

**RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD
PARA PROMOVER LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS EN
COMUNIDADES INDÍGENAS TICUNA DEL AMAZONAS COLOMBIANO**

LUZ MARINA RAMÓN MONJE

Asesor

PhD. MARIO MOSQUERA VÁSQUEZ

**FUNDACION UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN
MAYO DE 2012, BARRANQUILLA**

DEDICATORIA

Alu, más son las batallas, sólo tuyas las victorias. Te amo hija.

AGRADECIMIENTOS

A Mario Mosquera, por su incansable apoyo y entrega para con el proyecto.

A la OPS en las personas de Sandra Patricia Escandón Moncaleano y Enoris Arango Vasco, por compartir, su amplio conocimiento en la población de estudio.

A la Universidad del Norte en las personas de Pamela Flores, Rafael Obregon, Jair Vega, Jesus Arroyave y de mas maestros, por su valiosa formación académica.

A mi hermosa familia sin cuyo apoyo incondicional ninguna felicidad seria posible... y por sobre todo, a Dios hacedor de todo mi mundo.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	6
Planteamiento del Problema.....	6
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Revisión de Literatura.....	15
Contexto del Proyecto.....	15
Tuberculosis: Problemática social de salud.....	15
Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.....	16
Sistema de salud y atención de la tuberculosis en comunidades indígenas del Amazonas colombiano.....	19
Comunicación orientada a la promoción de la salud.....	20
Una Mirada Teórica a la Comunicación para la Salud: Definiciones, Categorías, Autores y Apuestas.....	21
Introducción y plan de trabajo.....	21
¿Desde dónde se asume la comunicación en esta propuesta Investigativa?.....	21
Aproximaciones y apuestas al concepto de comunicación en salud.....	26
Algunas estrategias aplicables en comunicación en salud.....	28
Etapas / Fases del Proyecto.....	31
Etapas de Investigación.....	32
Análisis situacional y comportamental.....	32
Análisis de audiencias y comunicacional.....	35
Etapas de Planificación.....	35
Metodología.....	39
Categorías de Análisis.....	45
Limitaciones del Estudio.....	47
Estrategia a Utilizar en la Transferencia de los Resultados a los Usuarios Potenciales..	48
Resultados.....	49

Conclusiones.....	103
Bibliografía.....	107
Apéndice A. Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES).....	113
Apéndice B. Factores de intervención negativa.....	115
Apéndice C. Esquema de modelación de conductas por medio de información, educación y comunicación.....	116
Apéndice D. Preguntas guía para recolección de datos investigaciones base.....	117
Apéndice E. Preguntas guía del cuestionario abierto auto-diligenciado.....	124
Apéndice F. Preguntas guía para el grupo de discusión.....	127

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Etapas del Proyecto y su Plataforma Conceptual-Teórica.....	32
Tabla 2. Pasos COMBI que se integran a la estrategia.....	37
Tabla 3. Etapa del Proyecto: Investigación.....	39
Tabla 4. Etapa del Proyecto: Planificación.....	39
Tabla 5. Descripción Metodológica.....	41
Tabla 6. Análisis los factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población, que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis.....	44
Tabla 7. Caracterización audiencias y grupo de interesados (stakeholders) que pueden influir.....	45
Tabla 8. Identificación medios y canales de comunicación en la comunidad indígena Ticuna, que pueden ser utilizados favorablemente dentro de una estrategia de comunicación	46

Resumen

La tuberculosis es una enfermedad que pese a su trayectoria histórica, aun guarda una connotación de gravedad en el contexto de salud pública, especialmente en la población vulnerable latinoamericana. Como enfermedad curable y cuyo tratamiento (en el caso específico de la población colombiana) se encuentra cubierto por el estado, el fenómeno de no adhesión sugiere la reflexión de factores que van más allá de la habitual dinámica salud-enfermedad, como por ejemplo las condiciones culturales y de contexto de la población.

Este proyecto se articula a la filosofía de la estrategia STOP TB de la Organización Mundial de la Salud, y se nutre de las investigaciones patrocinadas por la misma entre los años de 2006 y 2009 en población indígena Ticuna del Amazonas colombiano. La finalidad es proponer recomendaciones estratégicas que logren abordar el fenómeno de no adhesión al tratamiento que promueve el sistema de salud, tomando la comunicación como elemento integrador para futuras intervenciones.

