia del mensaje a lo largo del tiempo. La comunicación efectiva en salud no busca solo provocar una acción inmediata, sino consolidar una práctica sostenida que se integre en la vida cotidiana de las personas.

Tabla 4.2. Resumen del modelo ABC de la comunicación para la promoción de salud

Elemento del modelo	Descripción conceptual	Aspectos importantes
A - Audiencia	Representa el punto de partida de todo proceso comunicativo. No es un receptor pasivo, sino un sujeto perceptor, con identidad cultural, emocional y cognitiva propia. Comprenderla implica reconocer sus prácticas, creencias y necesidades para establecer un diálogo genuino.	-Identificación de características socioculturales, psicológicas y éticas. -Escucha activa y análisis participativo. -Adaptación del mensaje al contexto local y simbólico. -Participación comunitaria en la construcción del mensaje.
B - Beneficio	Constituye el motor motivacional del cambio de conducta. Se refiere al valor o sentido que la persona atribuye a modificar su comportamiento. El beneficio no se impone: se construye empáticamente mediante mensajes que conecten con emociones, aspiraciones y experiencias.	-Enfatizar beneficios tangibles y emocionalmente relevantes. -Basar el mensaje en significados que las personas otorgan a su salud. -Fomentar confianza y cercanía comunicativa. -Traducir la información técnica en relatos comprensibles y esperanzadores.
C - Comportamiento	Representa el resultado observable del proceso comunicativo y la evidencia del cambio logrado. No se limita a una acción inmediata, sino a una práctica sostenida influida por factores cognitivos, sociales y estructurales.	-Mantener coherencia entre mensaje, canal y credibilidad de la fuente. -Acompañar las etapas de persuasión (atención, comprensión, decisión, refuerzo). -Evaluar el impacto y sostenibilidad del comportamiento adoptado. -Integrar el cambio en la vida cotidiana de las personas.
Integración con la comunicación persuasiva	El modelo ABC se articula con los cinco componentes esenciales de la comunicación persuasiva: credibilidad de la fuente, diseño del mensaje, canal, definición de la audiencia y conducta esperada. Cada uno actúa de forma interdependiente.	-Un mensaje correcto pierde fuerza si carece de legitimidad o empatía. -La coherencia discursiva y la ética son condiciones esenciales. -La comunicación debe verse como un acto de responsabilidad social.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo ABC se articula con los cinco componentes esenciales de la comunicación persuasiva: la credibilidad de la fuente, el diseño del mensaje, el canal de difusión,

la definición de la audiencia y la conducta esperada. Cada uno actúa como una pieza de un entramado del sentido integral del proceso.

Desde una mirada reflexiva, este modelo pone de relieve la necesidad de una comunicación con conciencia social, sustentada en la ética, la empatía y la coherencia discursiva y enfatiza que comunicar en salud es también un acto de responsabilidad: implica reconocer el poder transformador del lenguaje y su capacidad de crear vínculos o distancias.

Así, el ABC de la comunicación se convierte en una herramienta didáctica y a la vez filosófica: didáctica porque orienta la práctica comunicativa hacia objetivos concretos, y filosófica porque invita a pensar la comunicación como un encuentro entre conciencias.

Comunicar en salud requiere más que diseñar estrategias; exige sensibilidad para escuchar, rigor para investigar y creatividad para traducir el conocimiento científico en mensajes accesibles y humanizados. Cuando la audiencia es comprendida, el beneficio se percibe como valioso y el comportamiento se interioriza como propio, la comunicación deja de ser un instrumento y se convierte en un puente hacia el bienestar colectivo.

4.7 Variables conductuales: conocimiento, norma social percibida, autoeficacia y riesgo percibido

El cambio de comportamiento en salud no surge espontáneamente; supone un proceso complejo de transformación personal y social, en el que interactúan factores cognitivos, afectivos, culturales y contextuales. Las variables conductuales, entendidas como los determinantes psicológicos que median entre la exposición al mensaje y la adopción de una conducta, permiten comprender por qué ciertas intervenciones comunicacionales logran modificar hábitos y otras no. Los programas de promoción de la salud deben trascender la mera difusión de conocimientos para situarse en el territorio simbólico y experiencial donde las personas interpretan su realidad, negocian sus creencias y construyen sentido en torno a la salud y la enfermedad.

Según Conner [55], el comportamiento en salud depende de la forma en que los individuos procesan cognitivamente la información y evalúan sus consecuencias. Es decir, los pensamientos, las creencias, las actitudes y la percepción del riesgo constituyen el puente entre el mensaje recibido y la acción concreta.

El **conocimiento** es el punto de partida de todo proceso de cambio, pero no su

garantía. Saber no implica necesariamente hacer. En efecto, el conocimiento actúa como facilitador, pero su eficacia depende de la forma en que es interpretado, resignificado y asumido emocionalmente por las personas.

Los programas de comunicación en salud deben, por tanto, orientar la transmisión de conocimientos hacia la comprensión de las causas, los efectos y las consecuencias prácticas de las conductas. Cuando el individuo entiende la enfermedad desde su propia experiencia, cuando logra conectar la información con su vida cotidiana, se abre un espacio de reflexión que favorece la toma de decisiones conscientes.

La **percepción del riesgo** constituye otro eje central en la explicación del comportamiento en salud. No se trata únicamente de reconocer que una enfermedad es grave, sino de sentirse personalmente vulnerable ante ella. Las personas tienden a actuar cuando perciben que la amenaza es cercana y que pueden ejercer cierto control sobre ella [55]. Si la amenaza se percibe como distante, abstracta o inevitable, la respuesta tiende a ser la negación o la apatía. En los programas de prevención, por ejemplo, en los vinculados al VIH la percepción del riesgo suele estar mediada por factores culturales y emocionales. Las creencias sobre la gravedad de una enfermedad o su carácter incurable no siempre se traducen en conductas preventivas. La eficacia de la comunicación, por tanto, no radica en infundir temor, sino en promover una percepción de riesgo equilibrada: suficiente para generar conciencia, pero acompañada de herramientas que fortalezcan la sensación de control y de posibilidad de cambio.

El **comportamiento individual** en salud está profundamente influido por las expectativas y juicios de los demás. **Las normas sociales percibidas** se refieren a la convicción de que las personas significativas —familia, amigos, pareja, comunidad— aprueban o desaprueban determinadas conductas. Cuando una conducta saludable es valorada socialmente —por ejemplo, hacer ejercicio, alimentarse bien o usar preservativos—, el individuo se siente reforzado y tiende a mantenerla. Pero si la norma social dominante la considera innecesaria, exagerada o contraria a las costumbres, el sujeto puede experimentar conflicto interno, incluso sabiendo lo que es correcto. Actúa por ejemplo, cuando un adolescente interactúa con sus amigos que consumen drogas e imagina qué pasaría si una persona importante para él por ejemplo su padre, descubre que consume drogas, surgen algunos interrogantes como: ¿qué pensaría de mí?, ¿qué haría mi padre?, ¿seguro sufrirá?; y obviamente porque las respuestas no son favorables, evita el consumo de drogas.

Por eso, los mensajes de promoción de la salud deben reconocer las tensiones

entre el deseo individual de bienestar y las normas sociales que moldean la aceptación o el rechazo de determinadas prácticas. El desafío comunicacional radica en lograr que el cambio conductual se perciba no solo como beneficioso, sino también como socialmente legítimo.

Por su parte, la **autoeficacia** se erige como el componente psicológico más determinante para el cambio sostenido; es la creencia en la propia capacidad para ejecutar con éxito una conducta específica. Las personas con alta autoeficacia no solo confían en su habilidad, sino que perseveran ante los obstáculos y atribuyen los resultados a su esfuerzo personal. En cambio, quienes dudan de su competencia tienden a evitar la acción o a abandonar el intento ante la primera dificultad. Desde la comunicación en salud, fortalecer la autoeficacia supone acompañar, modelar conductas, ofrecer testimonios reales y promover experiencias de logro progresivo. Las campañas efectivas no solo dicen «qué hacer», sino que muestran «cómo hacerlo» y «que sí se puede hacerlo».

Las variables conductuales —conocimiento, riesgo percibido, norma social y autoeficacia— operan de manera interdependiente dentro del proceso de persuasión. Su comprensión permite diseñar mensajes y estrategias de comunicación que no solo informen, sino que transformen.

Figura 4.1. Ejemplo del uso de las variables conductuales



Fuente: Elaboración propia.

Ejemplo de material comunicacional escrito visual que utiliza el riesgo percibido, pues asocia las relaciones sexuales irresponsables (promiscuidad), con el riesgo de contraer VIH/SIDA; promoviendo a la vez, la fidelidad como un comportamiento que vincula afectivamente a la pareja como práctica de cuidado y prevención.

4.8 Arte, edu-entretenimiento y metodologías lúdicas

El lenguaje del arte y el juego ha acompañado históricamente los procesos de aprendizaje y transformación social. En el ámbito de la comunicación para la promoción de la salud, estas expresiones cobran un sentido renovado: se constituyen en puentes sensibles que vinculan emoción, pensamiento y acción, permitiendo que los mensajes trasciendan el plano informativo para convertirse en experiencias significativas. Así, el arte, el edu-entretenimiento y las metodologías lúdicas se revelan como estrategias comunicativas y pedagógicas capaces de movilizar tanto la conciencia como la conducta, articulando lo cognitivo con lo afectivo, lo racional con lo simbólico.

El arte genera entornos de aprendizaje sensorial y expresivo donde la experiencia estética propicia la creatividad, la reflexión y la construcción de significados propios. En el campo de la educación para la salud, este enfoque permite que los mensajes no se impongan, sino que emerjan del encuentro entre las emociones, las vivencias y los saberes de la comunidad. Estrategias artísticas como el dibujo, la música, la dramatización, la narración, operan como mediadores simbólicos que despiertan sensibilidad y motivación, facilitando la apropiación de valores y comportamientos saludables. El arte no sólo enseña contenidos, sino que despierta la conciencia crítica. Promover salud a través del arte implica también generar espacios de reflexión ética y cultural, donde las personas comprendan la relación entre su bienestar individual y el bienestar colectivo. La estética se convierte entonces en ética: una pedagogía de lo sensible que enseña a cuidar, a cuidar-se y a cuidar a los otros.

Por su parte, el edu-entretenimiento representa una metodología comunicativa que combina lo educativo con lo recreativo, integrando formatos narrativos —radio, televisión, teatro, cómics, redes sociales, plataformas digitales— para fomentar aprendizajes significativos y cambios de conducta sostenibles. Las historias, al permitir la identificación con los personajes, favorecen la internalización de valores y el cuestionamiento de conductas, logrando una transformación más profunda y sostenida.

Su efectividad radica en el uso de narrativas cercanas, lenguaje accesible y recursos simbólicos que logran conectar con la vida cotidiana de las audiencias. Pérez [56] demostró que el edu-entretenimiento puede ser una herramienta poderosa para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes, al combinar la participación activa con la diversión y el diálogo social. El aprendizaje se vuelve una vivencia, no una imposición. Las narrativas mediáticas y transmedia no solo transmiten

información, sino que crean espacios de identificación, diálogo y reconstrucción cultural.

Los recursos de edu-entretenimiento deben diseñarse considerando los intereses, edades y contextos culturales de las audiencias, de modo que los contenidos resulten relevantes y atractivos. Se trata de aprovechar los medios y formatos contemporáneos—videos interactivos, juegos digitales, cómics educativos, podcasts o narrativas *trans-media*— para construir una comunicación cercana, participativa y emocionalmente resonante.

La lúdica, en tanto actitud vital y método pedagógico, constituye el hilo que une estas experiencias artísticas y comunicativas. En el aprendizaje, el juego rompe con la pasividad, genera motivación y promueve la construcción activa del conocimiento. En la salud, las metodologías lúdicas permiten simular situaciones, reflexionar sobre dilemas, ensayar conductas saludables y resignificar experiencias personales. El juego se convierte así en un laboratorio emocional y social donde se ensayan nuevas formas de ser y convivir.

Las metodologías artísticas y lúdicas deben planificarse cuidadosamente, con objetivos claros y coherentes con la intención educativa [57]. Cuando la expresión artística se articula con la intencionalidad pedagógica, se genera una experiencia integral que fortalece la comprensión, la memoria y la transformación de actitudes.

Entonces, el arte, el juego y el edu-entretenimiento configuran una triada que expande las posibilidades de la comunicación en salud. Su potencial radica en su capacidad para humanizar el mensaje, conectarlo con la emoción y situarlo en el territorio de la experiencia. El cambio de comportamiento no depende únicamente del conocimiento racional, sino también de la sensibilidad, el placer y la identificación simbólica. Al integrar estas estrategias en los programas de promoción de la salud, se construyen escenarios educativos más inclusivos, creativos y participativos, donde las personas no son receptoras pasivas, sino protagonistas de su propio proceso de aprendizaje y cambio. Así, el mensaje deja de ser un discurso externo para convertirse en un acto de encuentro, donde la salud se comprende y se vive como una forma de arte: un arte de cuidar, de sentir y de convivir.

4.9 Redes sociales, influencers, creadores de contenido y portavoz

En el ecosistema comunicacional contemporáneo, las redes sociales se han constituido en escenarios privilegiados para la circulación simbólica, el intercambio de

significados y la configuración de referentes identitarios. En ellas, la figura del *influencer* emerge como un nuevo mediador cultural que combina credibilidad, cercanía y capacidad de persuasión en audiencias fragmentadas.

Las redes sociales, además de ser plataformas tecnológicas, constituyen espacios de construcción cultural y de poder simbólico, donde las personas no solo consumen información, sino que participan activamente en la creación y validación de discursos. Este cambio de paradigma ha descentrado el monopolio comunicativo de los medios tradicionales, otorgando a los sujetos comunes la posibilidad de convertirse en emisores. Sin embargo, esta democratización conlleva también desafíos significativos, lo que exige una mirada crítica sobre la legitimidad y el impacto de los contenidos generados por los usuarios.

En el ámbito latinoamericano, esta transición se vincula con transformaciones profundas en las prácticas comunicativas y en la forma en que los públicos construyen confianza. Las redes sociales no solo modifican los procesos de mercadotecnia y consumo, sino también los modos de investigación y comprensión de los comportamientos colectivos. En este sentido, el análisis del *influencer marketing* trasciende la lógica económica y se convierte en una ventana para observar los nuevos mecanismos de interacción y legitimación simbólica. La confianza deja de ser una consecuencia de la autoridad institucional y pasa a depender de la percepción de autenticidad y coherencia de quien comunica.

Los creadores de contenido se posicionan entonces como actores comunicativos que no solo difunden mensajes, sino que los interpretan y resignifican desde sus propias vivencias. Esa «humanización del mensaje», que implica mostrar vulnerabilidad, experiencias personales o aprendizajes reales, es uno de los factores que más incide en la credibilidad digital. Los *micro influencers* especializados en salud desempeñan un papel clave en la generación de confianza, ya que su comunicación se basa en la coherencia entre el conocimiento técnico y la autenticidad narrativa, fortaleciendo la conexión emocional con sus comunidades. Por ello, cuando se diseñan estrategias comunicativas para la promoción de la salud, el reto radica en la construcción de una narrativa que conecte con las emociones, los valores y las experiencias de vida de la audiencia.

Desde la perspectiva de la comunicación para la salud, comprender la función del *influencer*, del creador de contenido y del portavoz implica reconocerlos como actores estratégicos en la mediación de mensajes que buscan promover bienestar, autocuidado

y conciencia social. No obstante, esta potencialidad requiere un uso ético, crítico y responsable del poder de influencia.

La ética de la influencia es, por tanto, una cuestión esencial. Las audiencias —especialmente las más jóvenes— tienden a asumir los discursos de sus referentes digitales como modelos de comportamiento, estilo de vida o aspiraciones personales. Cuando el *influencer* promueve hábitos saludables, mensajes sobre autoestima o prácticas sostenibles, contribuye a la transformación social. Pero cuando su comunicación se basa en el consumismo, la apariencia o la comparación constante, puede provocar ansiedad, frustración o pérdida de autopercepción positiva. La educación mediática y la alfabetización digital se convierten así en condiciones necesarias para que la ciudadanía pueda interactuar críticamente con estos nuevos agentes de influencia.

La figura del portavoz adquiere entonces una dimensión ampliada: ya no se limita a quien transmite información institucional, sino que se expande hacia quienes, desde la autenticidad y la coherencia discursiva, logran conectar emocionalmente con sus comunidades digitales. El *marketing* de influencia se sostiene precisamente en esa intersección entre la confianza personal y la narrativa compartida, donde la palabra y la imagen se funden para generar sentido.

La noción de portavoz, aplicada a la comunicación en salud, implica responsabilidad y sensibilidad social. No basta con transmitir datos o cifras; se requiere transmitir humanidad, empatía y credibilidad. De allí que los *influencers* y creadores de contenido puedan convertirse en aliados valiosos para las instituciones sanitarias, siempre que sus mensajes se construyan desde la coherencia ética y la evidencia científica.

La participación estratégica de estos agentes comunicacionales en campañas de promoción de la salud debe contemplar tanto su alcance cuantitativo como su pertinencia ética. Los *influencers* también pueden desempeñar un papel político, articulando discursos que movilizan emociones y adhesiones colectivas; por ello, la selección y formación de portavoces digitales debe basarse en criterios de coherencia, transparencia y responsabilidad social. Es recomendable que las instituciones de salud establezcan alianzas formales basadas en códigos de ética compartidos y provean a estos creadores de contenido con información científica y rigurosa, facilitando su labor de divulgación responsable. El fenómeno *influencer*, lejos de ser una moda pasajera, refleja una transformación cultural más profunda: el desplazamiento del poder comunicativo hacia los individuos conectados, capaces de construir microesferas de sentido que dialogan, cuestionan y reconfiguran

el discurso público. Este proceso democratiza la palabra, pero también la expone a los riesgos de la desinformación, la manipulación y la banalización del mensaje. En consecuencia, la construcción de mensajes de promoción de salud en entornos digitales debe conjugar creatividad, rigor y sensibilidad social, reconociendo la enorme capacidad de los entornos virtuales para modelar percepciones y comportamientos.

Las redes sociales son un espacio híbrido donde se entrelazan la comunicación interpersonal, la mediática y la comunitaria. Comprender la dinámica entre *influencers*, creadores de contenido y portavoces permite ampliar la mirada sobre los procesos de persuasión y participación en la promoción de la salud. Se trata de construir narrativas con propósito, sustentadas en la autenticidad, la evidencia y el compromiso ético con la vida. Solo así la comunicación digital podrá trascender la fugacidad de la moda y convertirse en una herramienta transformadora al servicio del bienestar colectivo.

4.10 El enfoque de riesgo en los materiales comunicacionales

La comunicación del riesgo es, ante todo, una práctica ética antes que técnica. Supone reconocer la vulnerabilidad como una condición humana y social que nos atraviesa, y asumir que cada mensaje, cada palabra o imagen, puede influir en la percepción del peligro, la preparación ante la adversidad y la toma de decisiones colectivas. En los materiales de promoción de la salud, este enfoque busca transformar el modo en que las personas comprenden, valoran y enfrentan los riesgos que afectan su bienestar y el de sus comunidades.

El enfoque de riesgo se basa en comprender que la comunicación no solo transmite datos científicos o advertencias, sino que también gestiona emociones, creencias y respuestas humanas ante la incertidumbre [58]. El riesgo no es solo una probabilidad estadística, sino una construcción subjetiva influida por experiencias pasadas, contexto cultural y emociones, lo que explica por qué un mismo dato puede ser percibido de manera radicalmente distinta por diferentes grupos. Así, la comunicación del riesgo se convierte en un puente entre el conocimiento técnico y la experiencia cotidiana, donde la confianza en la fuente, la claridad del mensaje y la pertinencia cultural son determinantes. No basta con decir «hay peligro»; es necesario construir significados compartidos que permitan a las personas actuar con autonomía y responsabilidad. En términos operativos, los manuales de la UNDRR [58] y la IFRC [59] coinciden en que un material comunicacional orientado al riesgo debe considerar cuatro componentes

fundamentales, descritos en la Tabla 4.3:

Tabla 4.3. Componentes fundamentales de un material comunicacional

Componente	Descripción
1. Claridad y consistencia del mensaje	Los mensajes deben expresar los hechos de forma sencilla y coherente, evitando tecnicismos o ambigüedades que generen confusión o interpretaciones erróneas.
2. Credibilidad de la fuente emisora	La confianza del público aumenta cuando el mensaje proviene de instituciones transparentes y de voceros reconocidos por su compromiso ético, competencia y cercanía con la comunidad.
3. Pertinencia cultural y contextual	La comunicación en salud debe adaptarse a los códigos simbólicos, valores y prácticas locales, respetando la diversidad cultural y los modos de comprensión de cada grupo social.
4. Bidireccionalidad del proceso comunicativo	Promover la participación activa y la retroalimentación de la audiencia transforma la comunicación en un proceso de aprendizaje colectivo, basado en el diálogo y la construcción compartida del conocimiento.

Fuente: Elaboración propia.

En esta línea, una comunicación efectiva en gestión del riesgo debe ser inclusiva, participativa y continua [59]. Se trata de procesos sostenidos de diálogo entre instituciones y comunidades. La prevención y la preparación se fortalecen cuando los mensajes son diseñados junto a quienes enfrentan las amenazas, incorporando sus lenguajes, símbolos y modos de entender el mundo. Por ello, los materiales comunicacionales deben ser sensibles a las diferencias culturales, de género y de acceso a la información.

En la comunicación del riesgo como parte esencial de la bioseguridad y la salud pública, la transparencia, la escucha activa y la gestión de la incertidumbre son claves para mantener la credibilidad institucional y evitar la desinformación. Cuando los mensajes ocultan, minimizan o dramatizan los riesgos, se rompe el vínculo de confianza entre las autoridades y la población. En cambio, cuando se comunica con honestidad, incluso la incertidumbre puede convertirse en una oportunidad pedagógica y fortalecimiento de la conciencia crítica.