Palabras clave: Tuberculosis, adhesión al tratamiento, estrategia STOP TB, comunicación para la salud, indígenas Ticuna del Amazonas colombiano.

Abstract

Tuberculosis is a disease that despite its historical even bears a connotation of gravity in the context of public health, especially in vulnerable populations rabble Latin American. As a curable disease and its treatment (in the specific case of the Colombian population) is covered by the state, the phenomenon of non-adherence suggests the reflection factors are beyond the usual health and disease dynamics, such as cultural and contextual conditions of the population.

This project focuses on the philosophy of the STOP TB strategy of the World Health Organization, and draws on research sponsored by the same between 2006 and 2009 in Ticuna indigenous population of the Colombian Amazon. This project propose strategic recommendations that achieve not address the phenomenon of adherence to treatment which promotes the system health, taking communication as an integrator for future interventions.

Keywords: Tuberculosis treatment adherence, STOP TB strategy, health communication, Ticuna indigenous Colombian Amazon.

Introducción

Planteamiento del Problema

En el siglo XIX la tuberculosis (TBC) llegó a convertirse en Europa y América en una de las más graves epidemias de la época cobrando millones de vidas a su paso. Aunque durante un tiempo considerable no se observaron estrategias definidas sobre ella, en 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró como una urgencia de salud pública para el orbe. Vale la pena reseñar que según la investigadora colombiana Cáceres “la TBC es una enfermedad infectocontagiosa que ha afectado al hombre desde la antigüedad. La OMS declaró en 1993 que la TBC era una urgencia mundial agravada por el vínculo con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el desplazamiento de población.” (2004, p. 172). Según los datos publicados por Cáceres, tomados de la OMS, cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el *Mycobacterium tuberculosis*. En 1995 se reportaron en el mundo más de nueve millones de casos nuevos, con más de tres millones de muertes. El 75% de los casos ocurren en población económicamente productiva. El 95% de los casos y el 98% de las muertes por TBC ocurrieron en países en vías de desarrollo. Las muertes por TBC corresponden al 25% de la mortalidad evitable.

De manera paralela, el incremento en los casos de tuberculosis se encuentra asociado a la epidemia del VIH/SIDA. En este sentido, la tuberculosis es una de las enfermedades que más padecen los enfermos de VIH (Hanley, 1994). De igual manera, estudios recientes han determinado una fuerte relación entre el VIH/SIDA y la tuberculosis multiresistente, revelando que este tipo de TBC es casi dos veces más frecuente en los pacientes infectados por el VIH (OMS, 2007), lo que hace aún más complejo el tratamiento de la enfermedad.

Además, el tratamiento de la TBC tiene implicaciones significativas en la persona, como el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la farmacoresistencia del bacilo que a su vez aumenta tanto el costo como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan. Al abandonar el tratamiento hay reducción en las tasas de curación, aumento de recaídas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones –comorbilidades- (OMS, 1999; Williams, 2000, citado en Mosquera, Soto, Tuesca & Garcia, 2007).

Para el 2008 y según estadísticas del Ministerio de Protección Social de Colombia, se reportaron unas doce mil personas infectadas en todo el país, con mayor impacto en la población

en edad productiva de los departamentos de Quindío, Guajira, Amazonas, Vaupés, Putumayo, Guaviare, Arauca y Cesar entre otros, considerados como zonas de riesgo para la propagación de la enfermedad debido al alto índice de población vulnerable (desplazados, indígenas y personas de escasos recursos económicos).

En Colombia se reportan alrededor de 11.000 nuevos casos al año, con una incidencia del seis por ciento en la población indígena comparado con el resto del país (WHO, 2009). En el Amazonas colombiano las altas tasas de prevalencia de tuberculosis, así como de abandono de su tratamiento, han determinado la identificación de esta enfermedad como un problema prioritario de salud pública para el departamento. Es así como las autoridades nacionales y representantes de ACDI/CIDA y OPS/OMS, establecieron como una prioridad para la cooperación bilateral y multilateral, la atención de la tuberculosis en población indígena, debido a sus altas tasas de incidencia y vulnerabilidad (Ministerio de Protección Social, INS, OPS/OMS & CIDA, 2007).

Pero la escasa investigación que existe con respecto a TBC en comunidades indígenas colombianas, sumado a la falta de resultados concretos en las acciones adelantadas por las instituciones de salud alrededor de la promoción, prevención, protección específica de esta enfermedad, vigilancia epidemiológica, diagnóstico, tratamiento y curación de la patología (Triana & Guzmán, 2000), pueden afectar de manera negativa la funcionalidad de estrategias específicas como el DOTS/TAES, en la cual se enmarcan los actuales procesos de atención de la tuberculosis.

Aunque pocos, -Mosquera et al 2006, Mosquera, Tuesca, Soto y García 2007 y Escandón y Arango, 2008-, gran parte de los esfuerzos dirigidos a enriquecer el conocimiento de la comunicación aplicada a la TBC en poblaciones indígenas, han sido liderados por la Organización Panamericana de la Salud en cooperación con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). Gracias a estas investigaciones, en la actualidad se lideran procesos de revisión en los materiales de comunicación en salud dirigidos a la atención de la TBC, además de la elaboración de nuevos materiales, basados en el reconocimiento cultural en los Departamentos de Nariño, Cesar y Amazonas (Escandón & Arango, 2008). Esta nueva dinámica, liderada por departamentos y con población vulnerable, plantea la necesidad de llevar a cabo investigaciones sociales de carácter formativo, con el propósito de diseñar programas en salud culturalmente sensibles a las poblaciones objetivo. Otra situación importante que incide de forma negativa en la adhesión al *Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado* (TAES), es el

acceso de las personas al tratamiento. Según UNICEF (2007) el acceso se ve limitado por falta de voluntad política, escasez de recursos, mala gestión, ubicación de poblaciones en lugares aislados y condiciones geográficas difíciles, falta de viviendas y la estigmatización social, entre otros.

La discriminación social impuesta por las legislaciones nacionales y la baja prioridad que le otorgan algunas agencias de cooperación bilateral, multilateral y gobiernos nacionales, resulta a menudo en una baja asignación de recursos para la prevención y manejo de esta enfermedad en poblaciones vulnerables, conformando así el grupo de las enfermedades negadas, entendidas éstas como aquellas enfermedades que afecta en primer lugar a la población que vive en la pobreza, ante todo en zonas diferentes al casco urbano donde el derecho a la salud, la educación y la vivienda no están garantizados (Hunt, 2009), lo que trae como consecuencia inferior calidad en la atención oportuna enfermedades prevenibles y curables.

Estos factores sumados a la realidad cultural, social y económica de las personas diagnosticadas con TBC, están asociados con la falta de adherencia al tratamiento. La decisión autónoma del paciente, en cuanto a iniciar y llevar a buen término el tratamiento, converge con su contexto inmediato: familia, amigos, condiciones de vida –modos de sustento, ingresos, educación, nutrición, vivienda, acceso a servicios sanitarios adecuados y entornos físicos-, e instituciones prestadoras de servicios de salud (WHO, 2003).

La promoción de comportamientos saludables, son de esta forma, el resultado de una compleja red de interacciones, que debe ser comprendida al momento de explicar, predecir e intervenir positivamente en el tratamiento contra la tuberculosis. En consecuencia, la elaboración e implementación de programas de salud, debe procurar antes del objetivo educativo-comunicacional -y para el logro del objetivo comportamental- el reconocimiento de esta confluencia de factores, lo que busca minimizar los costos personales, sociales y económicos consecuentes a la no adherencia al tratamiento de esta enfermedad.

La implementación de un programa que, por desconocimiento o descontextualización, resulta ineficiente o/y inefectivo para la población objetivo, desencadena una importante pérdida de recursos económicos y humanos, que se traduce en la no consecución del impacto esperado. Así mismo, se desmejora la relación costo/beneficio de las acciones y de los programas que las sustentan, lo que desmotiva al personal sanitario y a los mismos usuarios del sistema de salud (Alayón, 2006).

La emergencia de esta patología y la insuficiente información respecto a la dimensión social de la tuberculosis, hace necesaria una reflexión profunda del ejercicio de los actores sociales e institucionales en salud, de las prácticas actuales en la prestación de servicios y de los modelos de intervención social, así como la dinámica salud-enfermedad desde la población afectada y su entorno cotidiano. A este respecto, la comunicación social aparece como una disciplina que ofrece alternativas prácticas para afrontar estos retos, a través de acciones de comunicación en salud, abogacía y movilización social (OPS, 2005).