Desde una perspectiva latinoamericana, la gestión del riesgo comunicacional implica integrar la dimensión simbólica de la comunicación con la gestión política de los mensajes. En contextos donde los medios de comunicación y las redes sociales amplifican temores o difunden versiones parciales, el reto no es solo «comunicar el riesgo», sino hacerlo de modo que promueva el discernimiento y la acción colectiva. Los materiales comunicacionales, entonces, deben equilibrar el lenguaje técnico con el lenguaje emocional, y ofrecer herramientas prácticas para la toma de decisiones

informadas. El riesgo es una experiencia humana que exige empatía, claridad y sensibilidad social. La comunicación del riesgo requiere coordinación interinstitucional y una narrativa transparente, capaz de generar confianza social incluso en escenarios de crisis sanitaria. La gestión comunicacional —más que un acto informativo— se convierte en una mediación ética que conecta ciencia, ciudadanía y poder público.

Del mismo modo, el enfoque de riesgo en la comunicación requiere coherencia institucional y ética narrativa. Cada mensaje, folleto o campaña forma parte de un entramado discursivo más amplio: el modo en que una sociedad se percibe a sí misma frente a la vulnerabilidad. Los materiales que promueven salud deben, por tanto, evitar el alarmismo y el paternalismo, y promover en cambio una narrativa de autocuidado, resiliencia y corresponsabilidad. Comunicar el riesgo no es infundir miedo, sino fomentar comprensión, procesos de toma de conciencia. El miedo es una estrategia persuasiva, pero, aunque puede captar atención, su abuso deteriora la confianza pública y puede provocar reacciones defensivas o negacionistas. La comunicación ética, entonces, no manipula emociones: las reconoce y las encauza hacia la acción consciente.

En la práctica de la promoción de la salud, este enfoque debe pasar de la transmisión vertical de información hacia la construcción horizontal de conocimiento compartido. Cuando un material comunicacional incorpora el enfoque de riesgo, reconoce que la percepción del peligro varía según la edad, el género, el nivel educativo, la historia personal y las experiencias comunitarias. Por ejemplo, un mismo mensaje sobre el consumo de agua segura o el control vectorial puede ser interpretado de forma distinta por comunidades rurales, urbanas o indígenas. Por ello, los comunicadores deben realizar diagnósticos participativos que identifiquen cómo se perciben los riesgos y qué barreras simbólicas impiden su comprensión o afrontamiento.

Desde un punto de vista pedagógico, el enfoque de riesgo también se vincula con la educación para la prevención. Enseñar a reconocer las señales tempranas del peligro, comprender la relación entre causas y consecuencias, y fortalecer la autoeficacia para actuar, son objetivos que pueden integrarse en los materiales de promoción de la salud. Así, los mensajes pasan a convertirse en instrumentos de aprendizaje social y transformación cultural.

En síntesis, comunicar el riesgo en salud no es simplemente difundir alertas, sino acompañar procesos de cambio que fortalezcan la confianza, la solidaridad y la autonomía. El enfoque de riesgo en los materiales comunicacionales permite articular

ciencia, ética y comunidad en un mismo acto comunicativo: informar para cuidar, sensibilizar para prevenir y educar para transformar. Cada mensaje es una forma de encuentro y de responsabilidad compartida. La palabra, cuando se usa con conciencia y respeto, puede salvar vidas.

4.11 Comunicación en crisis, riesgos y emergencias

En la promoción de la salud, la comunicación se revela no solo como un proceso informativo, sino como una práctica profundamente ética y humana. En cuanto a situaciones de crisis, riesgo o emergencia, esta dimensión adquiere una relevancia crítica. La incertidumbre, el miedo y la desinformación pueden expandirse tan rápido como el propio fenómeno de riesgo, y allí la comunicación se convierte en una herramienta vital para sostener la confianza pública, coordinar respuestas y preservar la salud colectiva.

La comunicación de riesgos es un proceso de intercambio de información en tiempo real entre autoridades, comunidades y medios, orientado a posibilitar decisiones protectoras. No se trata, por tanto, de «decir qué hacer», sino de construir sentido compartido en medio de la incertidumbre. Esta comunicación se configura como un diálogo social sostenido por la transparencia, la empatía y la capacidad de escucha. Comunicar, en contextos adversos, exige reconocer al otro no solo como receptor, sino como sujeto activo que siente, interpreta y responde. Al respecto, los mensajes basados en el miedo, aunque persuasivos en determinados contextos, pueden generar reacciones contraproducentes si no se acompañan de confianza, credibilidad y empatía. Por ello, la comunicación del riesgo no debe apelar únicamente a la alarma, sino equilibrar la información técnica con el cuidado emocional, fomentando la percepción de autoeficacia y el sentido de control de la ciudadanía.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [60] enfatiza que la comunicación en crisis debe ser planificada con criterios de oportunidad, coherencia y credibilidad. Las guías internacionales proponen establecer protocolos claros de vocería, monitoreo de rumores y articulación interinstitucional, reconociendo que la gestión de la información es parte inseparable de la gestión del riesgo. En los procesos de emergencia, la verdad, la empatía y la coherencia se convierten en formas concretas de protección. En esta misma línea, la OMS [61] señala que la comunicación efectiva durante brotes o emergencias sanitarias debe basarse en el compromiso comunitario y la transparencia, entendiendo que la confianza se construye antes y durante la crisis. La claridad de los

mensajes, la consistencia de las fuentes y la interacción con la ciudadanía son pilares esenciales para prevenir la propagación de rumores y mantener la calma social.

La comunicación debe estar integrada en los planes de gestión institucional, con equipos previamente capacitados para responder en escenarios de presión. En la salud, la improvisación puede ser tan peligrosa como el propio evento adverso. Comunicar adecuadamente es actuar con responsabilidad técnica, pero también con sensibilidad humana. El manual propone la creación de comités de crisis, el diseño de mensajes preaprobados y la preparación de voceros con habilidades socioemocionales, capaces de sostener la calma pública aun en circunstancias críticas.

Por su parte, Arroyo [62] sostiene que las emergencias no solo revelan vulnerabilidades estructurales, sino también la fortaleza de las redes comunicativas; la comunicación en crisis debe entenderse como un proceso relacional que, al mismo tiempo que transmite información vital, reconstruye la confianza social. La transparencia y la solidaridad comunicativa son factores que determinan la efectividad de la respuesta ante crisis sanitarias, climáticas o sociales. De ahí que promover salud en medio del caos no sea solo cuestión de mensajes técnicos, sino de reconstruir la confianza en la palabra pública.

En el plano institucional, la gestión del riesgo comunicacional requiere planificación estratégica, coherencia entre discurso y acción, y una lectura contextual de los públicos. La comunicación de crisis no es un proceso lineal, sino dinámico, en el que la escucha activa y la adaptación constante resultan claves para sostener la credibilidad institucional.

A nivel nacional, el *Plan de Comunicación de Riesgo* elaborado por Abarca [63] para el MSP del Ecuador representa un ejemplo concreto de esta integración entre gestión institucional y sensibilidad comunicativa. Comunicar el riesgo no se limita a emitir alertas o recomendaciones, sino a construir vínculos sostenibles con las comunidades, mediante mensajes culturalmente pertinentes, claros y empáticos. La gestión comunicacional comienza mucho antes del momento de la crisis: en la educación preventiva, en la escucha de las percepciones sociales y en la generación de confianza entre las autoridades sanitarias y la ciudadanía.

La comunicación de riesgo cumple una doble función: informar con precisión y sostener emocionalmente a las poblaciones afectadas. En su análisis, los procesos comunicativos durante emergencias de salud pública deben orientarse también al fortalecimiento del vínculo entre instituciones y sociedad, reconociendo que el modo de

comunicar puede mitigar o agravar las consecuencias de la crisis.

El enfoque de estos organismos converge en un principio ético común: comunicar en crisis es cuidar la integridad de la información, la emocionalidad colectiva y la confianza en las instituciones. Por ello, los mensajes deben estructurarse sobre la evidencia, pero también con consideración hacia el contexto cultural, el lenguaje local y las necesidades de las audiencias.

Desde una perspectiva técnico-educativa, los elementos esenciales de la comunicación en crisis se relacionan con los componentes analizados en este capítulo: la selección precisa de los mensajes, el uso responsable de los canales, la segmentación de audiencias y la evaluación permanente de impactos. Sin embargo, en las emergencias, estos elementos deben acompañarse de una ética del cuidado comunicativo, donde el lenguaje sea de contención emocional y no de alarma innecesaria. La sensibilidad, en este contexto, es una forma de competencia profesional.

La comunicación en crisis, riesgos y emergencias se ubica en el cruce entre la técnica y la humanidad. Requiere planificación, coordinación interinstitucional y dominio de herramientas digitales, pero también demanda empatía, serenidad y una profunda conciencia social. Promover salud, en esos escenarios, es transformar la comunicación en un acto de cuidado colectivo, capaz de sostener la esperanza y la confianza incluso en medio de la incertidumbre.

CAPÍTULO 5

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, CONSEJERÍA Y ACOMPañAMIENTO EN SALUD

5.1 Responsabilidades y características de la persona que ejerce consejería

Hablar de la persona que implementa la consejería en salud supone, inevitablemente, hablar de la trama humana que sostiene todo acto de comunicación. Ningún procedimiento técnico ni protocolo institucional puede suplir la calidad única de un encuentro interpersonal, donde una persona —a veces vulnerable, a veces confundida, siempre digna— deposita en otra su duda, su temor o su historia. En esa intersección, el papel de la consejería emerge como una ética cotidiana; es abrir un lugar seguro donde el otro pueda comprenderse, reconocerse y tomar decisiones que afirmen su bienestar. En esta línea, la consejería se revela como un oficio profundamente humano, pero también rigurosamente profesional.

El trabajo educativo y comunicacional en salud demanda una orientación clara hacia el empoderamiento y la participación de las personas en los procesos que afectan su calidad de vida. La persona que implementa la consejería se convierte en un mediador que facilita la comprensión, promueve la reflexión y acompaña la toma de decisiones informadas [64]. Esta responsabilidad exige un tipo de presencia que no se apresura a resolver por el otro, sino que confía en sus capacidades y respeta sus ritmos. Acompañar es una acción que se enraíza en la delicadeza: esa capacidad de estar sin invadir, de orientar sin imponer, de iluminar sin despojar.

La primera responsabilidad ética (Tabla 5.1) de la persona que hace consejería es **garantizar una comunicación clara**, comprensible y culturalmente pertinente. Según Espinosa [65] la interacción interpersonal en los servicios de salud suele estar atravesada por asimetrías de saber y de poder; por ello, la mediación comunicativa debe buscar disminuir estas brechas y posibilitar un encuentro genuino. Explicar procedimientos, aclarar dudas, traducir tecnicismos, anticipar riesgos y ofrecer alternativas son acciones básicas, pero determinantes. La segunda responsabilidad es **promover la autonomía de la persona acompañada**. La persona que ejerce consejería no dirige la vida del otro, sino que sostiene un proceso para que este pueda dirigirla con mayor claridad. Pero la

autonomía no se fuerza; se cultiva desde la escucha activa, la empatía y el reconocimiento de las particularidades culturales, sociales y emocionales de cada persona. Una tercera responsabilidad es **crear un ambiente de confianza y respeto**, indispensable para que la comunicación fluya.

Tabla 5.1. Responsabilidades éticas de la persona que realiza consejería

Responsabilidad ética	Descripción
1. Garantizar una comunicación clara, comprensible y culturalmente pertinente	-Reducir asimetrías de saber y poder en la interacción. -Explicar procedimientos, traducir tecnicismos y aclarar dudas. -Anticipar riesgos y ofrecer alternativas comprensibles. -La comunicación no solo informa: acompaña, devela y cuida.
2. Promover la autonomía de la persona acompañada	-No dirigir la vida del otro, sino sostener un proceso que le permita dirigirla con mayor claridad. -Facilitar la toma de decisiones responsables. -Fortalecer competencias y estimular la reflexión crítica sobre su salud. -La autonomía se cultiva desde la escucha activa, la empatía y el reconocimiento de particularidades culturales, sociales y emocionales.
3. Crear un ambiente de confianza y respeto	-Condición indispensable para que la comunicación fluya con autenticidad. -Permite que la persona exprese inquietudes, temores y necesidades sin sentirse juzgada.

Fuente: Elaboración propia.

La relación médico-paciente —y, por extensión, toda relación de consejería sanitaria— se sostiene sobre la credibilidad, el trato humano y la capacidad del profesional de acoger al otro sin prejuicios. Cuando la confianza se quiebra, desaparece también la posibilidad de aprendizaje y de transformación. La persona que ejerce consejería debe, entonces, cuidar este vínculo como parte esencial de su labor educativa. Finalmente, está la responsabilidad de identificar necesidades emocionantes y orientar hacia otros servicios cuando corresponda. Aunque la persona que ejerce consejería no reemplaza al psicólogo ni al profesional de salud mental, sí tiene la obligación de reconocer señales de riesgo, contener de forma oportuna y derivar adecuadamente.

La persona que ejerce consejería en salud debe poseer competencias comunicativas sólidas, pero también una sensibilidad humana que proporcione sentido a su práctica. No se trata solo de dominar modelos teóricos, sino de encarnar actitudes y disposiciones que hablen de respeto, coherencia y autenticidad. Espinosa [65] destaca que la comunicación interpersonal en salud exige una **escucha profunda**, capaz de sostener silencios y de leer aquello que la palabra aún no pronuncia; la empatía no es lástima ni sobreidentificación, sino la capacidad de comprender la experiencia del otro mientras se mantiene una distancia profesional que permita acompañar con claridad.

La persona que ejerce consejería, además, debe saber explicar, adaptar su lenguaje, argumentar con evidencia y traducir complejidad en comprensibilidad. El aprendizaje en comunicación clínica requiere procesos reflexivos continuos, de modo que la persona que ejerce consejería necesita evaluar su propia práctica, reconocer sesgos, revisar creencias y actualizarse constantemente. En contextos heterogéneos y plurinacionales como el ecuatoriano, la comunicación en salud debe reconocer la diversidad de estilos comunicativos, valores y formas de comprender el cuerpo y la enfermedad. Finalmente, la persona que ejerce consejería debe sostener una coherencia ética y un autocuidado profesional adecuados, estableciendo límites sanos, evitando relaciones de dependencia, protegiendo la confidencialidad y manteniendo una actitud honesta y transparente.

La consejería en salud es un espacio relacional que se sostiene sobre la dignidad del otro. No se trata de «convencer» ni de «corregir», sino de acompañar procesos donde las personas puedan interpretar su propia experiencia, resignificarla y actuar con mayor libertad. La persona que ejerce consejería, entonces, no es un emisor de información, sino un artesano de encuentros, alguien que entiende la comunicación como una herramienta de transformación humana y comunitaria. Su rol transita entre la claridad técnica y la calidez humana, entre la capacidad de orientar y la humildad de reconocer que cada persona es experta en su propia vida. Esta combinación —firmemente profesional, profundamente humana— constituye la esencia misma de la consejería en salud.

5.2 Confidencialidad en la atención en salud

La confidencialidad en la atención en salud es hablar de un pacto silencioso que sostiene la relación entre dos seres humanos en un momento de vulnerabilidad. No se trata únicamente de un principio legal ni de un protocolo institucional; es, sobre todo, una forma de cuidado. Cuando alguien comparte su historia clínica, sus temores o detalles íntimos de su vida, entrega algo profundamente personal con la esperanza —y casi siempre con la necesidad— de ser tratado con respeto, discreción y humanidad. La confidencialidad es, así, un hilo invisible que permite que el encuentro sanitario sea un espacio de confianza y no de exposición. Sin ese resguardo ético, la comunicación se diluye, la apertura se frena y el acompañamiento se vuelve superficial.

Toda información generada en el Sistema Nacional de Salud, ya sea clínica, administrativa o epidemiológica, debe ser tratada con estricta reserva, garantizando que

solo se utilice para los fines permitidos [66]; no es una mera formalidad jurídica: el MSP reconoce que la información en salud es una extensión de la intimidad personal y, por tanto, merece un tratamiento cuidadoso. La confidencialidad funciona como límite ético y operativo que impide que datos sensibles circulen sin control o sean utilizados sin consentimiento. Más allá de las normas, la verdadera garantía de confidencialidad se juega en la práctica cotidiana del profesional, en su capacidad de comprender que cada historia es un territorio privado, que cada documento clínico es una forma de memoria y que toda revelación es un acto de confianza.

La confidencialidad implica resguardar no solo datos clínicos, sino también dimensiones simbólicas fundamentales de la persona: la identidad, la intimidad y su capacidad de controlar la exposición de su propia información. En salud, la palabra *secreto* no remite a ocultamiento, sino a algo más delicado: el reconocimiento de que la vida humana necesita espacios protegidos para poder sostenerse. La confianza no se decreta; se construye lentamente. Todo descuido, por pequeño que parezca, erosiona esa confianza que costó tanto tiempo edificar.

Desde lo ético y legal, la historia clínica, como documento institucional, es simultáneamente herramienta técnica y depósito de intimidades. Su manejo exige claridad en los accesos, en los procedimientos de registro y en los criterios de consulta y transmisión. Es una narración personal, a menudo escrita con fragmentos de dolor, incertidumbre o esperanza. Por ello, los autores subrayan que las vulneraciones a la confidencialidad pueden tener efectos profundos: desde daños emocionales hasta afectaciones sociales o laborales, especialmente en contextos de estigma o discriminación.

La intimidad no es solo un ámbito privado, sino un derecho moral que se activa cuando una persona abre su vida ante un profesional de salud. El secreto médico, por su parte, opera como un límite ético que recuerda al profesional que la información que recibe no le pertenece. La confidencialidad es una responsabilidad activa que exige discernimiento, sensibilidad y prudencia.

Pero la confidencialidad también tiene límites, como parte de la práctica responsable. El profesional debe entonces tomar decisiones complejas, procurando no traicionar la confianza depositada pero tampoco ignorar las obligaciones derivadas del daño potencial. Estas situaciones no se resuelven desde la rigidez normativa, sino desde un juicio ético cuidadoso, que considere el contexto, la proporcionalidad y el respeto máximo posible hacia la persona.

En la atención primaria, la confidencialidad es especialmente desafiante por la cercanía entre los profesionales y la comunidad, y puede aumentar el riesgo de vulneraciones involuntarias. Por ello, el profesional de salud debe cultivar una ética firme, capaz de diferenciar con claridad los espacios personales y los espacios clínicos.

En la confidencialidad en salud se entrelazan complejas normas legales, principios éticos y prácticas relacionales. No es solo guardar silencio o restringir el acceso a documentos; implica una actitud interior, una forma de mirar y de estar ante la vulnerabilidad del otro. Mantener la confidencialidad es reconocer que cada persona tiene derecho a controlar su información y a decidir sobre su exposición. Es también validar que la palabra compartida debe ser utilizada como insumo para el cuidado y la comprensión.

En el marco de la comunicación interpersonal y la consejería en salud, la confidencialidad se convierte en condición de posibilidad. Nadie se abre si teme ser expuesto ni comparte sus miedos si sospecha que serán compartidos con otros, ni confía si siente que su intimidad puede ser trivializada. La confidencialidad sostiene la apertura, y la apertura sostiene la comunicación auténtica.

Finalmente, la confidencialidad puede entenderse como una forma de hospitalidad moral. Recibir la historia del otro implica ofrecerle un lugar seguro, la posibilidad de acompañar, orientar y sanar. La confidencialidad, entonces, es un gesto de humanidad que convierte la atención en salud en un encuentro digno, respetuoso y profundamente ético.

5.3 Características y etapas de la comunicación interpersonal o consejería para promover salud

La consejería en salud no es únicamente un proceso técnico de transmisión de información ni un acto rutinario dentro del sistema sanitario; es, ante todo, un encuentro entre personas que buscan comprenderse, aliviar tensiones, abrir posibilidades y acompañar decisiones que tocan la esfera íntima de la vida. Se sostiene en una ética del respeto y de la dignidad, en la que cada gesto, cada silencio y cada orientación adquieren relevancia porque hablan de reconocimiento y cuidado. La comunicación interpersonal constituye el eje articulador que da sentido al acompañamiento, la confidencialidad y la responsabilidad compartida.

La consejería cumple una función de apoyo, orientación y clarificación de expe-

riencias, preocupaciones y necesidades que emergen en contextos de vulnerabilidad, incertidumbre o sufrimiento. La persona que ejerce consejería debe reconocer los límites de su intervención y afirmar sus competencias para escuchar, acoger y orientar sin sustituir la autonomía de la persona atendida. Esta claridad permite construir un espacio seguro donde el usuario puede abrir su historia sin miedo a ser juzgado, malinterpretado o expuesto.

Desde el enfoque integral del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la consejería forma parte de la atención centrada en la persona y debe articular aspectos biológicos, emocionales, sociales y culturales en cada encuentro [20]. Hay que mirar más allá del síntoma, percibir las biografías, comprender las condiciones de vida, reconocer los determinantes sociales de la salud y validar las experiencias subjetivas que influyen en los procesos de cuidado.

La consejería se desarrolla a través de etapas (Tabla 5.2) que permiten dar estructura y continuidad al proceso.

La apertura del encuentro constituye el primer momento significativo. El saludo, la mirada y la disposición a escuchar sin prisa configuran el tono de la relación. La comunicación interpersonal se construye desde una actitud empática [67]. En esta fase se validan las vivencias del otro y se reconoce que, detrás de un motivo de consulta, existen temores, expectativas y narrativas que requieren ser escuchadas. Esta apertura se articula de manera directa con la recomendación de «acercarse» para establecer un contacto que transmita humanidad antes que técnica. Este primer acercamiento debe adaptarse al lenguaje del usuario, mostrar disponibilidad emocional y permitir que la historia personal emerja de forma auténtica.

Luego de esta apertura, viene la exploración. Aquí el profesional acompaña el relato del usuario, hace preguntas abiertas, identifica dudas y reconoce emociones implícitas [67]. Esta fase no busca interrogar, sino comprender; exige una escucha sensible y una disposición sincera para acoger aquello que el usuario revela y aquello que calla. Esta etapa integra el momento de «preguntar», entendido no sólo como una búsqueda de datos, sino como un acto de interés genuino que reconoce las necesidades del usuario y le ofrece apoyo emocional. Cuando esta exploración se realiza con sensibilidad, el usuario percibe que su visión importa e incrementa su disposición a participar activamente en el proceso educativo o terapéutico. Esta fase permite acceder a la dimensión emocional de la experiencia de salud: aquello que preocupa, lo que duele, lo no dicho. Esta etapa

admite incluso los silencios y evidencia los determinantes socioculturales que influyen en los comportamientos de salud.