Todos los factores aquí descritos, influyen de manera determinante en la consecución de las metas de control y prevención planteadas por la alianza Alto Tuberculosis -stop TB partnership- de la Organización Mundial de la Salud en 2006 (OMS, 2006). Este plan estratégico mundial se traduce a nivel nacional en los lineamientos del plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis, 2006-2015” los cuales incluyen:

1. Desarrollar, implementar y extender la estrategia DOST/TAS;
2. Fortalecer el trabajo inter-programático (Programas PAI, AIEPI, VIH/SIDA);
3. Impulsar las alianzas estratégicas para el logro de metas (entre entidades públicas, privadas y mixtas PPM);
4. Fortalecer la vigilancia en salud pública de la tuberculosis y la investigación operativa;
5. Implementar y fortalecer las acciones de atención integral y vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos, 6. Implementar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (OMS, 2007).

En este orden de ideas, esta investigación asume trabajar desde dos dimensiones del problema; por una parte la dimensión comunicativa y por otra la dimensión psicológica. En cuanto a la dimensión comunicativa este proyecto se integra en el marco del plan estratégico antes descrito, a través del numeral seis, teniendo en cuenta que la prioridad ineludible es conocer a plenitud la complejidad de factores e interdependencias entre estos, que subyacen al comportamiento de adhesión al TAES en la comunidad Ticuna, así como los canales, formas y medios de comunicación de la población. Todo ello con el propósito de generar recomendaciones estratégicas de comunicación en salud, que estimulen acciones encaminadas al exitoso término del tratamiento antituberculosis. Por su parte, la dimensión psicológica planteada en la pregunta problema de este documento integra procesos de cognición, percepción y emociones, frente al

contexto personal, social y familiar del paciente de la población Ticuna. A su vez, incluye el estudio de los comportamientos de salud de la población objetivo, en la medida que estos facilitan o inhiben la adhesión al tratamiento antituberculosis.

Antes de desarrollar la investigación sobre esta población, a continuación el documento ofrece una contextualización general sobre la comunidad objetivo.

- Contextualización Socio-cultural de la Etnia Ticuna.

La etnia Ticuna es una población originaria del distrito Ramón Castilla (Perú), aunque mitológicamente vienen de la quebrada Ticuare afluente del río Vendaval en Brasil. Descienden del pueblo Magüta y se calculan alrededor de 10.000 indígenas en Colombia (Ministerio de Ciencia e Tecnología, 2001). Indígenas de carácter semi-nómada, ubicados históricamente en el área central del medio Amazonas, a margen izquierda del Departamento. En la actualidad se localizan comunidades en los resguardos de Arara, San Antonio de los Lagos, Nazaret, Puerto Nariño, Moncagua, Zaragoza, el Vergel, Macedonia, San Sebastián y en el resguardo de los ríos Cohue y Putumayo. Su estructura económica se basa en las actividades agropecuarias -pesca, caza, cultivo de la chagra- y aserrío de maderas entre otras (Perafán & Azcárate, 2002). Los Ticuna ribereños, comparten su territorio con los Concama, los Yaguas y otros grupos indígenas que han migrado a la ribera amazónica.

Aunque el trabajo artesanal es generalmente implementado para la elaboración de elementos de uso cotidiano (Cifuentes, 1986), en la actualidad forma una parte importante en el flujo económico de los pobladores, debido al notable incremento del turismo en la región. El Amazonas se ha convertido en uno de los principales destinos para la práctica del turismo ecológico en Colombia. Su estructura social está basada en la cooperación y el apoyo mutuo, mediante lazos de parentesco que se extienden a diferentes familias, gracias al intercambio genético y económico, que se concreta bajo la prohibición del matrimonio entre miembros de un mismo clan.

En el pasado la máxima autoridad estaba determinada por el brujo o shaman, a él le eran atribuidos el mal y el bien. Aunque en la actualidad es temido y respetado a la vez, la autoridad ha sido asignada al curaca -autoridad de carácter político-, quien por elección de toda la comunidad, los representa e intercede ante los diferentes estamentos y autoridades del estado (Perafán & Azcárate, 2002). Vale la pena resaltar, que pese a los diversos cambios sociopolíticos de la región, el Shaman continua siendo una autoridad en lo referente a salud.