Tras comprender la situación del usuario, se pasa a un momento de análisis conjunto. En esta etapa el profesional organiza y devuelve la información recogida, ayudando a clarificar la situación mediante explicaciones accesibles, respetuosas y libres de tecnicismos innecesarios. Se integra la recomendación de «explicar» presentada en las guías internacionales: la necesidad de responder a inquietudes con orientaciones claras sobre acciones posibles, beneficios de seguirlas y consecuencias de no hacerlo [67]. La claridad en esta etapa no es sinónimo de verticalidad; implica traducir la complejidad clínica a palabras sencillas sin restar profundidad. Este proceso de clarificación se alinea con lineamientos institucionales de educación para la salud, que recomiendan adaptar el lenguaje y utilizar apoyos pedagógicos pertinentes para asegurar la comprensión y la participación del usuario. Con esta clarificación se fortalece la confianza, porque demuestra que el profesional no sólo escuchó, sino que comprendió y está dispuesto a acompañar.

Desde esa comprensión compartida, surge una etapa que se denomina «profundizar» e implica asegurarse de que la persona realmente comprendió lo conversado. Aquí la paciencia es indispensable. Es un proceso de cuidado que garantiza que la información se ha integrado de forma consciente. Al revisar la comprensión del usuario, el profesional evita que la orientación sea sólo un discurso fugaz y posibilita que la decisión de autocuidado se asuma con mayor responsabilidad [67].

Se transita hacia la orientación educativa, que añade otro elemento recomendado: la «recapitulación» o «resumir». Este momento implica recoger lo conversado, establecer acuerdos y verificar que ambas partes comparten una comprensión común de la situación. La recapitulación fortalece la organización mental del usuario, ayuda a disminuir la ansiedad asociada a la toma de decisiones y consolida la alianza terapéutica. En esta fase, el profesional acompaña la construcción de metas realistas, adecuadas al contexto, y promueve estrategias que puedan sostenerse en el tiempo. La orientación no impone: habilita y acompaña desde una comunicación en la que el usuario se reconoce capaz [67].

Finalmente, desde esta integración cognitiva y emocional surge el paso hacia la acción que consiste en transformar el diálogo en pasos concretos, promover compromisos alcanzables y acompañar la decisión con argumentos y apelaciones emocionales que

refuercen el sentido personal del cambio. El cierre del encuentro, por ello, no se limita a despedirse. Implica confirmar los acuerdos, responder dudas pendientes y establecer la manera en que continuará el acompañamiento [67]. La recomendación de acordar una próxima visita, mantener contacto telefónico o por correo, y registrar los elementos centrales de la conversación en una ficha de seguimiento coincide plenamente con los modelos integrales de atención que promueven continuidad y apoyo sostenido. Este cierre deja una huella emocional que condiciona la continuidad del vínculo terapéutico.

Cuando el usuario siente que el profesional al finalizar la consulta mantiene abierta la posibilidad de acompañar su proceso, se fortalece la confianza y la participación futura [68]. El seguimiento expresa un compromiso ético profundo: la salud es dinámica, y la relación profesional-usuario debe renovarse para mantenerse significativa.

En síntesis, las etapas de la comunicación interpersonal o consejería no funcionan como una secuencia rígida, sino como un tejido vivo que se adapta al ritmo de cada persona. En este proceso, el profesional no sólo entrega información, sino que ofrece contención, reconoce la dignidad del otro y contribuye a que la salud sea entendida como un espacio de autonomía y esperanza.

Tabla 5.2. Etapas de la consejería

Etapas	Descripción
Acercarse / Aproximación	Consiste en romper la distancia física y emocional, estableciendo un clima de confianza mediante contacto visual, escucha activa y una postura corporal abierta. Esta aproximación inicial crea disponibilidad y prepara el terreno para un diálogo genuino.
Preguntar / Indagación	Implica obtener información relevante para comprender la situación y responder a las inquietudes del usuario. Es un diálogo sensible, no un interrogatorio, donde se exploran experiencias, emociones y expectativas respetando los ritmos de la persona.
Explicación	Se ofrece información clara, veraz y comprensible sobre los aspectos que preocupan a la persona. La explicación debe ser contextualizada, no prescriptiva, para favorecer la reflexión y la comprensión de implicaciones y alternativas.
Profundización	Se verifica si la persona ha comprendido la información, se aclaran dudas y se repiten mensajes esenciales con paciencia. Esta etapa requiere sensibilidad para detectar malentendidos y evitar gestos de impaciencia.
Sumarización (Resumir)	Recapitulación de lo conversado, revisión de acuerdos y confirmación de que ambas partes comparten el mismo entendimiento. Permite dar coherencia al proceso y preparar el camino para los pasos siguientes.
Actuación	Se traducen las ideas en decisiones y compromisos concretos. El profesional acompaña en la identificación de acciones posibles, en la exploración de motivaciones y en la visualización de beneficios. Incluye acordar fecha, modalidad de seguimiento y mantener comunicación continua.

Fuente: Elaboración propia.

5.4 Acompañamiento terapéutico: definición y características

El acompañamiento terapéutico se define como una práctica relacional continuada, centrada en caminar junto a la persona durante un proceso de salud, enfermedad o sufrimiento, más allá de la resolución de una consulta específica. La confidencialidad no es solo un resguardo legal, sino la trama que sostiene la confianza y permite la elaboración de experiencias profundas. La confidencialidad habilita, así, un territorio seguro donde la persona puede narrarse sin miedo al juicio o la exposición.

En el acompañamiento terapéutico la relación que se teje entre acompañante y acompañado se funda en un pacto de cuidado, respeto y responsabilidad que excede la mera transmisión de información.

El acto de acompañar se desarrolla, entonces, en una tensión sutil: por un lado, la necesidad de sostener la palabra del otro; por otro, la obligación de protegerla. La confidencialidad emerge como esa ética silenciosa que ordena el encuentro.

La confidencialidad también cumple una función reguladora que sostiene la calidad del vínculo. Respetar la confidencialidad es reconocer que cada historia pertenece a quien la vive, no a las instituciones ni a los equipos profesionales. De allí que la información se comparta sólo cuando es estrictamente necesario para proteger la vida o el bienestar, y siempre mediada por criterios éticos claros.

En los procesos de consejería, las guías metodológicas para la elaboración de protocolos insisten en la necesidad de registrar solo lo pertinente y evitar descripciones innecesarias que puedan exponer sensibilidades sin justificación clínica [68]. La ficha de seguimiento es una herramienta que organiza el proceso, pero nunca debe convertirse en un espacio de acumulación indiscriminada de datos personales. Registrar con responsabilidad es también una forma de cuidar.

La comprensión de la confidencialidad permite reconocer que su sentido último no es solo proteger datos, sino preservar la dignidad humana. Por ello, quienes acompañan deben reflexionar continuamente sobre sus prácticas, revisar los límites de lo que comparten, interrogar sus motivaciones y preguntarse siempre si lo que dicen o registran honra la confianza otorgada.

Históricamente, el acompañamiento terapéutico nació como una práctica que buscaba humanizar la clínica. La confidencialidad en su inicio no era simplemente un criterio administrativo, sino una forma de resistencia ética ante modelos que tendían a despojar a las personas de su intimidad y singularidad. Esa base histórica continúa

resonando en la práctica contemporánea. Acompañar no es dirigir, sino caminar con el otro. La confidencialidad es la puerta que hace posible ese despliegue.

En los procesos de acompañamiento, la confidencialidad también se entrelaza con la construcción de sentido. Cuando una persona se siente escuchada sin riesgo de exposición, puede permitirse profundizar en aspectos que quizá nunca había articulado verbalmente. Esa profundización no solo beneficia el proceso terapéutico, sino que contribuye a la autocomprensión y a la toma de decisiones informadas.

5.5 Protocolos y modelos de consejería en problemas específicos de salud

Para abordar problemas de salud específicos, se han desarrollado protocolos que adaptan los principios generales de la consejería, para acompañar situaciones específicas que requieren no solo información, sino sensibilidad, escucha y un modo de relacionarse que respete la dignidad de cada persona.

Estos modelos proveen un marco estructurado que guía la sensibilidad profesional. Un ejemplo es la metodología ACCEDA que es una herramienta nemotécnica de seis pasos recomendada en protocolos de salud sexual y reproductiva (respaldados por organismos como la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud) para guiar al personal de salud en una consejería efectiva y centrada en los derechos del paciente, ofrece un esquema práctico que fortalece la calidad del acompañamiento al integrar seis acciones: **Acoger**, **Comprender**, **Compartir**, **Elegir**, **Dar apoyo** y **Acordar** [69]. Esta metodología enfatiza un proceso de encuentro respetuoso, donde **Acoger** invita a recibir a la persona con calidez, reconocimiento y sin juicios, creando el clima emocional necesario para la apertura. Luego, **Comprender** orienta al profesional a explorar la situación, las percepciones y las emociones de la usuaria mediante preguntas abiertas y escucha profunda. **Compartir** propone brindar información clara, verificando la comprensión y evitando discursos impositivos; mientras que **Elegir** invita a la persona a decidir opciones de cuidado desde su autonomía, con acompañamiento sereno de la persona que ejerce consejería [69]. Finalmente, **Dar apoyo** y **Acordar** refuerzan el proceso mediante la validación emocional, la oferta de recursos disponibles y la planificación conjunta de próximos pasos.

Tabla 5.3. Metodología ACCEDA

Etapas	Propósito central	Acciones del profesional	Clima / Enfoque
A Acoger	Crear un espacio inicial de seguridad emocional y confianza.	Recibir a la persona con calidez; saludar sin prisa; validar su presencia; evitar juicios iniciales.	Respeto, calidez, apertura, ausencia de prejuicios.
C Comprender	Explorar la situación, percepciones y emociones de la usuaria.	Utilizar preguntas abiertas; escuchar profundamente; reconocer sentimientos; identificar necesidades reales.	Escucha activa, empatía, curiosidad genuina.
C Compartir	Brindar información clara, comprensible y pertinente.	Explicar opciones, riesgos y beneficios; verificar comprensión; evitar tonos autoritarios o moralizantes.	Claridad, bidireccionalidad, comunicación no impositiva.
E Elegir	Facilitar decisiones autónomas respecto al cuidado.	Ofrecer alternativas; acompañar en la reflexión; promover la autonomía; validar elecciones.	Autonomía, respeto, acompañamiento sereno.
D Dar apoyo	Sostener emocionalmente y ofrecer recursos para la acción.	Reforzar la autoconfianza; ofrecer herramientas, redes o servicios disponibles; validar emociones.	Contención emocional, apoyo continuo.
A Acordar	Construir conjuntamente un plan o pasos a seguir.	Establecer acuerdos realistas; definir próximos pasos; planificar seguimiento; documentar lo hablado.	Corresponsabilidad, continuidad del cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

Las guías desarrolladas para el abordaje del consumo de alcohol, la infección por VIH/sida y el acompañamiento psicosocial constituyen herramientas esenciales que orientan la práctica profesional desde un enfoque ético y humanizado. No se trata únicamente de seguir pasos técnicos, sino de sostener un encuentro que ilumine la experiencia del otro sin juzgarla y que facilite decisiones informadas, sostenibles y libres.

En el caso del consumo problemático de tabaco, el modelo de intervención breve propuesto por el Ministerio de Salud de Argentina se estructura en las conocidas «5 A» (Tabla 5.4): averiguar, evaluar, aconsejar, asistir y acompañar en el seguimiento [70].

Tabla 5.4. Modelo de intervención breve «5 a»

Etapas	Descripción	Objetivo principal	Acciones del profesional
Averiguar (Ask)	Indagar de manera respetuosa y no estigmatizante sobre el consumo, conductas o situación de salud que motiva la consejería.	Identificar la presencia del problema y abrir un espacio de diálogo.	Uso de preguntas abiertas; exploración del contexto; escucha activa; crear clima de confianza.
Evaluar (Assess)	Valorar el nivel de riesgo, la frecuencia y los patrones de conducta, así como la motivación y disposición al cambio.	Determinar la gravedad del problema y el tipo de intervención necesaria.	Aplicación de instrumentos breves; análisis de riesgos; explorar motivación; identificar barreras y recursos.
Aconsejar (Advise)	Ofrecer información clara, basada en evidencia, adaptada a la realidad de la persona, explicando riesgos y alternativas de cambio.	Promover conciencia del riesgo y orientar hacia decisiones informadas.	Proporcionar mensajes breves y personalizados; sugerir cambios concretos; evitar juicios o imposiciones.
Asistir (Assist)	Apoyar a la persona en la elaboración de un plan de acción realista acorde a su motivación y circunstancias.	Facilitar el inicio del cambio y brindar herramientas prácticas.	Co-construir metas alcanzables; enseñar estrategias de afrontamiento; derivar cuando sea necesario.
Acompañar en el seguimiento (Arrange)	Establecer un proceso de seguimiento periódico para reforzar el cambio y ajustar estrategias.	Mantener la continuidad del acompañamiento y prevenir recaídas.	Citas de seguimiento o visitas domiciliarias.

Fuente: Elaboración propia.

Esta secuencia sencilla ofrece un marco potente para que el profesional pueda explorar el nivel de riesgo, brindar orientación clara y promover estrategias realistas de reducción o abandono del consumo. La guía insiste en que el acompañamiento debe sostenerse desde una comunicación no estigmatizante, reconociendo que los patrones de consumo se entrelazan con condiciones sociales, afectivas y económicas que requieren un abordaje integral [70].

De manera similar, la consejería para personas que viven con VIH/sida se apoya en protocolos ampliamente consolidados por organismos nacionales e internacionales. La Guía Nacional de Consejería en VIH/Sida del Ecuador subraya principios éticos fundamentales —confidencialidad, no coerción, respeto a los derechos humanos— y propone fases definidas que abarcan desde la preparación para la prueba, la comunicación del diagnóstico, el acompañamiento post-test y el seguimiento continuo [71]. En cada una de estas etapas, la persona que implementa la consejería debe ofrecer apoyo emocional, promover la adherencia al tratamiento e identificar factores psicosociales que puedan

afectar el bienestar.

Por su parte, el acompañamiento psicosocial telefónico se ha consolidado como un recurso relevante, especialmente en contextos de emergencia, aislamiento o limitaciones de acceso. Se pueden establecer tres momentos esenciales: la detección de necesidades, el desarrollo de la llamada y el seguimiento posterior. Durante la llamada, la prioridad es generar un clima de confianza mediante preguntas abiertas, escucha activa y validación emocional; se trata de sostener una presencia cuidadosa aun en la distancia. El cierre requiere especial delicadeza, pues implica sintetizar lo conversado, confirmar acuerdos, y definir si es necesario continuar con nuevas llamadas o derivaciones. El acompañamiento telefónico, lejos de ser una modalidad «menor», se convierte en un puente.

Vincular estos modelos permite reconocer una constante: la consejería efectiva exige una mirada sistémica capaz de articular protocolos con sensibilidad humana. Cada guía aporta pasos y orientaciones técnicas, pero su verdadero valor emerge cuando se integran en prácticas que respetan la autonomía, promueven decisiones informadas y sostienen la continuidad del cuidado. Los protocolos no funcionan como recetas, sino como mapas que orientan un encuentro profundamente humano, donde la palabra, la escucha y la presencia del profesional pueden abrir caminos de transformación, alivio y claridad para las personas que buscan apoyo en momentos críticos de su vida.

5.6 Primeros auxilios psicológicos: protocolo ABCDE

El modelo de intervención en crisis ABCDE se ha destacado por su claridad y aplicabilidad. Es un protocolo de primeros auxilios psicológicos que guía al profesional por cinco fases secuenciales y flexibles, cuyo objetivo principal es restablecer la sensación de seguridad y control en la persona. Estas fases son: Escucha Activa (A), Reentrenamiento de la Ventilación (B), Categorización de Necesidades (C), Derivación a Redes de Apoyo (D) y Psicoeducación (E) [72].

Tabla 5.5. Fases del modelo ABCDE de primeros auxilios psicológicos

Fase	Descripción	Objetivo / Propósito
A Escucha activa	Se dedica tiempo a que la persona exprese lo que le sucede sin ser juzgada ni presionada.	Validar la experiencia, transmitir comprensión y crear un entorno de seguridad emocional.
B Reentrenamiento de la ventilación	Enseñanza y práctica de técnicas de respiración profunda para regular la ansiedad y la activación fisiológica.	Ayudar a la persona a recuperar calma y control sobre su respuesta física ante la crisis.
C Categorización de necesidades	Identificación y priorización de las necesidades más urgentes y prácticas.	Clarificar qué es más importante en ese momento y organizar acciones inmediatas.
D Derivación a redes de apoyo	Orientación para conectar a la persona con su familia, amistades o servicios profesionales y sociales disponibles.	Garantizar continuidad de la atención y acceso a recursos de apoyo adicionales.
E Psicoeducación	Información sobre reacciones normales ante el estrés y estrategias de afrontamiento positivas.	Promover comprensión de la crisis, reducir ansiedad y fortalecer la capacidad de respuesta personal.

Fuente: Elaboración propia.

La eficacia del modelo ABCDE reside en su aplicación flexible y contextualizada. El protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) debe integrarse con la historia vital de la persona y los recursos comunitarios disponibles, evitando cualquier presión sobre su ritmo emocional. Su estructura actúa como un ancla para el profesional, pero su verdadero sentido surge al encarnarse en una relación de cuidado, donde la escucha, la observación atenta y la adaptación a la diversidad cultural son primordiales [72].

Por otra parte, este modelo se fundamenta en una secuencia que inicia con la aproximación y el contacto, y continúa hacia la exploración emocional, la contención y la recuperación de recursos internos. Cada fase invita a una presencia profesional que, aunque estructurada, se mantiene abierta a los matices de la experiencia humana. Los primeros auxilios psicológicos surgen desde la escucha, la observación atenta y el reconocimiento de que la crisis no es solo un evento emocional, sino una alteración profunda en la forma de interpretar la realidad. Por ello, el modelo ABCDE no busca corregir la vivencia, sino ayudar a reorganizarla, devolviendo a la persona una sensación mínima de orientación y seguridad. El protocolo funciona como un ancla para quien acompaña, pero su eficacia surge del modo en que esa estructura se encarna en la relación.

Los PAP se convierten en un acto de presencia plena, en el que la ética del cuidado

se manifiesta en el tono de voz, en la manera de formular preguntas y en la sensibilidad para no precipitar interpretaciones ni decisiones.

La *Guía de PAP* elaborada durante la emergencia sanitaria por COVID-19 [73] introduce la necesidad de adaptar los modelos de intervención a contextos de incertidumbre colectiva. En la pandemia, la consejería adquirió un carácter preventivo y comunitario que rebasó la atención individual. La crisis sanitaria mostró que la contención psicológica no es solo un recurso clínico, sino una herramienta de salud pública para preservar el bienestar social y disminuir el impacto del miedo, la desinformación y el aislamiento.

El verdadero sentido de los modelos ABCDE y PAP está en la experiencia del acompañamiento. La consejería en problemas específicos de salud no puede reducirse a técnicas, por más útiles que estas sean. Los protocolos funcionan como luces orientadoras, pero no reemplazan el trabajo humano que implica estar con el otro en su vulnerabilidad.

Desde una perspectiva más amplia, surge una idea esencial: los protocolos existen para ordenar la intervención, no para uniformar las experiencias. Cuando el profesional logra comprenderlo, puede aplicar las herramientas sin perder la cercanía que cada persona requiere. La crisis es un quiebre subjetivo en la continuidad de la vida. Acompañar ese quiebre implica escuchar con paciencia, sostener la incertidumbre y ayudar a la persona a reencontrar su propio centro, incluso si ese proceso toma más tiempo del esperado.

En consecuencia, el valor de los modelos de consejería radica en su capacidad para equilibrar técnica y humanidad. Proporcionan un marco seguro para intervenir, pero recuerdan que ningún protocolo puede anticipar la manera singular en que cada individuo vive su crisis.

CAPÍTULO 6

COMUNICACIÓN GRUPAL PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD

6.1 Grupos de mutua ayuda

Los grupos de ayuda mutua se configuran como una estrategia integral de promoción de la salud, caracterizándose por su capacidad para articular experiencias individuales en un proceso colectivo de acompañamiento, aprendizaje y fortalecimiento personal. Se fundamentan en la reciprocidad: cada participante asume simultáneamente los roles de perceptor y oferente de apoyo, lo que promueve la construcción compartida de conocimiento y recursos para enfrentar situaciones de enfermedad, vulnerabilidad o estrés social [74]. Esta doble función refuerza la autonomía de los individuos, mientras fortalece la cohesión grupal y el sentido de pertenencia, elementos esenciales para la consolidación de vínculos de apoyo sostenibles y de calidad.

La conformación de un grupo de ayuda mutua requiere de un diseño flexible que considere tanto las características de los participantes como el contexto en el que se desarrollará. Pueden implementarse en entornos presenciales, virtuales o híbridos, adaptándose a las posibilidades de acceso y comunicación de los individuos. Se busca que el grupo funcione como un espacio seguro, donde la confidencialidad y el respeto mutuo sean normas fundamentales. La seguridad emocional es indispensable, pues permite que los participantes compartan vivencias que, en otros contextos, podrían generar vulnerabilidad o estigmatización.

Los objetivos de los grupos de ayuda mutua son múltiples y complementarios. En primer lugar, proporcionan un soporte emocional que permite a los individuos gestionar mejor situaciones de estrés, ansiedad, duelo o enfermedad crónica. Esta función se ve reforzada por la identificación de patrones compartidos de experiencia, lo que genera validación y disminuye la sensación de aislamiento. En segundo lugar, cumplen un rol educativo y preventivo, facilitando la adquisición de conocimientos sobre el manejo de la salud, estrategias de autocuidado, reconocimiento de síntomas y utilización adecuada de servicios de atención sanitaria [74]. A través de estas funciones, los grupos no solo contribuyen al bienestar emocional, sino que también fortalecen la capacidad de los individuos para actuar de manera informada y proactiva respecto a su salud.

Estos grupos se sustentan en principios de participación activa, cooperación y respeto. Aunque la presencia de un facilitador es frecuente y recomendable, su papel no es el de un líder que impone directrices, sino el de un acompañante que orienta, motiva y asegura que los objetivos del grupo se cumplan. Este facilitador puede ser un profesional de la salud mental, un promotor comunitario o incluso un miembro con experiencia significativa.

La estructura de los grupos (Tabla 6.1) puede variar según su finalidad específica y las características de los participantes. Existen grupos orientados a la gestión de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), salud mental, acompañamiento en duelo, prevención del abuso de sustancias o fortalecimiento de habilidades sociales. Todos comparten elementos estructurales esenciales: definición clara de objetivos, creación de normas de funcionamiento, planificación sistemática de sesiones, y evaluación continua de la efectividad grupal [74].

Tabla 6.1. Elementos estructurales de los grupos de apoyo y ayuda mutua.

Aspecto	Descripción	Ejemplos
Finalidad del grupo	La estructura del grupo se define a partir de su propósito principal y de las necesidades específicas de los participantes.	Gestión de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión); salud mental; acompañamiento en procesos de duelo; prevención del abuso de sustancias; fortalecimiento de habilidades sociales.
Características de los participantes	La composición del grupo influye en la dinámica, metodología y nivel de intervención requerida.	Edad, condición de salud, contexto sociocultural, experiencias compartidas.
Definición de objetivos	Establecimiento claro y explícito de los propósitos que guían el funcionamiento del grupo.	Objetivos terapéuticos, educativos, preventivos o psicosociales.
Normas de funcionamiento	Conjunto de reglas que regulan la convivencia y favorecen un ambiente seguro y respetuoso.	Confidencialidad, respeto mutuo, participación voluntaria, puntualidad.
Planificación de sesiones	Organización sistemática de los encuentros para garantizar coherencia y continuidad en el proceso grupal.	Frecuencia, duración, contenidos, metodologías participativas.
Evaluación continua	Proceso permanente de valoración de la efectividad y pertinencia del grupo.	Seguimiento de logros, ajustes metodológicos, retroalimentación de los participantes.

Fuente: Elaboración propia.

En la actualidad, los entornos virtuales han ampliado las posibilidades de intervención de los grupos de ayuda mutua, permitiendo que personas que viven en contextos geofiguras dispersos puedan compartir experiencias y recursos. Estas plataformas virtua-

les deben mantener los mismos principios de confidencialidad, respeto y participación activa, mediante el uso de foros, videollamadas, chats y herramientas de colaboración en línea.

El impacto de los grupos de ayuda mutua se observa en múltiples dimensiones. En lo individual, los participantes suelen reportar disminución de la ansiedad, incremento de la autoestima, fortalecimiento de la resiliencia y mejor manejo de síntomas asociados a condiciones de salud crónica o mental. En lo colectivo, se fortalece la cohesión social, se promueve el desarrollo de redes comunitarias y se fomenta la solidaridad, factores que contribuyen a la equidad y la inclusión.

Para que estos grupos perduren en el tiempo requieren tres pilares: participación activa continua, facilitadores capacitados y respaldo institucional que provea recursos y acompañamiento técnico. ¿Cómo medir su impacto? A través de sistemas de evaluación que consideren: satisfacción de los participantes, percepción de mejoría en su calidad de vida, aprendizajes concretos adquiridos, y fortalecimiento en su capacidad para enfrentar desafíos de salud. Esta evaluación continua no solo mide resultados, sino que retroalimenta y revitaliza las estrategias grupales, asegurando su efectividad e innovación constante [74].

En esencia, los grupos de ayuda mutua transforman la comunicación en acción colectiva. Integran lo emocional, lo educativo y lo social en una experiencia poderosa. No son meros espacios de conversación, sino laboratorios de resiliencia comunitaria. La consolidación de estos grupos implica reconocer la importancia de la experiencia individual, valorar la diversidad de perspectivas y crear ambientes que favorezcan la participación activa y el empoderamiento de todos los integrantes. Su potencial radica en la capacidad de transformar la vulnerabilidad en resiliencia, la experiencia individual en aprendizaje colectivo y la interacción grupal en un recurso significativo para la promoción de la salud en contextos diversos

6.2 Círculos de mujeres y de hombres

Los círculos de mujeres y de hombres constituyen una modalidad especializada dentro de los procesos de comunicación grupal orientados a la promoción de la salud y el fortalecimiento comunitario. Su propósito fundamental es ofrecer un espacio seguro, inclusivo y confidencial en el que los participantes puedan compartir experiencias, reflexionar sobre su vida cotidiana y desarrollar estrategias de autocuidado y crecimiento

personal desde la perspectiva de género. Reconocen que las vivencias de mujeres y hombres son diferentes y, por tanto, requieren enfoques diferenciados para ser efectivos [75].

La metodología del círculo se fundamenta en el principio de horizontalidad absoluta, utilizando un ‘objeto de la palabra’ (un elemento físico que otorga el derecho exclusivo de hablar mientras se sostiene) para garantizar que todos los participantes sean escuchados sin interrupciones. Esta práctica fomenta el respeto mutuo y la empatía profunda. La estructura no jerárquica resultante es esencial para la promoción de la salud, pues democratiza la comunicación, permitiendo que todas las voces contribuyan al diálogo colectivo y superando los modelos tradicionales unidireccionales.

En los círculos de mujeres (Tabla 6.2), la dinámica se centra en la construcción de redes de apoyo mutuo que fortalezcan la autoestima, la autonomía y la capacidad de toma de decisiones informadas en torno a la salud, la educación y la vida personal. Estos círculos resultan especialmente relevantes para mujeres que enfrentan situaciones de violencia basada en género, discriminación o exclusión social, ya que proporcionan un marco de contención emocional y aprendizaje colectivo. Los encuentros se organizan siguiendo pautas metodológicas que fomentan la participación equitativa, la escucha activa, la expresión de emociones y la resolución colaborativa de problemas [75]. Las facilitadoras desempeñan un rol fundamental al guiar las sesiones mediante rituales de apertura y cierre que ayudan a tejer redes de apoyo comunitario sólidas y resilientes [76]. Entre las estrategias más empleadas en los círculos de mujeres se incluyen la creación de redes de apoyo comunitario, ejercicios de autoexploración emocional, dinámicas de comunicación asertiva y talleres de habilidades prácticas orientadas al autocuidado y la prevención de riesgos. La intervención requiere de una atención específica a mujeres víctimas de violencia, donde el círculo se convierte en un refugio terapéutico que facilita la reparación simbólica y emocional [75].

Tabla 6.2. Características de los círculos de mujeres

Dimensión	Características principales	Aportes y alcances
Propósito central	Construcción de redes de apoyo mutuo orientadas al fortalecimiento de la autoestima, la autonomía y la toma de decisiones informadas.	Empoderamiento personal y colectivo en ámbitos de salud, educación y vida personal.
Población prioritaria	Mujeres que enfrentan violencia basada en género, discriminación o exclusión social.	Brinda un espacio seguro de contención emocional, reconocimiento y aprendizaje colectivo.
Técnicas de animación grupal	Metodologías participativas basadas en la equidad, la horizontalidad y el respeto mutuo.	Fomenta la escucha activa, la expresión emocional y la resolución colaborativa de problemas.
Rol de las facilitadoras	Acompañamiento y conducción de los encuentros mediante rituales de apertura y cierre.	Tejido de redes comunitarias sólidas, resilientes y sostenibles en el tiempo.
Estrategias metodológicas	Uso de dinámicas vivenciales y educativas adaptadas al contexto de las participantes.	Redes de apoyo comunitario, autoexploración emocional, comunicación asertiva, talleres de habilidades prácticas.
Enfoque terapéutico-comunitario	Atención sensible a mujeres víctimas de violencia, desde una perspectiva de cuidado y reparación.	El círculo funciona como refugio terapéutico que favorece la reparación simbólica y emocional.
Impacto comunitario	Transformación de experiencias individuales en aprendizajes colectivos.	Fortalece la confianza, la resiliencia y la cohesión social en la comunidad.

Fuente: Elaboración propia.

Los círculos de hombres se enfocan en la reflexión crítica sobre masculinidades, roles de género y relaciones interpersonales, con el objetivo de promover participación activa en la construcción de entornos igualitarios y saludables. Estos espacios facilitan el cuestionamiento de estereotipos tradicionales de masculinidad mediante la identificación de patrones que limitan la expresión emocional, el análisis de normas sociales que pueden fomentar violencia, y la revisión de expectativas que obstaculizan la corresponsabilidad familiar y comunitaria. Los hombres aprenden a reconocer sus emociones, gestionar conflictos y asumir responsabilidades de manera equitativa, contribuyendo al fortalecimiento de vínculos saludables y al bienestar colectivo [77].

Los círculos de hombres combinan introspección personal con acción grupal estructurada. Esto activa un doble proceso: primero, identificar patrones culturales y familiares que moldean su conducta; y, segundo, ensayar colectivamente nuevas formas de ser y relacionarse. No es solo reflexión: es entrenamiento emocional para transformar actitudes y comportamientos [77]. La implicación de los hombres en la igualdad no es solo una cuestión de derechos humanos, sino una herramienta para promover la salud mental y prevenir conductas de riesgo asociadas a la masculinidad hegemónica.

Tabla 6.3. Características de los círculos de hombres

Dimensión	Características principales	Aportes y alcances
Propósito central	Espacio de reflexión crítica sobre masculinidades, roles de género y relaciones interpersonales.	Promueve la construcción de entornos igualitarios, saludables y respetuosos.
Enfoque formativo	Cuestionamiento de estereotipos tradicionales de la masculinidad que limitan la expresión emocional y refuerzan conductas violentas.	Favorece modelos alternativos de masculinidad basados en el respeto, el autocuidado y la corresponsabilidad.
Desarrollo socioemocional	Reconocimiento y expresión consciente de las emociones masculinas en un entorno seguro.	Mejora la gestión emocional, la resolución constructiva de conflictos y la salud mental.
Técnicas de animación grupal	Metodologías participativas que combinan reflexión individual y actividades grupales estructuradas.	Genera aprendizajes significativos a partir del intercambio de experiencias personales.
Estrategias metodológicas	Uso de discusiones guiadas, análisis de experiencias de vida y recursos audiovisuales.	Análisis de documentales y materiales reflexivos que estimulan la introspección sobre la identidad masculina.
Conciencia crítica	Análisis de patrones culturales, sociales y familiares que influyen en la conducta masculina.	Promueve la transformación positiva de actitudes y comportamientos.
Impacto en la igualdad y la salud	Implicación activa de los hombres en la igualdad de género como estrategia de bienestar.	Prevención de conductas de riesgo asociadas a la masculinidad hegemónica y fortalecimiento de vínculos saludables.
Proyección comunitaria	Compromiso de los participantes con cambios sostenibles en la familia y la comunidad.	Contribuye al bienestar colectivo y a la construcción de relaciones más equitativas.

Fuente: Elaboración propia.

Implementar estos círculos requiere diseño estratégico y acompañamiento profesional. Tres elementos son clave: establecer normas de convivencia consensuadas, diseñar temáticas que respondan a las necesidades reales del grupo, y seleccionar facilitadores capacitados en metodologías activas. El seguimiento y la retroalimentación permiten adaptar las estrategias, mantener la motivación de los participantes y garantizar que los resultados sean sostenibles en el tiempo. Estos círculos representan una estrategia complementaria dentro de la comunicación grupal para la promoción de la salud, integrando dimensiones emocionales, educativas y sociales. Su valor radica en transformar la experiencia individual en aprendizaje colectivo, fortaleciendo tanto las competencias personales como los vínculos comunitarios. Al abordar problemáticas desde la perspectiva de género, los círculos contribuyen a la construcción de entornos más equitativos, fomentan la participación activa y promueven el desarrollo de capacidades que impactan

directamente en la salud integral y la prevención de la violencia [77].

Los círculos de mujeres y de hombres son herramientas de intervención social que fortalecen la cohesión social y la promoción de derechos. A través de la reflexión compartida, el aprendizaje colaborativo y la creación de redes de apoyo, estos espacios fomentan la resiliencia y la igualdad. La planificación cuidadosa y la continuidad de los encuentros garantizan que estos círculos cumplan con su propósito de contribuir al bienestar integral de las personas y a la construcción de comunidades más justas, inclusivas y saludables.

6.3 Técnicas comunicacionales para el trabajo en grupo

Imagine un equipo de salud comunitaria no como un conjunto de personas, sino como un organismo vivo donde la comunicación es su sistema circulatorio. Cuando fluye bien, nutre cada célula del grupo; cuando se obstruye, todo el organismo se debilita. Esta visión reconoce que la salud no es individual sino colectiva, un proceso social donde empoderar a las comunidades significa darles herramientas comunicativas para tomar control de su bienestar. Es indispensable desarrollar habilidades blandas, específicamente el trabajo en equipo y la colaboración, esenciales para la formación de una ciudadanía democrática capaz de participar activamente en la gestión de su entorno. La operatividad de estos grupos de trabajo depende de la fluidez de sus procesos internos, donde la comunicación efectiva actúa como un factor crítico del éxito, permitiendo que la visión compartida prevalezca y se reduzcan las barreras que suelen fragmentar las intervenciones comunitarias.

La implementación de técnicas comunicacionales en grupos de salud busca organizar sistemáticamente la interacción para optimizar el aprendizaje colectivo y la toma de decisiones. Estas técnicas son instrumentos metodológicos que estructuran la actividad grupal, orientando la participación hacia objetivos específicos de salud pública. No obstante, la aplicación de estas herramientas no es mecánica; requiere que el facilitador comprenda que cada grupo es una entidad única y se debe facilitar procesos donde se fomente la participación equitativa y se superen los bloqueos comunicativos que impiden la cohesión [78]. En este sentido, la selección de la técnica adecuada, ya sea de presentación, análisis o clausura, debe considerar el contexto sociocultural de los participantes.

Las técnicas comunicacionales son como una caja de herramientas con instrumentos

para cada fase grupal:

- Para comenzar: técnicas ‘rompehielo’ para crear confianza y diálogos auténticos [78].
- Para profundizar: técnicas de debate como paneles que desmenuzan problemas complejos, asegurando que todas las voces comunitarias sean escuchadas.

Asimismo, existen técnicas orientadas al debate y la profundización de contenidos, como los paneles o grupos de discusión, que ayudan a desmenuzar problemas complejos de salud comunitaria y garantizan que todas las voces de la población sean valoradas. Estas técnicas permiten que el grupo transite de una fase de conocimiento superficial a una de análisis crítico, para que la promoción de la salud no sea una imposición externa, sino un acuerdo nacido del consenso y la reflexión colectiva. La colaboración, entendida como una competencia democrática, se fortalece mediante estas prácticas al permitir que los actores sociales ensayen respuestas conjuntas frente a las desigualdades sanitarias.

Finalmente, la efectividad de las técnicas comunicacionales reside en su capacidad para generar una comunicación asertiva y una escucha activa entre los integrantes del equipo. Un liderazgo que promueve canales abiertos de retroalimentación disminuye la ambigüedad y el conflicto, elementos que suelen desgastar los proyectos de intervención comunitaria. Al aplicar estas técnicas, se busca no solo la eficiencia operativa, sino también la humanización de los procesos de salud, donde la empatía y la responsabilidad compartida se conviertan en los pilares de la acción grupal. Así, las técnicas comunicacionales dejan de ser simples ejercicios lúdicos para transformarse en estrategias políticas de transformación social.

6.4 Organización de ferias, concursos y actividades grupales

Bullicio, colores, conversaciones animadas; estas ferias son mucho más que *stands* informativos: son plazas públicas de aprendizaje vivo donde la comunidad se moviliza alrededor de su salud. Aquí, la comunicación no es teórica sino experiencial. Cada interacción remodela percepciones sobre riesgos y fortalece los factores que protegen la salud colectiva. La organización de estas actividades requiere una planificación que trascienda lo logístico para ubicarse en lo estratégico, garantizando que cada feria o concurso sea un hito en la educación para la salud y una herramienta política para el desarrollo local.

Aquí es imperativo seguir una metodología rigurosa que estructure desde la concepción del evento hasta su evaluación final. La organización de ferias y exposiciones implica un manejo técnico de la información y los espacios, asegurando que el flujo de visitantes permita una interacción real con los contenidos de salud. En el contexto ecuatoriano, la organización de ferias escolares y comunitarias debe alinearse con objetivos educativos claros, donde la participación de los estudiantes y la comunidad no sea pasiva, sino que se convierta en una oportunidad para demostrar habilidades blandas, liderazgo y conocimientos técnicos adquiridos en el proceso de aprendizaje [30].

La planificación de estos eventos se divide en fases críticas (Tabla 6.4) que deben ser gestionadas con precisión. La primera es el pre-evento o fase de diagnóstico y diseño, donde se definen los objetivos de salud a comunicar, el público objetivo y la temática central. Según Serna y Escudero [79], la coherencia visual y conceptual de los *stands* y materiales es vital; un diseño desorganizado puede generar desconfianza en la audiencia. La fase de ejecución requiere de una facilitación que anime la participación, una herramienta para el cambio social, donde el facilitador actúa como un puente entre el conocimiento técnico-médico y el saber popular, permitiendo que la comunicación fluya de manera horizontal y que los asistentes se sientan protagonistas de su propio proceso de cuidado.

Tabla 6.4. Fases de las actividades y eventos de promoción de salud.

Fase	Descripción
Pre-evento o fase de diagnóstico y diseño	Etapla inicial orientada a la planificación estratégica del proceso comunicativo en salud. Se definen los objetivos de salud a comunicar, el público objetivo, la temática central del evento, recursos y presupuesto.
Fase de ejecución	Momento de desarrollo del evento, centrado en la interacción directa con la comunidad. Requiere una facilitación activa que incentive la participación y el diálogo.
Fase post-evento	Se analiza resultados, agradece a los participantes, se sistematiza aprendizajes clave y se conecta con nuevas organizaciones, grupos y personas.

Fuente: Elaboración propia.

Los concursos y actividades grupales dentro de las ferias añaden un componente lúdico y participativo que refuerza el aprendizaje significativo. Al incentivar la creatividad comunitaria a través de concursos de carteles, dramatizaciones o *stands* informativos, se fomenta el trabajo en equipo, que es una competencia esencial para la democracia y la salud pública [79]. Estos espacios permiten que la comunicación grupal sea bidireccional: la institución comunica pautas de prevención, mientras que la comunidad expresa sus

necesidades, miedos y visiones de salud a través de sus propuestas creativas, generando un diálogo de saberes.

El éxito de una feria o una actividad grupal radica en su capacidad para movilizar sentimientos de pertenencia. Cuando los miembros de una comunidad se organizan para concursar o exponer en una feria de salud, están poniendo en práctica la ayuda mutua y la solidaridad social, elementos que son, en sí mismos, generadores de salud mental y cohesión social [80].

La fase post-feria, frecuentemente descuidada, es donde la siembra se convierte en cosecha. Una evaluación profesional no solo analiza resultados y agradece participantes, sino que sistematiza aprendizajes clave y conecta voluntades dispersas [79].

En promoción de salud, esta sistematización transforma eventos puntuales en movimientos sostenibles, asegurando que el impulso colectivo no se diluya, sino que germine en organizaciones comunitarias más estables y empoderadas. La información obtenida de los concursos y diálogos grupales debe servir como insumo para futuras políticas públicas locales y planes de intervención sanitaria.

En conclusión, la organización de ferias, concursos y actividades grupales representa el brazo operativo y democrático de la comunicación grupal en salud. Estos espacios deben ser evaluados por su capacidad de generar encuentros significativos donde la comunicación efectiva disminuya la ambigüedad, resuelva conflictos y transforme la acción grupal en un motor de desarrollo local, autonomía comunitaria y bienestar social.

CAPÍTULO 7

CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN Y MERCADOTECNIA SOCIAL EN SALUD

7.1 Campañas de comunicación en salud

Las campañas de comunicación en salud constituyen una de las estrategias más complejas y relevantes dentro de los procesos contemporáneos de promoción de la salud, en tanto articulan saberes provenientes de la comunicación social, la educación, la psicología, la sociología y las ciencias de la salud [81]. Su alcance trasciende la difusión de información sanitaria, pues se orientan a la construcción de procesos comunicativos intencionados, sistemáticos y éticamente responsables, capaces de incidir en los conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de individuos y colectivos, en contextos socioculturales diversos y dinámicos. Son intervenciones sociales planificadas que buscan contribuir al bienestar individual y colectivo, promoviendo estilos de vida saludables, reduciendo riesgos y fortaleciendo la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas respecto a su salud [81].

Así, la comunicación en salud supera su rol tradicional como herramienta auxiliar de la biomedicina. Se consolida como un eje fundamental de la salud pública, con significativas repercusiones en los ámbitos educativo, social y político. Las campañas de comunicación en salud solo alcanzan su verdadero impacto cuando se insertan en procesos educativos continuos, participativos y culturalmente pertinentes, orientados no únicamente a la modificación de conductas individuales, sino también a la transformación de entornos sociales y comunitarios. Esta concepción propone modelos dialógicos de comunicación en los que los sujetos son reconocidos como actores sociales activos, capaces de interpretar, resignificar y actuar sobre los mensajes recibidos [82].

Las campañas se sustentan en modelos que integran dimensiones informativas, persuasivas y educativas, cuya efectividad depende de la coherencia entre los objetivos comunicacionales, el diseño del mensaje, los canales utilizados y las características de los públicos a los que se dirigen. Estas no pueden entenderse como acciones aisladas o eventos circunstanciales, sino como procesos estratégicos de mediano y largo plazo, articulados a políticas públicas de salud y a programas institucionales de promoción y prevención. Esta

visión procesual exige una planificación rigurosa, así como una comprensión profunda de los determinantes sociales, culturales y simbólicos que influyen en las prácticas de salud [82].

El diseño de una campaña de comunicación en salud requiere inicialmente un diagnóstico situacional integral. Este debe identificar: (1) problemas prioritarios y factores de riesgo; (2) creencias y representaciones sociales vigentes; (3) barreras comunicativas existentes; y (4) recursos disponibles [82]. Dicho diagnóstico no solo orienta la selección de contenidos, sino que define el tono, el lenguaje, los formatos y las narrativas más adecuadas para cada contexto. En este marco, la comunicación se distancia de enfoques normativos, prescriptivos o culpabilizadores, y adopta una perspectiva comprensiva y empática.