En cuanto al contexto histórico los procesos de articulación y de relación con la sociedad y el estado, se han experimentado de manera diversa en cada comunidad a través de la historia (Ariza, Ramírez & Vega, 1998). Esta relación histórica, define en gran medida, la situación actual de los pueblos indígenas a nivel económico, cultural, político, territorial y de salud, entre otros.

Para comenzar, en la antigüedad, el estilo de vida propio del indígena amazónico, era un factor protector frente a las enfermedades: pigmentos vegetales sobre la piel, baños con sustancias vegetales, ausencia de vestido y una dieta balanceada, entre otras prácticas, formaban un escudo protector frente a cada una de las afecciones típicas del contexto tropical. En un perfecto equilibrio entre hombre y naturaleza, que pone en perspectiva la enfermedad como alteración del equilibrio, de la reciprocidad, es decir, enfermedad como sinónimo de violación de las normas de convivencia.

El contacto de las etnias amazónicas, al igual que del resto del mundo americano, con las incursiones europeas y el torrente humano llegado del viejo mundo, generaron profundas transformaciones sociales, culturales y económicas. Violencia contra los nativos, esclavismo y desplome de sus creencias consecuente al ingreso de las misiones religiosas (Gómez, Sotomayor & Lesmes, 2000), entre otras consecuencias. Estos fenómenos, sumado a la ausencia de memoria inmunológica en el nativo frente a las enfermedades del colono, formaron un siniestro cóctel de insalubridad, cuyas consecuencias se expresaron en enfermedad y muerte. En palabras de Guzmán (1986):

Especial mención merece la tuberculosis pulmonar en la historia epidemiológica de las comunidades indígenas amazónicas, pues marca rítmicamente el proceso de enajenación cultural, la pérdida de sus territorios ancestrales, el hambre endémica, el hacinamiento y la tristeza de los indios esclavizados. (citado en Gómez et al., 2000).

Gran parte de la dinámica familiar, social y económica de la cultura Ticuna, se vio en la necesidad de amoldarse a los parámetros del nuevo mundo. El consecuente paso de las comunidades indígenas de lo grupal a lo intergrupalo, hacia las relaciones interculturales, pone en perspectiva aspectos como la compleja dinámica del sistema de salud en hibridación con la medicina alopática. Un flujo constante entre los valores históricamente arraigados y aquellos, que por su condición de innovación y viabilidad, son sugestivos o no, al interés del nativo. Este contexto histórico, propone un análisis de la intervención terapéutica, donde el personal de salud

no sólo combate la enfermedad para el logro de los objetivos terapéuticos, sino que se ve enfrentado a una labor de mediación, entre la medicina tradicional y la occidental. De acuerdo con lo expuesto en esta descripción, es posible plantear el problema central de esta investigación de la siguiente manera: ¿Cuáles son las características de los factores psicológicos y comunicacionales existentes en la población indígena Ticuna, que deben tenerse en cuenta para la promoción de la adherencia al tratamiento antituberculosis?

Impacto Esperado

Siendo la tuberculosis un problema importante de salud pública y asumiendo la comunicación social como parte esencial de las acciones orientadas a la prevención y manejo de la enfermedad, esta investigación pretende esencialmente contribuir al mejoramiento del proceso de adhesión al TAES en comunidades indígenas Ticuna del Amazonas, generando conocimiento sobre los factores asociados a este comportamiento y recomendaciones prácticas para promover la adherencia al tratamiento antituberculosis desde la comunicación en salud.

El análisis reflexivo de la dinámica salud-enfermedad que opera en este grupo social con respecto al padecimiento de TBC, aporta conocimiento valioso a un campo poco investigado hasta el momento en el contexto nacional. La comprensión del fenómeno de TBC desde la integralidad de los actores sociales e institucionales, es un recomendable punto de partida para la elaboración y aplicación de estrategias de Promoción y Prevención (PyP), mejor articuladas a este contexto social específico.

La propuesta de recomendaciones estratégicas, que surgen del análisis resultado de esta investigación, contribuye a favorecer las medidas de prevención de contagio, persistencia y muerte por la enfermedad; así como promueve el empoderamiento en los actores implicados y la sostenibilidad de las prácticas encaminadas a la adherencia al TAES. Esto se podría ver reflejado en la disminución de los índices de deserción al tratamiento a nivel departamental, integrándonos de esta forma al logro de los objetivos propuestos por la estrategia “alto tuberculosis” de OMS.