Las campañas de comunicación incluyen entre sus propósitos incrementar conocimientos sobre riesgos sanitarios, modificar actitudes y creencias erróneas, fortalecer habilidades para el autocuidado, promover cambios conductuales sostenibles y contribuir a crear entornos sociales saludables [81]. Son más efectivas cuando integran estrategias informativas, educativas y persuasivas, y cuando se articulan con acciones estructurales y comunitarias que refuerzan los mensajes.

La campaña de comunicación en salud es un dispositivo pedagógico-social que contribuye a la formación de sujetos críticos, capaces de comprender los determinantes de su salud y de participar activamente en la construcción de soluciones individuales y colectivas. Esta función educativa se manifiesta tanto en el contenido de los mensajes como en las metodologías comunicativas empleadas, privilegiando enfoques participativos, narrativas significativas y recursos que faciliten la reflexión y el aprendizaje [82]. La comunicación no se limita a persuadir o convencer, sino que busca generar procesos de apropiación social del conocimiento y de empoderamiento ciudadano.

En el Ecuador, un referente emblemático de las campañas de comunicación en salud con enfoque educativo y social lo constituye la experiencia de *Máximo el Tucán*, personaje creado a inicios de la década de 1990 bajo la guía de Roy Disney y el talento del artista ecuatoriano, Edgar Cevallos. Sus mensajes están respaldados por la capacidad técnica de UNICEF. Su nombre responde a que su pico es el más grande de las aves amazónicas, a la máxima calidad que se puso al crearlo y también en honor a quien fue el director creativo de Disney, Max Howard, quien estuvo al frente del proyecto [83].

Con una personalidad cálida y alegre, y vistiendo un sombrero de paja toquilla y

una camisa blanca, Máximo se volvió un ícono en Ecuador. Su canción “Yo soy Máximo y aquí estoy”, aún resuena en quienes lo conocieron y lo recuerdan por sus mensajes que promovieron valores de solidaridad, corresponsabilidad familiar y derechos de la niñez.

Máximo surge en un escenario marcado por la necesidad de fortalecer acciones preventivas frente a problemáticas estructurales como la desnutrición crónica infantil, la pobreza y las brechas de acceso a información sanitaria, especialmente en poblaciones rurales y urbano-marginales [83].

Máximo el tucán fue concebido como un recurso comunicacional-pedagógico que combinaba elementos narrativos, visuales y simbólicos propios del contexto cultural ecuatoriano. Su figura permitió traducir mensajes complejos de salud y nutrición en contenidos comprensibles para niñas, niños, familias y comunidades. La creación del personaje respondió a la necesidad de superar los enfoques informativos tradicionales, incorporando estrategias narrativas capaces de generar identificación emocional, recordación y apropiación social de los mensajes [84].

Su impacto trascendió la coyuntura de las campañas específicas y se convirtió en un referente de memoria colectiva y en un antecedente significativo de las actuales estrategias de comunicación con enfoque de derechos. Su permanencia en el imaginario social confirma que la comunicación en salud, cuando se articula con procesos educativos continuos y culturalmente pertinentes, puede contribuir de manera significativa a la sensibilización social y a la construcción de prácticas saludables sostenibles en el tiempo [83] [84].

Figura 7.1. Máximo, el tucán



Fuente: UNICEF Ecuador 2022 [83].

Actualmente, la recuperación y resignificación de Máximo el Tucán hace parte de

los esfuerzos actuales por combatir la desnutrición crónica infantil mediante campañas integrales que combinan comunicación estratégica, educación comunitaria y acción intersectorial. Esta continuidad histórica refuerza la idea de que las campañas de comunicación en salud son procesos de largo aliento que se nutren de experiencias exitosas y que fortalecen su impacto cuando logran generar vínculos duraderos con la población [83].

El diseño estratégico de las campañas exige una articulación coherente de objetivos, mensajes, públicos, canales, recursos y evaluación. La claridad estratégica es un factor determinante para la efectividad de las campañas, así como la capacidad de adaptación a los cambios del contexto social, cultural y mediático [81]. Uno de los elementos centrales de este diseño es la segmentación de los públicos, desde criterios demofiguras, culturales, psicológicos y sociales.

Reconocer la diversidad de los públicos implica diseñar mensajes diferenciados, sensibles a las particularidades de género, edad, nivel educativo, pertenencia cultural y condiciones de vulnerabilidad, evitando generalizaciones que limiten la pertinencia y el impacto de la comunicación.

La construcción del mensaje requiere, además, una lógica de significación social que permita vincular la información sanitaria con las experiencias, valores y preocupaciones cotidianas de las personas [82]. Las campañas que logran generar identificación emocional, credibilidad y sentido de relevancia presentan mayores probabilidades de incidir en las prácticas de salud [81]. En este proceso, la narrativa resulta fundamental: humaniza los mensajes, visibiliza historias relevantes y conecta el conocimiento técnico con la vida cotidiana.

En el contexto actual, las campañas de comunicación en salud se desarrollan en un ecosistema mediático complejo, caracterizado por la coexistencia de medios tradicionales, plataformas digitales y espacios comunitarios [81]. Esta diversidad de canales ofrece oportunidades para ampliar el alcance de los mensajes, pero también plantea desafíos relacionados con la saturación informativa, la circulación de información errónea y la fragmentación de las audiencias. Es fundamental integrar de manera estratégica distintos canales de comunicación, combinando medios masivos con estrategias interpersonales y comunitarias, y que se refuercen mutuamente y contribuyan a una mayor comprensión y apropiación de los mensajes.

El uso de recursos visuales, audiovisuales y narrativos debe responder a criterios

de claridad, accesibilidad y pertinencia cultural [82]. El empleo de un lenguaje sencillo, inclusivo y respetuoso, así como de imágenes y símbolos culturalmente significativos, contribuye a reducir barreras comunicativas y a fortalecer la confianza de los públicos en los mensajes emitidos. La coherencia discursiva entre los distintos formatos y canales es esencial para evitar contradicciones y fortalecer la credibilidad de la campaña.

Además de su integración con políticas públicas, la evaluación es un componente indispensable de las campañas, ya que permite valorar su impacto, identificar áreas de mejora y realizar ajustes oportunos [81]. Esta evaluación debe incorporar el análisis de cambios en conocimientos, actitudes y prácticas, así como, cuando sea posible, en indicadores de salud. La integración de enfoques cuantitativos y cualitativos en los procesos evaluativos favorece una comprensión más profunda de los efectos reales de las campañas y de los factores que condicionan su efectividad.

La sostenibilidad de las campañas de comunicación en salud depende en gran medida de su articulación con políticas públicas, programas institucionales y procesos comunitarios. Las campañas aisladas, sin continuidad ni respaldo estructural tienden a generar efectos limitados y transitorios. En contraste, aquellas que se integran a estrategias más amplias de mercadotecnia social, educación permanente y participación comunitaria presentan mayores posibilidades de generar transformaciones duraderas en las prácticas y representaciones sociales vinculadas a la salud [81].

Las campañas de comunicación en salud deben sustentarse en principios éticos que orienten su diseño y ejecución, garantizando el respeto a la dignidad humana, la equidad, la inclusión y el enfoque de derechos. Esto implica evitar discursos estigmatizantes, culpabilizadores o alarmistas, y promover una comunicación responsable.

7.2 La campaña comunicacional «reacciona, Ecuador, el machismo es violencia»

La violencia de género es uno de los problemas estructurales más persistentes en la sociedad ecuatoriana y latinoamericana. La campaña «Reacciona, Ecuador, el machismo es violencia» representó una intervención comunicacional nacional orientada a transformar imaginarios y prácticas vinculadas al machismo como sustento simbólico de la violencia [85]. La campaña desplegó doce spots televisivos, cuñas radiales, materiales impresos, una serie de cuentos infantiles, carteles y actividades masivas como conciertos [86].

Figura 7.2. Spot cavernícola



Fuente: Campaña «Reacciona, Ecuador, el machismo es violencia» [86].

Uno de los aspectos más innovadores de «Reacciona Ecuador» fue su decisión de interpelar directamente a los hombres. Las piezas audiovisuales evitaron centrarse exclusivamente en la representación de mujeres víctimas, desplazando el foco hacia la responsabilidad masculina en la reproducción del machismo.

La campaña «Reacciona Ecuador, el machismo es violencia» es un hito en la comunicación pública orientada a la prevención de la violencia de género en el país. Su inserción en una política pública integral, la diversidad de soportes utilizados, la calidad estética de sus piezas y el enfoque centrado en la responsabilidad compartida constituyen elementos que explican su impacto. No obstante, la comunicación por sí sola no garantiza cambios estructurales. La persistencia de prácticas discriminatorias evidencia que la erradicación del machismo requiere políticas sostenidas, educación en igualdad y fortalecimiento institucional.

7.3 Etapas de las campañas comunicacionales: investigación, planificación, ejecución/gestión y monitoreo/evaluación

Las campañas de comunicación en salud se desarrollan a través de un ciclo compuesto por cuatro etapas interconectadas y retroalimentadas: investigación, planificación, ejecución o gestión, y monitoreo-evaluación [87]. Este enfoque garantiza que las intervenciones sean pertinentes, efectivas y sostenibles, alineadas con los objetivos de

salud pública y las necesidades de la población.

La **investigación** es el pilar fundacional de toda campaña de comunicación en salud, donde se realiza un diagnóstico integral que permite comprender el problema de salud, sus determinantes sociales, culturales y conductuales, así como las características, percepciones, creencias y prácticas de los públicos involucrados [87] [88]. No se limita a la recolección de datos epidemiológicos, sino que incorpora el análisis de barreras, motivaciones, beneficios percibidos, costos sociales y contextos simbólicos que influyen en la adopción o rechazo de comportamientos saludables [89]. Esta comprensión profunda del público objetivo resulta necesaria para diseñar mensajes culturalmente pertinentes y éticamente responsables. Asimismo, la investigación permite identificar actores estratégicos, canales de comunicación disponibles, experiencias previas, marcos normativos e institucionales, y recursos existentes, lo que favorece la coherencia entre la campaña y el contexto sociopolítico en el que se implementa [87].

La **planificación** traduce los hallazgos de la investigación en un diseño estratégico estructurado, con objetivos, públicos, mensajes, estrategias, tácticas, recursos, cronogramas e indicadores. Esta etapa garantiza que la campaña responda a una lógica de intervención clara y medible, alineada con los principios de la promoción de la salud y el bien social. La planificación en mercadotecnia social implica asumir una visión integradora de la comunicación, la educación, la movilización social y las políticas públicas [87]. En este sentido, los mensajes buscan persuadir éticamente, empoderar a las comunidades y facilitar decisiones saludables. En esta etapa se definen también los canales y formatos comunicacionales, considerando su alcance, credibilidad y adecuación a los públicos, así como la combinación de medios tradicionales, digitales y comunitarios. La planificación estratégica actúa como un marco orientador que reduce la improvisación y fortalece la coherencia interna de la campaña.

La **ejecución o gestión** corresponde a la implementación operativa de las acciones planificadas. En esta fase se producen y difunden los mensajes, se activan los canales seleccionados, se desarrollan actividades educativas y comunitarias, y se articulan los actores involucrados en la campaña. Desde la comunicación en salud, esta etapa exige una gestión flexible y contextualizada, capaz de adaptarse a las respuestas del público y a las condiciones cambiantes del entorno [87].

Asimismo, la gestión implica procesos de coordinación intersectorial, capacitación de equipos, supervisión de materiales y aseguramiento de la calidad comunicacional,

garantizando que los mensajes mantengan claridad, pertinencia cultural y respeto por la diversidad.

El *monitoreo* y la *evaluación* constituyen una etapa transversal y estratégica, orientada a valorar el desempeño, los resultados y el impacto de la campaña. El *monitoreo* permite dar un seguimiento continuo de las actividades, identificar desviaciones y efectuar ajustes oportunos durante la ejecución. La *evaluación* analiza en qué medida se alcanzaron los objetivos propuestos, considerando cambios en conocimientos, actitudes, prácticas y, cuando es posible, en indicadores de salud. La evaluación debe entenderse un proceso de aprendizaje institucional y social. Desde la mercadotecnia social, la evaluación adquiere un sentido ético y político, al permitir valorar si la campaña contribuyó efectivamente al bien común, redujo inequidades y fortaleció la participación social. Los resultados obtenidos retroalimentan nuevas fases de investigación y planificación, consolidando el carácter **cíclico y continuo** de las campañas comunicacionales en salud [87].

Tabla 7.1. Etapas de la campaña de comunicación

Etapa	Propósito central	Elementos
Investigación	Fundamentar la campaña mediante un diagnóstico integral del problema de salud y de los públicos involucrados.	■ Análisis del problema de salud y sus determinantes sociales, culturales y conductuales. ■ Estudio de percepciones, creencias, actitudes y prácticas. ■ Identificación de barreras, motivaciones, beneficios percibidos y costos sociales.
Planificación	Traducir los hallazgos de la investigación en un diseño estratégico coherente y medible.	■ Reconocimiento de actores, canales, marcos normativos y recursos disponibles. ■ Definición de objetivos generales y específicos. ■ Segmentación de públicos. ■ Diseño de mensajes, estrategias y tácticas. ■ Selección de canales y formatos comunicacionales. ■ Establecimiento de cronogramas, recursos e indicadores.

Etapas	Propósito central	Elementos
Ejecución / Gestión	Implementar operativamente las acciones planificadas de forma coherente y contextualizada.	■ Producción y difusión de mensajes. ■ Activación de canales tradicionales, digitales y comunitarios. ■ Desarrollo de actividades educativas y participativas. ■ Coordinación intersectorial y capacitación de equipos.
Monitoreo y evaluación	Valorar el desempeño, los resultados y el impacto de la campaña, retroalimentando el proceso.	■ Seguimiento continuo de actividades (monitoreo). ■ Evaluación de resultados e impacto en conocimientos, actitudes y prácticas. ■ Análisis de contribución al bienestar social y reducción de inequidades.

Fuente: Elaboración propia.

Estas etapas conforman un ciclo continuo de mejora. La evaluación retroalimenta la investigación de futuras campañas, fortaleciendo la capacidad institucional y la respuesta comunicacional ante problemas de salud emergentes.

7.4 Mercadotecnia social aplicada a la salud

La mercadotecnia social aplicada a la salud es una estrategia clave para promover el bienestar colectivo y transformar comportamientos relacionados con la salud. Su relevancia es particularmente evidente en escenarios donde interactúan factores sociales, culturales, económicos y políticos. Su emergencia responde a la necesidad de superar enfoques tradicionales centrados exclusivamente en la información sanitaria o en la regulación normativa, los cuales han demostrado ser insuficientes para generar cambios sostenidos en las prácticas de salud de individuos y comunidades [89]. La mercadotecnia social se configura como un enfoque estratégico que integra principios del *marketing*, la comunicación social y la salud pública, orientado explícitamente al bien social y al fortalecimiento de la calidad de vida [88].

La mercadotecnia social surge en 1971 con Philip Kotler y Gerald Zaltman, quienes propusieron aplicar los principios del *marketing* comercial para promover ideas, actitudes y comportamientos sociales [90]. Según Kotler, se define como «el uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influir en una audiencia objetivo a aceptar, modificar o abandonar un comportamiento en beneficio individual, grupal o social» [88]. Además, el

propósito de la mercadotecnia social es crear conciencia sobre un tema específico, lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario, dirigiéndose hacia las personas que desean o necesitan cambiar o mejorar un comportamiento o cuyo comportamiento pone en riesgo su calidad de vida, bienestar y seguridad individual o colectiva e intentando influenciarlas para aceptar, adoptar, modificar o abandonar una conducta.

A diferencia del *marketing* comercial, cuyo objetivo principal es la maximización del beneficio económico, la mercadotecnia social aplicada a la salud se orienta a promover cambios de comportamiento voluntarios que generen beneficios individuales y colectivos. El mercadeo social en salud busca facilitar decisiones saludables mediante la creación de entornos favorables y la reducción de barreras que dificultan la adopción de prácticas protectoras de la salud, reconociendo que las elecciones individuales están condicionadas por determinantes sociales, estructurales y simbólicos que trascienden la voluntad personal. La mercadotecnia social no impone conductas, sino que acompaña procesos de cambio desde una lógica ética y participativa.

La aplicación de la mercadotecnia social en el ámbito de la salud pública parte del reconocimiento de que los comportamientos relacionados con la salud no son resultado exclusivo del conocimiento científico, sino que están profundamente influenciados por creencias, valores, normas sociales, emociones y experiencias previas [88] [89]. La eficacia de las intervenciones sanitarias depende de la capacidad para comprender estos factores y diseñar estrategias que dialoguen con la realidad cotidiana de los sujetos, en vez de imponer modelos conductuales ajenos a su contexto sociocultural.

Uno de los pilares conceptuales de la mercadotecnia social aplicada a la salud es el enfoque centrado en las personas, el cual reconoce a los individuos y comunidades como protagonistas del cambio y no como receptores pasivos de mensajes institucionales. Este enfoque implica comprender las motivaciones, expectativas, percepciones de riesgo y beneficios percibidos que influyen en la adopción o rechazo de comportamientos saludables [88]. El *Manual de mercadotecnia social en salud* destaca que toda estrategia efectiva debe partir de una investigación formativa rigurosa, que permita identificar las necesidades reales del público objetivo y diseñar intervenciones pertinentes y contextualizadas [87]. La mercadotecnia social introduce el concepto de intercambio social como un elemento imprescindible para comprender el cambio de comportamiento. Este se refiere al balance que las personas realizan entre los beneficios esperados de

una conducta saludable y los costos asociados a su adopción, los cuales pueden ser económicos, emocionales, sociales o simbólicos. Promover la salud implica no solo comunicar beneficios, sino también reducir barreras, facilitar recursos y crear condiciones que hagan que la opción saludable resulte accesible y atractiva.

La aplicación de la mercadotecnia social en salud plantea importantes desafíos éticos. Algunos autores advierten sobre el riesgo de usar herramientas de *marketing* de manera acrítica, reproduciendo enfoques individualistas que culpan exclusivamente a las personas por su salud, omitiendo los determinantes sociales [89]. Para evitarlo, es esencial que estas estrategias se fundamenten en principios de equidad y justicia social.

La mercadotecnia social aplicada a la salud debe orientarse al empoderamiento de las personas y comunidades en la toma de decisiones informadas y la construcción de entornos saludables. Esto implica diseñar estrategias inclusivas, culturalmente pertinentes y sensibles a las realidades locales, así como promover procesos de comunicación bidireccional que favorezcan el diálogo y la corresponsabilidad social [88]. La mercadotecnia social se articula de manera natural con las campañas de comunicación en salud, aportando una visión estratégica que alinea los mensajes con las necesidades reales de los públicos y los objetivos de las políticas sanitarias.

7.5 Etapas del plan de mercadotecnia social en salud

El diseño de un plan de mercadotecnia social en salud sigue una secuencia lógica de cinco etapas clave, las cuales garantizan su coherencia y efectividad. Dicho plan constituye un proceso sistemático y estructurado que permite organizar las acciones, optimizar recursos y garantizar la coherencia entre los objetivos sanitarios, las estrategias comunicativas y las necesidades del público objetivo. Lejos de ser un esquema rígido, este debe concebirse como un instrumento dinámico, susceptible de ajustes y mejoras continuas en función de los resultados obtenidos y de los cambios del contexto social [88].

La primera etapa corresponde al análisis situacional y diagnóstico. Aquí se identifica claramente el problema de salud a abordar y se analizan sus determinantes sociales, culturales y estructurales. Herramientas como el análisis FODA, estudios de prevalencia y entrevistas con actores clave son útiles en esta fase. Un diagnóstico adecuado debe considerar tanto datos epidemiológicos como información cualitativa sobre percepciones, creencias, actitudes y prácticas de la población, de modo que la

intervención se fundamente en una comprensión integral de la realidad.

La segunda etapa se centra en la *segmentación del público objetivo y la investigación formativa*. La segmentación implica identificar grupos específicos de población con características, necesidades y motivaciones similares, reconociendo que no todos los públicos responden de la misma manera a los mensajes y estrategias de salud [88]. Una segmentación adecuada permite diseñar intervenciones más pertinentes y eficaces, evitando generalizaciones que diluyen el impacto de las acciones. La investigación, por su parte, profundiza en el conocimiento de los públicos, explorando barreras, beneficios percibidos, canales de comunicación preferidos y contextos de vida.

La tercera etapa del plan corresponde al *diseño de la estrategia de mercadotecnia social*, en la cual se definen los objetivos específicos, las propuestas de valor y los componentes estratégicos de la intervención. En esta fase se adaptan las «4 P» del *marketing* a la lógica sanitaria: (1) Producto: el comportamiento saludable a promover (ej.: lactancia materna); (2) Precio: costos percibidos (tiempo, esfuerzo, estigma); (3) Plaza: espacios donde se facilita el comportamiento (centros de salud, comunidades); (4) Promoción: estrategias comunicativas para motivar el cambio [88].

La cuarta etapa se orienta a la *implementación del plan*, con la puesta en marcha de las acciones previstas, asegurando la coherencia entre los mensajes, los canales utilizados y los contextos de intervención [88]. Esta fase requiere una coordinación interinstitucional efectiva, así como la participación activa de actores comunitarios y sociales, con el fin de fortalecer la legitimidad y sostenibilidad de la intervención. La integración de técnicas de comunicación interpersonal, comunitaria y masiva refuerza el impacto de las estrategias de mercadotecnia social en salud.

La quinta etapa corresponde a la *evaluación y el monitoreo del plan* de mercadotecnia social. La evaluación permite valorar el alcance, la eficacia y el impacto de las estrategias implementadas, así como identificar áreas de mejora y oportunidades de ajuste. Esta fase debe contemplar indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, considerando cambios en conocimientos, actitudes, prácticas y, cuando sea posible, en indicadores de salud [88]. La evaluación no es una etapa final, sino un proceso continuo que retroalimenta y sostiene todas las fases del plan.

Tabla 7.2. Etapas del plan de mercadotecnia social en salud

Etapas	Enfoque central	Aporte al cambio de comportamiento
1. Diagnóstico	Análisis integral del problema de salud	Permite comprender la realidad sanitaria y definir con claridad el comportamiento prioritario a intervenir
2. Segmentación e investigación	Conocimiento profundo del público objetivo	Garantiza estrategias pertinentes y diferenciadas, ajustadas a necesidades, motivaciones y contextos reales.
3. Diseño estratégico	Planificación del cambio conductual	Articula objetivos y elementos del <i>marketing</i> social para facilitar y sostener conductas saludables. Se adaptan las «4 P» del <i>marketing</i> a la lógica sanitaria: Producto, Precio, Plaza y Promoción.
4. Implementación	Ejecución coherente de acciones	Potencia el impacto y la sostenibilidad mediante coordinación, participación social y uso integrado de canales.
5. Evaluación y monitoreo	Valoración continua de resultados	Permite medir impacto, introducir mejoras y asegurar la sostenibilidad del proceso.

Fuente: Elaboración propia.

Las etapas del plan de mercadotecnia social conforman un ciclo integral que articula diagnóstico, planificación, acción y evaluación. Este proceso está orientado a cambiar el comportamiento de forma sostenible y significativa para la salud pública, siempre que se implemente con rigor metodológico y sensibilidad contextual [88]. La mercadotecnia social es una herramienta estratégica para fortalecer las campañas de comunicación, optimizar los recursos disponibles y contribuir a la construcción de una cultura de la salud basada en la corresponsabilidad y el bien común.

CAPÍTULO 8

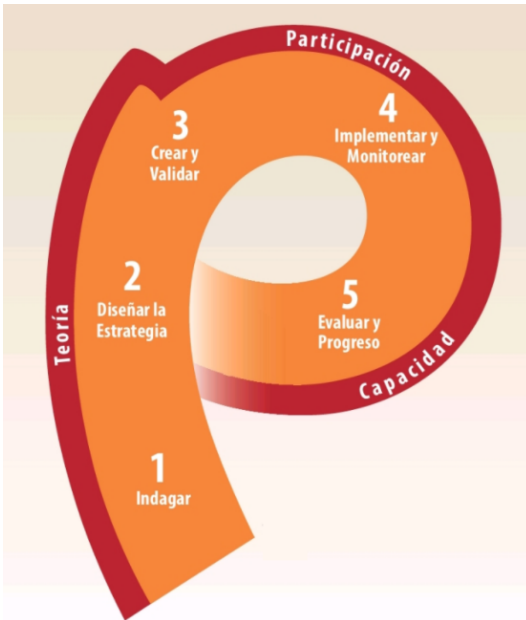
PROGRAMA ESTRATÉGICO Y PARTICIPATIVO DE COMUNICACIÓN EN SALUD

8.1 Paso 1: indagar / investigar

El “Proceso P” es una de las herramientas más acreditadas utilizadas en el diseño de programas de comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSyC), puede usarse como una hoja de ruta que nos guía por etapas, partiendo de un concepto general sobre el cambio de comportamiento deseado, hacia un programa estratégico y participativo que se basa en la teoría y tiene un impacto medible [37].

Con frecuencia se utiliza el Proceso P para diseñar, implementar y evaluar programas innovadores y creativos de cambio de comportamiento que tienen como objetivo reducir la transmisión del VIH, promover la planificación familiar/salud reproductiva, reducir la mortalidad materna, promover la supervivencia infantil, prevenir enfermedades infecciosas y proteger el medio ambiente [37].

Figura 8.1. Etapas del Proceso P



Fuente: Health Communication Capacity Collaborative [37].

La indagación o investigación es la base de toda campaña de comunicación en

salud. Este primer paso permite comprender el problema desde sus múltiples dimensiones y construir una intervención informada, legítima y orientada al cambio [37] [91].

La indagación se encuentra atravesada por decisiones teóricas, metodológicas y éticas que definen qué se considera un problema de salud, quiénes tienen voz para nombrarlo, desde qué marcos interpretativos se lo comprende y con qué intencionalidad transformadora se lo aborda. Tal como señalan los manuales y guías regionales de comunicación en salud, la calidad y pertinencia de una estrategia comunicacional dependen en gran medida de la solidez del proceso investigativo que la sustenta, ya que es en este momento donde se construye el sentido mismo de la intervención y se establecen las bases de su legitimidad social e institucional [92].

Desde la comunicación para la promoción de la salud, investigar supone reconocer a las personas, comunidades y colectivos no como meros receptores de mensajes, sino como sujetos históricos portadores de saberes, prácticas, creencias, expectativas y memorias sociales sino como actores clave con saberes y experiencias valiosas.

Este enfoque participativo implica un desplazamiento respecto de modelos tradicionales de comunicación vertical, centrados en la transmisión unidireccional de información biomédica. En su lugar, se promueve una lógica horizontal que valora el diálogo intercultural, la escucha activa y la negociación de significados como condiciones indispensables para la transformación de prácticas de cuidado. Indagar se convierte en un ejercicio de reconocimiento del otro, de sus contextos de vida y de las condiciones estructurales que inciden en sus decisiones y comportamientos relacionados con la salud [37].

La investigación no se limita a responder a la pregunta sobre qué información falta, sino que profundiza en interrogantes más complejas vinculadas a la construcción social de las representaciones sobre la salud y la enfermedad, los factores sociales, económicos, políticos y culturales que condicionan las prácticas de cuidado, las experiencias previas de intervención que han generado confianza o desconfianza institucional, y las dinámicas de poder que atraviesan los procesos de participación social en salud. Este análisis resulta fundamental para diseñar estrategias comunicacionales culturalmente pertinentes y socialmente legítimas [91].

Uno de los propósitos centrales del paso de indagación es lograr una comprensión integral del problema de salud que se pretende abordar; esta exige superar visiones centradas solo en indicadores epidemiológicos, para incorporar el análisis de los

determinantes sociales de la salud, las desigualdades estructurales y los contextos territoriales específicos en los que se producen y reproducen las condiciones de vida de la población. La investigación debe articular información cuantitativa y cualitativa para construir un diagnóstico del problema amplio y situado [37].

Los datos epidemiológicos aportan una visión necesaria sobre la distribución y tendencias del problema; sin embargo, resultan insuficientes si no se complementan con el análisis de percepciones, actitudes, prácticas, emociones y narrativas de los actores sociales involucrados. Comprender un problema de salud implica explorar cómo es vivido y nombrado por la población. Esta mirada integral permite identificar no solo factores de riesgo, sino también recursos, capacidades y fortalezas comunitarias fundamentales para una comunicación orientada al empoderamiento y al cambio social sostenible [91].

La indagación requiere, además, situar el problema de salud en un contexto sociocultural, político e institucional más amplio, reconociendo que las prácticas comunicacionales no ocurren en el vacío, sino en escenarios atravesados por relaciones de poder, marcos normativos, políticas públicas y procesos históricos específicos. Investigar implica analizar valores predominantes, normas sociales, creencias, lenguajes simbólicos, prácticas comunicativas locales y formas de organización comunitaria, para evitar intervenciones descontextualizadas que puedan resultar ineficaces o incluso contraproducentes [37]. Es indispensable examinar el contexto político e institucional, identificando actores clave, roles, responsabilidades, capacidades instaladas y posibles tensiones entre instituciones. La articulación intersectorial, la coherencia con las políticas públicas vigentes y el alineamiento con estrategias nacionales o locales de salud son condiciones necesarias para la sostenibilidad y el impacto de cualquier programa de comunicación orientado a la participación social y al fortalecimiento de la gobernanza en salud [92].

Otro componente central del proceso de indagación es la identificación y caracterización de los actores sociales involucrados directa o indirectamente en el problema de salud, incluyendo población destinataria, líderes comunitarios, organizaciones sociales, profesionales de la salud, tomadores de decisiones y medios de comunicación. La investigación debe permitir comprender intereses, motivaciones, expectativas, niveles de influencia y formas de participación. Este análisis debe incorporar enfoques de género, interculturalidad, ciclo de vida y diversidad [91].

La selección de métodos debe ser coherente con el enfoque participativo. Se recomiendan metodologías mixtas: encuestas para dimensionar el problema; entrevistas y grupos focales para explorar significados y percepciones; y talleres participativos u observación comunitaria para identificar recursos y dinámicas locales [37] [93].

La indagación en comunicación en salud debe estar guiada por principios éticos que garanticen el respeto, la dignidad y la autonomía de las personas y comunidades involucradas, asegurando consentimiento informado, confidencialidad, uso responsable de la información y devolución de resultados. Desde una ética de la participación, investigar no puede convertirse en un acto extractivo, sino en una oportunidad para fortalecer capacidades locales, promover la reflexión crítica y construir relaciones de confianza entre comunidades e instituciones responsables de la estrategia [91] [92].

En coherencia con el «Paso Analizar» del Proceso P, esta fase enfatiza la identificación de comportamientos específicos relacionados con el problema de salud, así como de las barreras y facilitadores que influyen en su adopción o modificación. Desde el Proceso P, el análisis estratégico no se limita a describir la situación, sino que busca comprender por qué las personas actúan como lo hacen y qué condiciones sociales, culturales y comunicacionales inciden en dichas prácticas. Este enfoque fortalece la pertinencia del diagnóstico y orienta la estrategia hacia intervenciones comunicacionales basadas en evidencia y comprensión social profunda.

El paso de indagar e investigar adquiere sentido cuando los hallazgos del diagnóstico orientan la definición de objetivos, la selección de públicos prioritarios, la construcción de mensajes, la elección de canales y la planificación de acciones. En coherencia con un enfoque reflexivo, la investigación no se concibe como un producto cerrado, sino como un proceso que acompaña y retroalimenta el conjunto de la estrategia de comunicación en salud, contribuyendo a su pertinencia, legitimidad y efectividad social [37] [93].

8.2 Paso 2: diseño de la estrategia

El diseño de la estrategia es la fase donde los hallazgos de la investigación se convierten en un plan de acción concreto. Implica tomar decisiones fundamentadas sobre objetivos, públicos, mensajes, canales y actividades, siempre en diálogo con el contexto y los actores involucrados [37].

El diseño estratégico se concibe como un proceso colectivo y contextualizado, profundamente vinculado a las realidades socioculturales, territoriales e institucionales

en las que se inscribe la intervención en salud. La estrategia de comunicación no puede entenderse como un producto acabado ni como una receta universal aplicable a cualquier contexto, sino como una construcción situada que articula saberes técnicos, conocimientos locales, marcos normativos y experiencias comunitarias. Esta concepción reconoce que la comunicación en salud adquiere sentido y eficacia únicamente cuando dialoga con la vida cotidiana de las personas y con las condiciones estructurales que configuran sus prácticas de cuidado [91] [92].

Para el Proceso P, el diseño estratégico es un momento decisivo de traducción analítica, en el cual los hallazgos del diagnóstico se organizan en un marco lógico de intervención que define qué se quiere lograr, con quiénes, mediante qué enfoques y a través de qué vías de comunicación. Este paso demanda decisiones estratégicas informadas, sustentadas en evidencia, sensibles a los contextos de la intervención comunicacional.

Uno de los primeros elementos del diseño estratégico es la definición de los objetivos de comunicación, que deben derivarse de manera directa y coherente del diagnóstico participativo. Los objetivos deben ser específicos, medibles y realistas. Por ejemplo, en lugar de «mejorar la nutrición infantil», un objetivo de comunicación podría ser: «Incrementar en un 30 % en 6 meses el conocimiento de madres de niños menores de 2 años sobre los 5 pasos de la alimentación complementaria adecuada en la comunidad X». Estos objetivos expresan con claridad el tipo de cambio que se busca promover en términos de conocimientos, actitudes, percepciones, prácticas y relaciones sociales vinculadas a la salud. Los objetivos deben formularse de manera específica, realista y culturalmente pertinente, evitando abstracciones que dificulten su apropiación por parte de los actores sociales. Asimismo, deben responder a una lógica de derechos, equidad y corresponsabilidad social, reconociendo a la población no como objeto de intervención, sino como sujeto activo del proceso comunicacional [37] [93]. Vinculado estrechamente a la definición de objetivos se encuentra el proceso de identificación y priorización de públicos estratégicos. Esta priorización no se sustenta exclusivamente en criterios epidemiológicos o demofiguras, sino que incorpora variables socioculturales, simbólicas y relacionales que permiten comprender la diversidad de actores involucrados en el problema de salud. Identificar públicos estratégicos implica reconocer los distintos roles sociales, niveles de influencia, capacidades de agencia y formas de participación existentes, así como las desigualdades estructurales que atraviesan a los colectivos sociales. El diseño estratégico debe evitar abordajes homogéneos que invisibilicen

diferencias de género, etnia, edad, territorio o condición socioeconómica, incorporando un enfoque de equidad y justicia social en salud [91].

Desde el Proceso P, esta identificación se amplía al distinguir entre públicos primarios, secundarios y terciarios, reconociendo que el cambio en salud no depende únicamente de quienes adoptan directamente una conducta, sino también de aquellos actores que influyen, facilitan o condicionan dichas prácticas. Esta visión relacional permite diseñar estrategias más integrales, capaces de intervenir sobre los entornos sociales, familiares, institucionales y comunitarios que inciden en los comportamientos de salud.

El diseño de la estrategia comunicacional requiere, además, la definición de un enfoque conceptual y metodológico que oriente el conjunto de decisiones posteriores. Este enfoque debe ser coherente con los principios de la promoción de la salud, la educación popular, la comunicación para el cambio social y la participación comunitaria, privilegiando procesos dialógicos, horizontales y emancipadores. Diseñar una estrategia implica, por tanto, optar por una comunicación que no solo informe, sino que promueva la reflexión crítica, el empoderamiento y la transformación social [37] [91]. La formulación de mensajes constituye uno de los ejes centrales del diseño estratégico, en tanto materializa la intencionalidad comunicacional del programa. Los mensajes deben construirse a partir del análisis sociocultural realizado en la fase de indagación, utilizando lenguajes claros, pertinentes y culturalmente situados, que dialoguen con los marcos de referencia de los públicos priorizados. Los mensajes deben facilitar procesos de reflexión, reconocimiento de derechos y corresponsabilidad social, fortaleciendo la autonomía de las personas y comunidades en la toma de decisiones relacionadas con su salud. En este sentido, el diseño de mensajes exige un equilibrio cuidadoso entre rigor técnico, sensibilidad cultural y ética comunicacional, evitando enfoques culpabilizantes, alarmistas o estigmatizantes [92].

Otro componente esencial del diseño de la estrategia es la selección de canales, medios y espacios de comunicación; esta no puede basarse únicamente en criterios de alcance o eficiencia técnica: debe considerar las prácticas comunicativas reales de los públicos, sus niveles de acceso a tecnologías, sus preferencias culturales y las dinámicas territoriales específicas. Actualmente, el diseño estratégico integra de manera articulada medios comunitarios, espacios presenciales, entornos educativos, dispositivos digitales y plataformas virtuales, reconociendo tanto las oportunidades como las brechas que

plantea la transformación digital en salud. La experiencia regional demuestra que la combinación equilibrada de canales fortalece la sostenibilidad, la apropiación social y el impacto de las estrategias comunicacionales [37] [93].

El diseño estratégico incluye también la *planificación de acciones y actividades comunicacionales* coherentes con los objetivos definidos y con los tiempos sociales e institucionales del contexto. Estas acciones pueden abarcar campañas de sensibilización, procesos formativos, espacios de diálogo comunitario, producción de materiales educativos, intervenciones digitales y actividades de movilización social, entre otras. La planificación de acciones debe promover la implicación activa de los actores locales, fortaleciendo capacidades y evitando la dependencia de intervenciones externas. Así, la estrategia de comunicación se configura como un proceso de aprendizaje social compartido, más que como una secuencia de actividades aisladas o episódicas [91] [92].

Un aspecto fundamental del diseño de la estrategia es la búsqueda de coherencia interna y articulación intersectorial. La estrategia comunicacional debe alinearse con las políticas públicas de salud, los planes institucionales y las iniciativas comunitarias existentes, evitando duplicidades, contradicciones o superposiciones de esfuerzos. Esta coherencia no solo optimiza el uso de recursos, sino que contribuye a la legitimidad institucional y a la sostenibilidad de las acciones en el tiempo. Por ello, el diseño estratégico requiere una mirada sistémica que reconozca la interdependencia entre comunicación, educación, gestión, participación social y gobernanza en salud [37] [93].

Desde una ética de la comunicación en salud, el diseño de la estrategia debe incorporar de manera transversal principios de inclusión, accesibilidad, respeto a la diversidad y no discriminación. Una pregunta clave durante el diseño es: ¿Nuestros mensajes, imágenes y canales excluyen o estigmatizan a algún grupo (por edad, género, etnia, discapacidad, nivel socioeconómico)? La revisión con representantes de los públicos objetivo es crucial para garantizar esta ética práctica [91]. En ese sentido, el diseño de la estrategia debe contemplar desde el inicio los mecanismos de seguimiento y evaluación, entendidos como procesos de aprendizaje y mejora continua. Definir criterios de logro, indicadores cualitativos y cuantitativos, y momentos de revisión permite ajustar la estrategia a lo largo de su implementación, respondiendo de manera flexible a los cambios contextuales y a las dinámicas sociales emergentes. Al ser reflexivo, el diseño estratégico se asume como un proceso abierto y dinámico, que se construye y reconstruye en diálogo permanente con los sujetos y territorios donde la comunicación

en salud adquiere sentido y relevancia social, consolidándose como una herramienta imprescindible para la transformación participativa de las realidades sanitarias [37] [92].

8.3 Paso 3: creación y validación

La creación y validación de la estrategia de comunicación en salud constituye un momento decisivo en el programa estratégico y participativo, pues representa el tránsito desde la planificación reflexiva hacia la materialización concreta de los sentidos, mensajes y dispositivos comunicacionales diseñados. Este paso no es una fase meramente productiva ni como la elaboración técnica de materiales, sino un proceso profundamente pedagógico, ético y relacional, en el que están en juego las decisiones estratégicas adoptadas y se confrontan con las realidades, percepciones y expectativas de los sujetos sociales involucrados. Crear y validar implica someter la propuesta comunicacional a un ejercicio de diálogo crítico con la comunidad, reconociendo que la legitimidad y eficacia de una estrategia dependen de su capacidad para resonar con la experiencia vivida de las personas y colectivos a los que se dirige [37] [91].

La creación de contenidos, mensajes y productos comunicacionales no puede concebirse como un acto unilateral ni como una tarea exclusiva de equipos técnicos o especialistas en comunicación. Al contrario, es un proceso de co-construcción, en el que los saberes institucionales dialogan con los saberes comunitarios, y en el que las narrativas, lenguajes y representaciones se elaboran de manera situada y contextualizada. Los mensajes en salud no son neutros ni universales; adquieren significado en función de los marcos culturales, simbólicos y sociales de quienes los interpretan y resignifican [92].

La fase de creación desarrolla los mensajes, materiales, productos y acciones comunicacionales definidos en el diseño estratégico, cuidando la coherencia entre objetivos, públicos, enfoques y canales seleccionados. Resulta fundamental que los contenidos expresen con claridad la intencionalidad comunicacional, pero sin caer en simplificaciones excesivas, discursos moralizantes o enfoques prescriptivos que limiten la reflexión crítica. La comunicación en salud orientada a la promoción debe propiciar procesos de comprensión, diálogo y empoderamiento, favoreciendo la apropiación de los mensajes por parte de los sujetos sociales y su integración en las prácticas cotidianas de cuidado [37] [91]. Del mismo modo, la creación de materiales comunicacionales exige una atención especial a los lenguajes utilizados, tanto verbales como visuales y

simbólicos. Los mensajes deben construirse desde una perspectiva de derechos, inclusión y equidad, utilizando un lenguaje claro, respetuoso y culturalmente pertinente, que evite estigmatizaciones, estereotipos o culpabilización de las personas por sus condiciones de salud. La selección de imágenes, narrativas, ejemplos y recursos expresivos debe responder a criterios éticos y pedagógicos, considerando la diversidad de género, etnia, edad, capacidades y contextos socioterritoriales presentes en la población [91].

Desde el enfoque del Proceso P, la creación de mensajes y productos comunicacionales se inscribe principalmente en las fases de «Diseño estratégico» y «Producción y prueba», entendidas como momentos interdependientes y no lineales del proceso comunicacional. Para el Proceso P, la creación es un ejercicio sistemático que parte de la definición clara del problema, de los públicos prioritarios y de los comportamientos esperados, asegurando que cada mensaje responda a objetivos específicos y medibles, y que exista coherencia entre el contenido, el canal y el contexto sociocultural de la audiencia.

La producción de materiales no se reduce a la elaboración de piezas comunicativas, sino que implica la traducción pedagógica de los objetivos estratégicos en mensajes comprensibles, relevantes y accionables para los públicos definidos. Desde el Proceso P, los mensajes deben ser realistas, culturalmente apropiados y alineados con las capacidades y condiciones reales de las personas, evitando propuestas inalcanzables o desconectadas de su vida cotidiana;

La *validación* constituye un componente inseparable del proceso de creación, pues permite contrastar la propuesta comunicacional con los públicos y actores sociales para quienes ha sido diseñada. Validar no es únicamente verificar la comprensión literal de los mensajes para quienes ha sido diseñada. Métodos como pruebas de comprensión (con grupos pequeños), sondeos de reacción o pruebas A/B en entornos digitales permiten evaluar la claridad, el tono emocional y la relevancia percibida de los mensajes antes de una difusión masiva, ajustando lo necesario [92] [94]. La validación también debe extenderse a los actores institucionales e intersectoriales involucrados en la implementación de la estrategia, a fin de asegurar coherencia con las políticas públicas, marcos normativos y lineamientos técnicos vigentes. Este diálogo institucional favorece la articulación de esfuerzos, la claridad de roles y la sostenibilidad de las acciones comunicacionales, evitando contradicciones discursivas o mensajes fragmentados que puedan generar confusión en la población. Este aspecto cobra especial relevancia, dado

el uso creciente de plataformas y entornos virtuales como espacios de comunicación en salud [92] [93].

La validación debe concebirse como un ejercicio de diálogo horizontal y aprendizaje mutuo. Involucrar a los públicos estratégicos en la validación de mensajes y materiales fortalece la apropiación social de la estrategia, incrementa la confianza en las instituciones y contribuye a la construcción de corresponsabilidad en la promoción de la salud. Además, este proceso permite identificar posibles barreras culturales, comunicacionales o contextuales que podrían afectar la efectividad de la intervención si no son abordadas oportunamente [91].

Un elemento importante de la creación y validación es la flexibilidad para revisar y ajustar la estrategia a partir de los aprendizajes emergentes. La comunicación en salud, como proceso social dinámico, requiere apertura al cambio y disposición para reformular mensajes, formatos o canales cuando estos no logran el impacto esperado o generan efectos no deseados. Esta capacidad de adaptación constituye una fortaleza del enfoque participativo, en tanto reconoce la complejidad de las realidades sociales y la imposibilidad de prever de manera absoluta las respuestas comunicacionales de los públicos [37] [91]. Desde una ética de la comunicación, la creación y validación deben orientarse por el principio de responsabilidad social, considerando de los mensajes su eficacia instrumental y sus implicaciones simbólicas, culturales y políticas. Crear y validar implica preguntarse de continuamente por el tipo de relaciones que se promueven, por las voces que se visibilizan o silencian, y por la contribución de la estrategia a la construcción de ciudadanía, participación y justicia social en salud. Es decir, la validación no se agota en la aprobación técnica, sino que se consolida como un ejercicio crítico de coherencia entre discurso, práctica y valores [91].

El paso de creación y validación constituye un espacio de convergencia entre planificación y acción, entre conocimiento y experiencia, entre institución y comunidad. Aquí la estrategia de comunicación en salud adquiere forma concreta, pero también donde se pone a prueba su pertinencia social, su sensibilidad cultural y su potencial transformador. Asumida desde un enfoque participativo y reflexivo, la creación y validación fortalecen la legitimidad del programa estratégico y sientan las bases para una implementación comunicacional coherente, ética y socialmente comprometida, en consonancia con los principios de la promoción de la salud y la participación social [37] [92] [93].

8.4 Paso 4: implementación y monitoreo

Con la estrategia diseñada y validada, se inicia la **fase de implementación y monitoreo**. Este es el momento de la acción, donde los planes se ejecutan en contextos reales y se observan sus efectos, requiriendo adaptabilidad y una vigilancia constante para garantizar el impacto. No es la simple ejecución de las acciones previstas; constituye un proceso dinámico en el que se materializan los objetivos de promoción de la salud con intervenciones articuladas, pertinentes y adaptadas a los contextos locales. La implementación es la operacionalización del proceso comunicacional, donde los mensajes, canales, materiales y actividades previamente definidos entran en interacción directa con los públicos objetivo, generando intercambios simbólicos y sociales que influyen en las decisiones relacionadas con la salud. La implementación representa, en esencia, el puente entre la planificación estratégica y los resultados tangibles, mientras que el monitoreo garantiza que dicho puente se mantenga firme y adaptable.

Desde el Proceso P, esta fase se corresponde principalmente con los **pasos de implementación, monitoreo y evaluación**, concebidos como momentos interdependientes dentro de un ciclo continuo de mejora. Según el Proceso P, la implementación no debe entenderse como un acto final, sino como una etapa activa de puesta en práctica, aprendizaje y ajuste, donde las decisiones estratégicas se validan en la realidad social y comunicacional.

Por ello, requiere de una coordinación meticulosa de recursos humanos, técnicos, financieros y logísticos. La asignación adecuada de responsabilidades es fundamental para asegurar que cada componente de la estrategia se desarrolle con claridad, evitando duplicidades o vacíos en la acción. Una comunicación efectiva en salud depende de la coherencia entre los objetivos, los mensajes, los voceros, los medios y las actividades, así como de la claridad en los roles de quienes participan en el proceso comunicacional. Es indispensable que los equipos de trabajo comprendan tanto los objetivos generales de la estrategia como los indicadores específicos que permitirán evaluar el éxito de las intervenciones. La claridad en los roles y responsabilidades facilita la ejecución operativa y fortalecen la rendición de cuentas y la coherencia interna de la estrategia.

El Proceso P señala que la implementación efectiva requiere planes operativos claros, cronogramas realistas y mecanismos explícitos de coordinación interinstitucional, de modo que cada actor conozca su función dentro del sistema de comunicación estratégica.

Un elemento central en la implementación es la adecuación de los mensajes y medios de comunicación a las características de los públicos objetivo. El proceso de comunicación en salud enfatiza que los mensajes deben construirse a partir de una comprensión profunda del público objetivo, considerando sus conocimientos previos, creencias, valores, prácticas sociales y contextos de vida. La experiencia de la *Estrategia de Comunicación de Participación y Socialización en Salud de Colombia* [92] evidencia que la efectividad de una campaña no depende únicamente de la calidad de los contenidos, sino de su capacidad para ser comprendida, aceptada y apropiada por la población. La selección de medios y canales debe responder tanto al alcance potencial como a la credibilidad y accesibilidad que estos poseen para los diferentes grupos poblacionales, evitando enfoques homogéneos que desconozcan la diversidad social y cultural. Esto implica ajustar los formatos y lenguajes a las necesidades y preferencias de cada grupo, garantizando que la información llegue de manera inclusiva y accesible.

El Proceso P complementa este enfoque al subrayar que, durante la implementación, los materiales y mensajes previamente desarrollados deben ser probados, ajustados y optimizados en función de la retroalimentación recibida del público, incluso en etapas tempranas de difusión. El énfasis en la adaptación continua reconoce que la comunicación estratégica es un proceso sensible a la percepción, interpretación y experiencia de los destinatarios.

Paralelamente, la **fase de implementación** debe contemplar estrategias de participación comunitaria activa. Desde el enfoque propuesto en el manual, la participación no es un elemento accesorio, sino un componente estructural del proceso comunicacional, ya que fortalece la apropiación de los mensajes, legitima las intervenciones y favorece la sostenibilidad de los cambios conductuales. Se trata de involucrar a los ciudadanos en la promoción de su propia salud, reconociendo que el cambio de comportamientos se fortalece mediante la corresponsabilidad y el empoderamiento. Tal como lo plantea [89], la participación de líderes comunitarios, agentes de salud y organizaciones locales contribuye a legitimar la estrategia y a facilitar su adaptación en tiempo real a las particularidades locales. Estos actores funcionan como mediadores sociales, facilitando el diálogo, la retroalimentación y la resignificación de los mensajes en función de las realidades locales. La inclusión de estos actores favorece la construcción de confianza, reduce la resistencia a los mensajes y promueve la sostenibilidad de los cambios conductuales.

Según el Proceso P, la **implementación** debe apoyarse en alianzas estratégicas y en la movilización de actores clave como multiplicadores del mensaje, reconociendo que la comunicación efectiva en salud se potencia cuando los propios miembros de la comunidad participan activamente como voceros, facilitadores y agentes de cambio. Así se fortalece la legitimidad social de la estrategia de comunicación.

El **monitoreo**, por su parte, constituye un componente inseparable de la implementación y permite evaluar de manera continua la circulación de los mensajes. Herramientas como planillas de registro de actividades, análisis de métricas de redes sociales, observaciones directas en puntos de intervención y encuestas rápidas de salida son útiles para este seguimiento continuo. Este proceso permite verificar la correcta ejecución de las acciones planificadas, identificar desviaciones, evaluar el alcance de los mensajes y medir la respuesta de los diferentes públicos. La sistematización de la información recolectada, mediante indicadores cualitativos y cuantitativos, proporciona una base objetiva para la toma de decisiones oportunas, asegurando que la estrategia se mantenga alineada con sus metas y pueda ajustarse a los cambios contextuales.

Según la OPS [93], el monitoreo continuo facilita la detección temprana de problemas y la implementación de medidas correctivas, evitando la pérdida de recursos y maximizando el impacto de la intervención. Este seguimiento debe considerar no solo la cobertura y frecuencia de los mensajes, sino también su comprensión, aceptación y capacidad para generar reflexión y acción en los públicos objetivo. El monitoreo debe evaluar no solo la cobertura y la calidad de la implementación, sino también la eficacia de los mensajes en términos de cambios de conocimiento, actitudes y prácticas de salud. Esto requiere instrumentos de seguimiento diversificados: encuestas, grupos focales, observaciones directas y análisis de interacciones en medios digitales. La utilización combinada de estos instrumentos responde a la naturaleza compleja y multidimensional del proceso comunicacional en salud.

El Proceso P destaca que el monitoreo debe realizarse de manera sistemática y planificada, utilizando indicadores previamente definidos que permitan medir tanto los procesos como los resultados intermedios y finales de la comunicación estratégica. Este seguimiento continuo posibilita ajustes oportunos en los mensajes, los canales o las actividades.

La **retroalimentación** continúa derivada del monitoreo debe integrarse de manera dinámica al proceso de implementación, generando un ciclo de aprendizaje organizacional.

Este principio de retroalimentación permanente es uno de los ejes centrales del proceso de comunicación en salud. Esta práctica asegura que la estrategia se perciba como un proceso vivo, capaz de adaptarse a las necesidades emergentes y de incorporar lecciones aprendidas; así, la implementación y el monitoreo se conciben como un sistema integrado y complementario, donde la acción y la evaluación se potencian mutuamente en aras de la mejora constante de la comunicación en salud.

Finalmente, tanto la fase de implementación y como la de monitoreo reflejan la esencia de un enfoque estratégico y participativo: transformar la planificación en resultados concretos, fortalecer la apropiación comunitaria de la información en salud y generar un aprendizaje continuo que permita optimizar futuras intervenciones. Estos momentos consolidan el tránsito del mensaje al cambio social, asegurando que la comunicación no se limite a la transmisión de información, sino que contribuya activamente a la construcción de capacidades, significados compartidos y decisiones saludables sostenibles. La efectividad de este paso radica en la combinación de rigurosidad técnica, sensibilidad cultural, participación activa y sistematicidad evaluativa, garantizando que la comunicación en salud no se limite a ser un ejercicio informativo, sino un motor real de promoción del bienestar y cambio de comportamientos saludables.

8.5 Paso 5: evaluación y progreso

El **paso de evaluación y progreso** representa la culminación de un ciclo estratégico de comunicación en salud, aunque, paradójicamente, también marca el inicio de un proceso continuo de mejora. No se limita a contabilizar resultados o emitir juicios sobre el éxito o el fracaso de la intervención; implica un análisis profundo, crítico y sistemático del impacto que esta ha tenido en los distintos niveles del comportamiento humano, la participación comunitaria y la gestión institucional de la salud. La evaluación se configura como un instrumento de aprendizaje organizacional y social, capaz de transformar la experiencia adquirida en conocimiento aplicable para futuras acciones. Desde el Proceso P, esta fase corresponde al quinto paso, denominado evaluación y ajuste, que no es un cierre definitivo, sino un momento capital para realimentar todo el proceso comunicacional y garantizar su sostenibilidad y pertinencia contextual.

En primer lugar, la evaluación debe abordar tanto los aspectos de proceso como de resultado. El proceso refiere a la manera en que la estrategia fue ejecutada: la coherencia entre los objetivos planteados y las actividades desarrolladas, la pertinencia de los

medios y canales utilizados, la eficiencia en la asignación de recursos y la participación activa de los diferentes actores involucrados. Este enfoque permite identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la gestión de la comunicación y subrayando que el aprendizaje sobre «cómo se hace» es tan valioso como los resultados mismos. En consonancia, el Proceso P destaca que la evaluación del proceso permite verificar si las decisiones tomadas en las etapas previas —análisis, diseño estratégico, desarrollo y puesta en marcha— fueron coherentes con las necesidades identificadas y con la realidad sociocultural de la población, favoreciendo ajustes oportunos.

Por otro lado, la evaluación de resultados se centra en los cambios observables en la población objetivo y en los sistemas de salud que han interactuado con la estrategia. Esto incluye la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas considerados resultados intermedios clave, pero no se limita a ello. El impacto final, como la reducción de la incidencia de una enfermedad, suele requerir más tiempo y la concurrencia de otras intervenciones. La evaluación debe planificarse para medir ambos niveles cuando sea posible [92] enfatiza la necesidad de medir estos indicadores a través de métodos cuantitativos y cualitativos. El Proceso P señala que la medición de resultados debe alinearse con los objetivos conductuales definidos desde la planificación estratégica, priorizando indicadores que evidencien no solo exposición al mensaje, sino cambios reales y sostenidos en el comportamiento y en las prácticas vinculadas a la salud.

La progresión de la estrategia se visualiza mediante indicadores claros y específicos, previamente definidos en la planificación y monitoreo. Estos indicadores deben reflejar tanto los objetivos inmediatos como los de mediano y largo plazo, garantizando que la evaluación no se limite a resultados superficiales, sino que considere el impacto sostenible de la comunicación en la promoción de la salud. Para el Proceso P es importante establecer indicadores desde el inicio del proceso, de modo que la evaluación sea coherente, comparable y útil para la toma de decisiones estratégicas, evitando evaluaciones improvisadas o desvinculadas de los objetivos originales. Según la OPS [93], el seguimiento de progresos debe combinar información cuantitativa, relativa a la cobertura y alcance de las acciones, con análisis cualitativos que evidencien transformaciones en las percepciones, valores y prácticas de las personas.

La *retroalimentación efectiva* es central de la evaluación. Para el Proceso P, no es un acto unidireccional, sino un diálogo continuo que permite reorientar la estrategia, adaptar mensajes y reforzar alianzas, consolidando el proceso dinámico y

participativo de la comunicación. Los resultados obtenidos deben ser compartidos de manera transparente con todos los actores: el equipo técnico, los líderes comunitarios y las poblaciones beneficiarias. Esta práctica fortalece la rendición de cuentas y genera un aprendizaje colectivo que permite ajustar estrategias, mejorar la pertinencia de los mensajes y optimizar los canales de comunicación. La evaluación es un mecanismo de fortalecimiento de la confianza y de la corresponsabilidad entre los distintos niveles de acción en salud. Además, incorpora una dimensión reflexiva sobre los procesos de participación social. Más allá de la medición de resultados inmediatos, se examina cómo la estrategia ha logrado involucrar a la comunidad en la toma de decisiones y en la apropiación de los mensajes de salud. La efectividad de una estrategia de comunicación se potencia cuando los ciudadanos sienten que su voz y su experiencia forman parte del diseño y ejecución de las intervenciones, consolidando un cambio de comportamiento más profundo y duradero. El Proceso P coincide en esto y reconoce que la participación activa de la audiencia mejora la efectividad comunicacional y constituye un criterio fundamental de éxito en la evaluación, al evidenciar empoderamiento, apropiación social y sostenibilidad de las acciones en el tiempo.

En resumen, la evaluación y el análisis del progreso permiten consolidar aprendizajes para futuras intervenciones. Esta etapa convierte los datos y hallazgos en insumos estratégicos que nutren la planificación de nuevas acciones, fomentando un ciclo continuo de mejora y adaptación. Evaluar no es concluir, sino abrir un espacio de reflexión, innovación y fortalecimiento institucional y comunitario. La comunicación en salud se proyecta como un proceso dinámico, participativo y progresivo, donde cada experiencia, resultado y aprendizaje constituyen el fundamento para la construcción de sociedades más saludables y resilientes (Tabla 8.1).

8.6 Ejemplo practico programa de comunicación para la salud mental adolescente «conecta contigo, tu bienestar importa».

Tema: Promoción del bienestar emocional y prevención del estrés académico en adolescentes (15-19 años) en contextos educativos urbanos

A continuación, se presenta un ejemplo hipotético concreto de cómo se aplicaría el Programa Estratégico y Participativo de Comunicación en Salud descrito en la Tabla 8.1, enfocado en un tema relevante para adolescentes.

Paso 1: Indagación / Investigación

Se realizó un diagnóstico participativo en tres unidades educativas de una localidad. Mediante:

- **Análisis de datos secundarios:** se revisaron reportes de los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE), identificando que el 40 % de las consultas estaban relacionadas con ansiedad académica.
- **Grupos focales con adolescentes:** se organizaron 6 sesiones con estudiantes de distintos niveles, los estudiantes manifestaron que el principal detonante de estrés era la «presión por cumplir expectativas familiares y académicas», y mencionaron que rara vez hablaban de ello con adultos (padres/madres o familiares)
- **Encuesta rápida:** aplicada a 300 estudiantes, se mostró que el 70 % desconocía estrategias prácticas para manejar el estrés y que el 85 % preferiría buscar información sobre salud mental en redes sociales como Tiktok o Instagram.
- **Mapeo de actores:** Se identificó a los líderes estudiantiles, profesores tutores y al personal del Departamento de Consejería Estudiantil.

Hallazgo clave: Hay una necesidad clara de disponer de herramientas para el manejo del estrés, pero hay una brecha entre el problema y los recursos percibidos como accesibles y confiables por los adolescentes. Por lo que se promocionarán herramientas para el manejo del estrés académico que tengan validez científica por los medios de comunicación accesibles y en formato claro, concreto, con un tono humorístico y que promueva la autoeficacia.

Paso 2: Diseño de la Estrategia

Con base en la indagación, se diseñó la estrategia «Conecta contigo: tu bienestar importa».

Objetivo específico: Incrementar en un 50 % en 6 meses el conocimiento y uso de al menos dos técnicas de manejo del estrés (ej.: respiración consciente, gestión del tiempo) entre estudiantes de 15-19 años de las unidades educativas a intervenir.

Públicos prioritarios:

- **Primario:** estudiantes de 10.o EGB a 3.o de Bachillerato.
- **Secundario:** profesores tutores y líderes estudiantiles (como multiplicadores) y padres de familia (como entornos de apoyo).

Mensajes centrales: Se realizó un concurso entre los adolescentes de las unidades educativas para escoger los slogans y mensajes claves del programa, Finalmente se seleccionaron los siguientes: «Tu salud mental es tan importante como tus notas», «Respirar para que aprendas», «Hablar de lo que sientes te hace fuerte».

Canales mix: Mediante entrevistas a grupos focales de adolescentes se priorizaron como canales y medios de comunicación: videos cortos de Tiktok/Reels (liderados por *influencers* adolescentes locales), pódcasts breves alojados en Spotify, carteles interactivos con códigos QR en los baños y cafeterías de las unidades educativas, y talleres vivenciales facilitados por líderes estudiantiles capacitados.

Paso 3: Creación y Validación

Creación: Se elaboraron una serie de 5 videos de 60 segundos para Tiktok que, sin usar lenguaje clínico, mostraban técnicas de manejo del estrés integradas en situaciones cotidianas (ej.: un video mostraba una técnica de respiración durante un repaso previo al examen). Para la la creación de videos, se contó con la participación de adolescentes que tenían reconocimiento social por parte de sus pares (deportistas, artistas o dirigentes de liga estudiantil).

Validación: Los guiones y videos fueron presentados a un panel de adolescentes (no involucrados en la investigación inicial). Su retroalimentación sugirió cambiar la música de fondo y usar más humor. Los materiales ajustados se probaron también con profesores tutores para asegurar que el mensaje fuera apoyado institucionalmente.

Paso 4: Implementación y Monitoreo

Implementación: Se lanzó el programa en redes sociales con el *hashtag*: #connectacontigoec. Los líderes estudiantiles capacitados iniciaron «pausas activas» de 5 minutos en los salones, enseñando una técnica simple de respiración consciente. Se ubicó los carteles con QR en lugares estratégicos.

Monitoreo: Se usó una plantilla de registro para las pausas activas. En redes sociales, se monitorearon las métricas de alcance y *engagement* (me gusta, comentarios, compartidos) semanalmente. Una encuesta rápida de salida aplicada a 50 estudiantes después de un mes reveló que el 60 % ya habían visto los videos y el 30 % había intentado alguna técnica.

Paso 5: Evaluación y Progreso

Evaluación de resultados: Al final del período de 6 meses, se repitió la encuesta inicial (n = 300). Los resultados mostraron que el conocimiento de técnicas de manejo

del estrés había aumentado del 30 % al 75 %. Un 40 % reportó usar al menos una técnica regularmente. Los grupos focales de seguimiento indicaron una mayor apertura a conversar sobre emociones.

Progreso y aprendizajes: La evaluación arrojó que el canal Tiktok fue el de mayor alcance, pero los talleres presenciales fueron los que generaron mayor compromiso y cambio de práctica. Un aprendizaje clave fue la necesidad de involucrar a los padres en una fase posterior, ya que se identificó que parte de la presión percibida provenía del hogar. Estos hallazgos se documentaron y se convirtieron en la base para el diseño de una segunda fase del programa, que incluiría talleres para familias.

Reflexión final sobre el ejemplo: Este caso ilustra cómo el ciclo estratégico de los 5 pasos no es lineal, sino interactivo y basado en evidencia continua. La indagación profunda permitió diseñar mensajes y canales pertinentes (Tiktok), la validación con el público aseguró la aceptación, el monitoreo permitió ajustes tácticos y la evaluación midió el impacto real más allá de la mera difusión. El programa se convirtió en un proceso de aprendizaje compartido entre la institución y los adolescentes, fortaleciendo no solo conocimientos individuales sino también el entorno escolar como un espacio promotor de salud mental. Este enfoque integral y participativo es la esencia de una comunicación en salud verdaderamente estratégica y transformadora.

Tabla 8.1. Programa estratégico y participativo de comunicación en salud (Proceso P)

Paso	Objetivo central	Actividades	Responsables	Indicadores	Retroalimentación
1. Indagación / Investigación	Comprender integralmente la problemática de salud y los determinantes sociales, culturales y estructurales.	Recolección y análisis de datos epidemiológicos y cualitativos; identificación de percepciones, actitudes y prácticas; mapeo de actores y contextos comunitarios.	Equipo técnico de salud, investigadores sociales, líderes comunitarios.	Datos epidemiológicos completos; identificación clara del problema prioritario; mapa de actores y contextos.	Discusión con actores clave para validar hallazgos y ajustar enfoques antes del diseño.
2. Diseño de la estrategia	Planificar intervenciones estratégicas, participativas y adaptadas a los contextos locales.	Definición de objetivos específicos; selección de públicos objetivo; diseño de mensajes, medios y canales; establecimiento de indicadores de éxito.	Equipo multidisciplinario (salud, comunicación, educación); asesores técnicos; representantes comunitarios.	Documento de estrategia aprobado; claridad en objetivos, mensajes y medios; indicadores definidos.	Revisión participativa con actores clave para ajustar pertinencia y viabilidad de la estrategia.

Paso	Objetivo central	Actividades	Responsables	Indicadores	Retroalimentación
3. Creación y validación	Elaborar contenidos y herramientas comunicativas y validar su comprensión, pertinencia y efectividad.	Desarrollo de materiales educativos, spots, campañas y guías; pruebas piloto; retroalimentación con usuarios finales y expertos.	Equipo creativo y técnico; líderes comunitarios; grupos focales de usuarios.	Resultados de pruebas piloto; aceptación y comprensión de mensajes; ajustes documentados.	Incorporación de cambios sugeridos por usuarios y expertos para asegurar pertinencia y accesibilidad.
4. Implementación y monitoreo	Ejecutar las acciones planificadas y supervisar su desarrollo para garantizar eficacia y pertinencia.	Distribución de materiales; difusión en medios seleccionados; actividades comunitarias; seguimiento continuo de indicadores de proceso y cobertura.	Coordinadores de proyecto, facilitadores comunitarios, personal de salud.	Cumplimiento de cronogramas; cobertura de mensajes; participación comunitaria; reportes de monitoreo periódicos.	Ajustes en tiempo real según hallazgos del monitoreo; realineación de recursos y actividades según necesidades emergentes.
5. Evaluación y progreso	Medir el impacto de la estrategia y generar aprendizajes para mejoras futuras.	Evaluación de procesos y resultados; análisis de cambios en conocimiento, actitudes y prácticas; medición de participación comunitaria y apropiación de mensajes.	Evaluable s internos y externos, equipo técnico, líderes comunitarios.	Indicadores de resultado (cambios conductuales, alcance de mensajes, participación); análisis de fortalezas y debilidades de la intervención.	Retroalimentación a todos los niveles; incorporación de lecciones aprendidas para futuras estrategias; fortalecimiento de la corresponsabilidad y sostenibilidad.

Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Cadena J, et al. Fundamentos de la comunicación. Pamplona: Universidad de Pamplona; 2020. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/fundamentos_de_la_comunicacion-dionne_valentina_santos_garcia.pdf. Español.
- [2] Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1991. Español.
- [3] Chomsky N. El conocimiento del lenguaje. Madrid: Alianza Editorial; 1985. Español.
- [4] Chomsky N. La arquitectura del lenguaje. Barcelona: Kairós; 1996. Español.
- [5] Aguado J. Introducción a las teorías de la información [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; 2004. Disponible en: [https://www.um.es/tic/Txtguia/Introduccion%20a%20las%20Teorias%20de%20la%20Informa%20\(20\)/TIC%20texto%20guia%20completo.pdf](https://www.um.es/tic/Txtguia/Introduccion%20a%20las%20Teorias%20de%20la%20Informa%20(20)/TIC%20texto%20guia%20completo.pdf). Español.
- [6] Beltrán LR. Salud pública y comunicación social. Rev Mex Opin Pública. 2021;(31):145-151. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S2448-49112021000200145. Español.
- [7] Calvet LJ. Historia de la escritura: De los pictogramas al alfabeto. Barcelona: Editorial Crítica; 2007.
- [8] Briggs A, Burke P. De Gutenberg a Internet: una historia social de los medios de comunicación. Madrid: Taurus; 2002. Español.
- [9] Instituto de Educación Secundaria San Clemente. La comunicación [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; s. f. Disponible en: https://centros.edu.xunta.gal/cafi/aulavirtual/pluginfile.php/43403/mod_resource/content/0/La_comunicacion/La_comunicacion_IES_San_Clemente.pdf. Español.
- [10] Broda E, Strömbäck J. Misinformation, disinformation, and fake news. Ann Int Commun Assoc. 2024;48(2):139-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23808985.2024.2323736>. English.
- [11] Durán MB. La era de la desinformación y de las noticias falsas en el ambiente político ecuatoriano de transición. PerDebate. 2019;1(1):1-14. Disponible en: <https://revistas.usfq.edu.ec/index.php/perdebate/article/view/1550/2661>. Español.
- [12] AltaMed. Cómo detectar desinformación sobre salud [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.altamed.org/es/article/como-detectar-desinformacion-sobre-salud>. Español.
- [13] McLuhan M. Comprender los medios de comunicación: Las extensiones del ser humano. Barcelona: Editorial Paidós; 1996.
- [14] Lomov BF. Los procesos psíquicos y la comunicación. En: Lomov BF, editor. Problemas de la psicología social. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1989. p. 115-132. Español.
- [15] González M, Pérez J. La comunicación organizacional en las universidades públicas mexicanas: una revisión crítica de la literatura. Comunic Soc. 2020;23:29-45. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cys.01873509p.2020.23.2>
- [16] Berlo DK. El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y la práctica. Buenos Aires: Ateneo; 1979. Español.
- [17] Universidad Internacional de La Rioja. Barreras de la comunicación: Qué son y qué tipos hay [Internet]. UNIR; 2025. Disponible en: <https://ecuador.unir.net/actualidad-unir/barreras-comunicacion/>. Español.
- [18] Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud y equidad en salud. Washington (DC): OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55845>. Español.
- [19] Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1986. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>. Español.
- [20] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e

- intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. Quito: MSP; 2017. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/modelo-de-atencion-integral-de-salud-familiar-comunitario-e-intercultural/>. Español.
- [21] Villa F. Estrategias de promoción de la salud y empoderamiento comunitario. Rev Iberoam Salud Pública. 2022;21(3):75-89. Disponible en: <https://revistaczambos.utelvtse.edu.ec/index.php/home/article/download/29/57/118>. Español.
- [22] World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [actualizado 2021; citado 2026 May 30]. Disponible en: <https://www.who.int>. English.
- [23] Eugenio J, Mendoza M, Flores M, Sánchez J. Movilización social y determinantes sociales de la salud: Proceso educativo en comunidad rural de Jalisco, México. Estudios Sociales (Hermosillo, Sonora). 2015;23(46):115-136. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572015000200006. Español.
- [24] Delgado R. Comunicación en salud y promoción de estilos de vida saludables. Rev Haban Cienc Méd. 2018;17(3):412-420. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n3/rhcm10318.pdf>. Español.
- [25] Organización Panamericana de la Salud. Comunicación social en salud: guía para la planificación de programas. Washington, DC: OPS; 1999. Español.
- [26] Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(3). Disponible en: http://saludecuador.org/maternalinfantil/archivos/smi_D289.pdf
- [27] Bernal L, et al. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2024;48:e135. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e135/>. Español.
- [28] Buelga S. El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En: Psicología social y bienestar. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2007. p. 154-173. Disponible en: https://www.uv.es/~lisis/sofia/sofia_empower.pdf. Español.
- [29] Busse P, Godoy S. Comunicación y salud. Cuadernos.info. 2016;(38):10-13. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-367X2016000100001&lng=es&tlng=es
- [30] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud. Quito: MSP; 2019. Español.
- [31] Organización Panamericana de la Salud. Manual de salud pública [Internet]. Washington (DC): OPS; 1985. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3290>. Español.
- [32] Organización Panamericana de la Salud. Ecuador Saludable: Desarrollo, Equidad y Resiliencia [Internet]. Washington (DC): OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/ecu-abog-salud-mcis-abr-20250.pdf>. Español.
- [33] Laverack G. Health promotion practice: building empowered communities. New York: McGraw-Hill; 2007. Español.
- [34] Gómez L, Lucumí D. Modelos socioecológicos y salud pública: una perspectiva desde la agencia humana. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2024 ; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072024000124011&lng=en.
- [35] Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Appl Psychol. 2008;57(1):1-29. English.
- [36] Bettman JW. An information processing theory of consumer choice. Reading (MA): Addison-Wesley; 1979. English.
- [37] Health Communication Capacity Collaborative. El «Proceso P»: cinco pasos para la comunicación estratégica [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2016 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2016/12/P-Process-Brochure_Spanish.pdf. Español.
- [38] Contzen N, Mosler HJ. The RANAS approach to systematic behavior change. Dübendorf: Eawag; 2015.

Disponible en: https://www.eawag.ch/fileadmin/Domain1/Abteilungen/ess/projekte/ehpsy/Methodological_Fact_Sheets.pdf. English.

[39] Suárez Lugo N. Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015;41(4):681-692. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500010. Español.

[40] Academy for Educational Development (AED). AIDS Public Health Communication Project (AIDSCOM): Final Report. Washington, D.C.: USAID; 1990. Español.

[41] Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Manual para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos (EDBH) [Internet]. Madrid: AECID; s. f. Disponible en: https://intercoonecta.aecid.es/Documentos%20de%20la%20comunidad/Manual_EDBH.pdf. Español.

[42] ONU Mujeres. Guías para el uso de un lenguaje inclusivo al género [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Gender-inclusive%20language/Guidelines-on-gender-inclusive-language-es.pdf>. Español.

[43] Defensoría del Pueblo del Ecuador. Informe anual de la situación de los derechos humanos y de la naturaleza en el Ecuador. Quito: DPE; 2021 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.dpe.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Informe-Anual-2021.pdf>. Español.

[44] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): línea operativa para la implementación del enfoque intercultural en el primer nivel de atención. Quito: MSP; 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/MSP-Lineamientos-implementacion-huertos-medicinales-PNA-2017-2.pdf>. Español.

[45] Fargas M, Felipe B. Guía para la introducción del enfoque de derechos humanos y género desde la perspectiva de la justicia global y los ODS en el currículum de educación primaria. 1.ª ed. El Prat de Llobregat: Enginyeria Sense Fronteres / Ayuntamiento del Prat de Llobregat; 2021. Disponible en: <https://esf-cat.org/wp-content/uploads/2022/07/Guia-para-la-introduccion-del-enfoque-de-derechos-humanos-y-genero.pdf>. Español.

[46] CPCCS. Catálogo de estándares e indicadores de género e interculturalidad. Quito: CPCCS; 2018. Español.

[47] Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Informe de rendición de cuentas 2017 [Internet]. Quito: CNIG; 2018 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Informe-de-Rendicion-de-Cuentas-del-Consejo-Nacional-para-la-Igualdad-de-Genero-2017-FINAL.pdf>. Español.

[48] Rosenberg MB. Comunicación no violenta: un lenguaje de vida. 3a ed. Buenos Aires: Granica; 2013. Español.

[49] Pérez Berrocal MC. Edu-entretenimiento: estrategia comunicativa para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en Montería-Córdoba. *Anagramas Rumbos Sentidos Comun*. 2012;11(21):123-132. Disponible en: <https://doi.org/10.22395/angr.v11n21a7>. Español.

[50] Albert Muñoz C. Guía para un uso no sexista de la lengua. 2ª ed. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Madrid; 2022. Disponible en: <https://libros.uam.es/uam/catalog/download/1184/2068/2345?inline=1>

[51] Bolívar A. Una introducción al análisis crítico del 'lenguaje inclusivo'. *Lit Linguist*. 2019;(40):355-375. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/lyl/n40/0716-5811-lyl-40-355.pdf>

[52] Regaira E, Vázquez M. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en enfermería. *Index Enferm*. 2020;29(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext

[53] Flower L, Hayes JR. A cognitive process theory of writing. *Coll Compos Commun*. 1981; 32(4):365-87. Español.

[54] Centro de Escritura de la Universidad del Cauca. Materiales de apoyo y guías de escritura académica. Popayán: Universidad del Cauca; 2020 [citado 3 de ago de 2026]. Disponible en: <https://facultades.unicauca.edu.co/centroescritura/materiales-de-apoyo>

[55] Conner M. Cognitive determinants of health behavior. Berlin: Free University of Berlin; 2010. Disponible en:

<https://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>. Español.

[56] Pérez Berrocal MC. Edu-entretenimiento: estrategia comunicativa para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en Montería-Córdoba. *Anagramas Rumbos Sentidos Comun.* 2012;11(21):123-132. Disponible en: <https://doi.org/10.22395/angr.v11n21a7>

[57] Cabeza M. Arte-lier: estrategias lúdico-pedagógicas basadas en el arte. *Bol Redipe.* 2018;7(12):106-114. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6728825.pdf>.

[58] United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 [Internet]. Geneva: UNDRR; 2015 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>. English.

[59] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Public awareness and public education for disaster risk reduction: a guide [Internet]. Geneva: IFRC; 2014 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.ifrc.org/document/public-awareness-and-public-education-disaster-risk-reduction-key-messages>. English.

[60] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guía de comunicación en crisis o emergencias [Internet]. Ciudad de Panamá: PNUD; 2025 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-04/pnud-hn_guia_comms_in_crisis_eng.pdf. Español.

[61] World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208>. English.

[62] Arroyo S. Comunicaciones en emergencias y crisis. Caracas: CAF; 2023. Disponible en: <https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/2222/CAF%20-%20Cuaderno%20del%20Desarrollo%2022.pdf>. Español.

[63] Abarca E. Plan de comunicación de riesgo [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2017. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2013/09/plan_de_comunicacion_de_riesgo_final_-A-BRIL-2017.pdf. Español.

[64] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS-FI: enfoque familiar, comunitario e intercultural [Internet]. Quito: MSP; 2019 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/MAIS-2019-1.pdf>. Español.

[65] Espinosa A. Comunicación y cambio de comportamiento en salud pública. *Rev Panam Salud Pública.* 2016;39(3):123-130. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/123-130/es>. Español.

[66] Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006. Última reforma 2012. Español.

[67] Larenas C, Rocha M. Características y funciones de la consejería, en el contexto de trabajo en CENFA, que contribuyen a demarcar el rol de consejera/o [Tesis de pregrado]. Santiago: Universidad de Chile; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173876/Caracteristicas%20y%20funciones%20de%20la%20consejer%20c3%ADa.pdf?sequence=1>. Español.

[68] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía nacional de consejería en VIH/Sida. Quito: MSP; 2011. Disponible en: https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/Guia-Nacional-V-V-Consejeria-VIH-sida-V-V-2011_63a46d1320128c64430222f42b535395.pdf. Español.

[69] Organización Panamericana de la Salud. Actualización en Planificación Familiar para Atención Primaria de Salud [Internet]. Washington, D.C.: Campus Virtual de Salud Pública, OPS/OMS; 2021 [citado 3 ago 2026]. Disponible en: paho.org

[70] Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco: Actualización 2014. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014 [citado 2026 ago 3]. Disponible en: msal.gov.ar

[71] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica: Atención Integral de personas con VIH/SIDA [Internet]. Quito: MSP; 2017 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-c>

content/uploads/2017/04/GPC_VIH_SIDA.pdf. Español.

[72] Pontificia Universidad Católica de Chile. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Manual de aplicación para equipos de respuesta [Internet]. Santiago: Facultad de Medicina, PUC; 2018 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Manual_de_Primeros_Auxilios_Psicologicos.pdf. Español.

[73] Ministerio de Salud Pública. Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial para primeros respondientes: SARS-CoV-2 / COVID-19 [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en: salud.gob.ec

[74] Mandujano Juárez G, López de la Vega B, Hernández Carreño L, Padilla Loredo S. Educación para la salud en grupos de ayuda mutua para la promoción de estilos de vida saludables. Medwave. 2012;12(11):e5574 [citado 2026 ago 3]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5574.html>

[75] Caicedo S, Mosquera L, Rojas H, et al. Guía metodológica para círculo de mujeres. Cali: Editorial Bonaventuriana; 2023. Español.

[76] Facilitadoras VIDAyCAFE. Círculos de mujeres: Tejiendo redes de apoyo comunitario. Quito: VIDAyCAFE; 2022. Disponible en: <https://vidaycafe.org/wp-content/uploads/Guia-Circulos-de-Mujeres.pdf>. Español.

[77] ONU Mujeres México. Masculinidades positivas: Guía para la acción y el cambio social. Ciudad de México: ONU Mujeres / Tecnológico de Monterrey; 2023. Disponible en: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones>. Español.

[78] Ander-Egg E. El taller: una alternativa de renovación pedagógica. 10.^a ed. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata; 2007. Español.

[79] De la Serna Ramos M, Escudero Sánchez M. Guía de organización de congresos, eventos feriales y exposiciones. Madrid: Editorial Síntesis; 2013.

[80] Sánchez M. Educación sanitaria y promoción de la salud en la comunidad [Internet]. Rev Cub Salud Pública. 2018 [citado 2026 May 30];44(1):115-123. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n1/1561-3127-rcsp-44-01-115.pdf>. Español.

[81] Zhao X. Health communication campaigns: A brief introduction and call for dialogue. Int J Nurs Sci. 2020; 7(Suppl 1): S11–S15. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7501494/>. Español.

[82] Catalán-Matamoras D, Muñoz-Cruzado y Barba M, Fuentes Hervías M. Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. Rev Esp Comun Salud. 2016;1(1):50-65. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3426>. Español.

[83] UNICEF Ecuador. Máximo contra la desnutrición crónica infantil en Ecuador [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/maximo-contra-la-desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil-en-ecuador>. Español.

[84] Edupedia.ec. Historia de Máximo el tucán [Internet]. s. f. Disponible en: <https://edupedia.ec/index.php/temas/historia/personajes-simbolicos/historia-de-maximo-el-tucan>. Español.

[85] Estévez M, Vega E, Pérez S. Reacciona Ecuador, el machismo es violencia: estudio de la campaña [Internet]. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales; 2011 [citado 2026 May 30]. Disponible en: <http://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/4439>

[86] LatinSpots. ¡Reacciona Ecuador! Machismo es violencia [Internet]. Buenos Aires: LatinSpots; 2010 [citado 2026 May 30]. Disponible en: <https://www.latinspots.com/noticia/reacciona-ecuador-machismo-es-violencia/20911>

[87] Secretaría de Salud de México. Manual de mercadotecnia social en salud. México: Dirección General de Promoción de la Salud; 2010. Disponible en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Manual_Mercadotecnia.pdf. Español.

[86] Castro M, Gómez X, Monestel P, Poveda K. Mercadeo social en salud. San José: Ministerio de Salud de Costa

Rica; 2015. Español.

[87] Flores A, Liscano Y, Terán E, Vásquez M, Vizcaya M, Delgado D, Sira A. La mercadotecnia y su utilidad para la salud pública: Vender salud, consumir salud. Comunicación breve. [Internet]. s. f. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71504316.pdf>. Español.

[88] Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. J Mark. 1971; 35 (3):3-12.

[89] UNICEF. Comunicación para el Desarrollo: Guía técnica de UNICEF. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018 [citado 3 jun 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/58811/file/Communication-for-Development-Guidance-2018.pdf>

[90] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estrategia de comunicación de la participación y socialización en salud (PPSS). Bogotá: Minsalud; 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/estrategia-comunicacion-ppss-29-mayo-2023.pdf>. Español.

[91] Organización Panamericana de la Salud. Plan de comunicación de la estrategia nacional de salud digital en Guatemala. Washington (DC): OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-07/gtmplancomunicacionestrategianacionalsaluddigital.pdf>. Español.

[92] Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el trabajo con grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua. Bogotá: Minsalud; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>. Español.



Diana Ximena Ochoa Saeteros

Nacionalidad: Ecuatoriana

Títulos académicos: Maestría en Atención Primaria de Salud; Especialidad en Adolescencia; Especialidad en Informática Aplicada a la Docencia; Licenciatura en Educación para la Salud; Licenciatura en Psicología; Licenciatura en Ciencias de la Educación.

Filiación institucional: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), Ecuador.

Grupo/red/proyecto de investigación: Grupo de Investigación de las Sexualidades (GIS), ESPOCH.

Correo electrónico: d_ochoa@espoch.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0742-6704>

Diana Ximena Ochoa Saeteros es docente investigadora de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador. Su formación integra educación, psicología y salud: es Licenciada en Ciencias de la Educación, Licenciada en Psicología y Licenciada en Educación para la Salud. Posee una Maestría en Atención Primaria de Salud, una Especialidad en Adolescencia y una Especialidad en Informática Aplicada a la Docencia. Cuenta con más de veinticinco años de experiencia en docencia universitaria, investigación, promoción, comunicación y educación para la salud.

Ha participado como facilitadora de talleres y cursos de actualización profesional, ponente en congresos nacionales e internacionales y autora de artículos científicos. Forma parte del Grupo de Investigación de las Sexualidades de la ESPOCH y ha colaborado como docente en carreras de pregrado y programas de posgrado de instituciones públicas y privadas del Ecuador. Su interés profesional se centra en el diseño y aplicación de metodologías y estrategias que favorezcan el bienestar de personas, grupos y comunidades en contextos diversos.

Su trayectoria académica se articula con un compromiso sostenido con la inclusión y los derechos humanos. Es socia fundadora y consultora de la Fundación para el Desarrollo Integral, Promoción y Movilización Social HABITAR; miembro fundadora de la Coalición por la Equidad de Género en Riobamba; asesora para la inclusión educativa y laboral de personas con autismo; accionista de la Unidad Educativa Particular Liceo Nuevo Mundo; y miembro fundadora de la Asociación de Padres Activistas por los Derechos de las Personas con Autismo en Chimborazo.

También ha integrado el Consejo de Protección de Derechos del Cantón Riobamba y ha recibido reconocimientos por su labor social y desempeño académico. Su trabajo combina experiencia universitaria, acción comunitaria y defensa de derechos, con especial atención a la promoción de la salud, la comunicación, la educación, la equidad de género, la discapacidad y la inclusión social.

Líneas de investigación o áreas de especialidad: Promoción, comunicación y educación para la salud; atención primaria; equidad de género; discapacidad; autismo; inclusión educativa y social.

1era Ed.

2026

Esta obra analiza la relación entre la comunicación y la promoción de la salud desde una perspectiva teórica y práctica. A lo largo de sus capítulos, examina enfoques conceptuales, estrategias comunicacionales y experiencias aplicadas que permiten comprender cómo el diálogo, la participación social y la circulación de información contribuyen al bienestar individual y colectivo.

Dirigido a estudiantes, docentes y profesionales, el libro ofrece herramientas para reflexionar sobre la comunicación como un proceso clave en la construcción de entornos saludables, el fortalecimiento comunitario y la transformación social. Su contenido integra fundamentos académicos y orientaciones prácticas para el diseño de acciones comunicacionales en salud.



puertomaderoeditorial.com.ar



La Plata - Argentina

ISBN 978-631-6557-91-9



9 786316 557919