Se mantiene la expectativa de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estas poblaciones, al desarrollo de la comunicación en salud como campo de aplicación de la comunicación social y a largo plazo, al fortalecimiento del sistema de salud pública.

Usuarios Directos o Indirectos, Potenciales de los Resultados de la Investigación

Usuarios Directos

- La red de promotores de salud indígena, que en el ejercicio de sus labores podrán contar con recomendaciones estratégicas de comunicación en salud para la promoción de la adhesión al TAES; fruto de un diálogo concertado entre los actores del fenómeno aquí descrito.
- Entidades gubernamentales como el Ministerio de Protección Social y la Gobernación Departamental del Amazonas, encargadas de tomar decisiones políticas en TBC, podrían utilizar las recomendaciones estratégicas de comunicación en salud, para ajustar el contenido programático de los planes en salud, de manera que sea más acertada a la realidad de la población sujeto.
- En el plano nacional las políticas en TBC pueden verse influenciadas positivamente, por la implementación efectiva de las propuestas estrategias de comunicación en salud.
- La Secretaría de Salud Departamental, que determina la manera más adecuada de dar cumplimiento a las decisiones políticas de los estamentos rectores, podrá implementar parcial o totalmente las recomendaciones estrategias de comunicación en salud, en los programas de TBC.
- Las organizaciones como OMS y OPS líderes en TBC, utilizando los resultados de la presente investigación, como base para dar continuidad a diferentes procesos tanto de investigación como de intervención en salud pública, para el mejoramiento de la adhesión al tratamiento antituberculosis.
- Usuarios Indirectos
- La población indígena afectada por TBC, podrá reconocer e identificar aspectos de su cultura y entorno social, contando esto como factor protector para llevar a término el tratamiento.
- La población en general, pues la continuidad de este tipo de estudios genera conocimiento valioso, no sólo para prevenir la enfermedad, sino también para encaminar las acciones de promoción del tratamiento al logro de los objetivos de salud pública.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar los factores psicológicos y comunicacionales existentes en la población indígena Ticuna, que resultan pertinentes para la promoción de la adherencia al tratamiento antituberculosis con el fin de proponer recomendaciones estratégicas basadas en evidencias para el contexto social estudiado.

Objetivos Específicos

- Analizar los factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población, que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis.
- Caracterizar audiencias y grupo de interesados (stakeholders) que pueden influir positivamente en el proceso de adhesión al tratamiento antituberculosis.
- Identificar medios y canales de comunicación en la comunidad indígena Ticuna, que pueden ser utilizados favorablemente dentro de una estrategia de comunicación.
- Generar recomendaciones estratégicas de comunicación para la salud, para la promoción de la adhesión al tratamiento antituberculosis en la población indígena Ticuna.

Revisión de la Literatura

Contexto del Proyecto

Tuberculosis: Problemática social de salud. A finales del siglo XIX la tuberculosis causaba la muerte a una de cada siete personas en Estados Unidos y Europa. Fue considerada una de las más graves epidemias de la época y solo a partir del surgimiento progresivo de medicamentos como la estreptomina (1944), isoniacida (1955) y rifampicina (década de los sesentas) se consideró curable, acortando los métodos terapéuticos significativamente, entre 18 y 24 meses a 9 meses y finalmente 6 meses (Neira, n.d.).

A mediados de los ochenta nuevas patologías como el VIH/SIDA, el consumo de sustancias psicoactivas (alucinógenos inyectables), la inmigración económica o por conflicto y el aumento de la brecha social entre pobres y ricos como consecuencia de modelos económicos excluyentes, contribuyeron a la formación de cordones de pobreza y apresuraron el deterioro de la calidad de vida de muchas personas y familias -hambrunas, hacinamiento, desplazamiento forzado (Broekmans & Paluzzi, 2004); Sumado esto a un menguado sistema de salud, la TBC se convirtió en un problema global de prevalencia creciente y propagación epidémica (OPS 2004), que para el 2008 en Colombia ya reportaba alrededor de doce mil personas infectadas con la microbacteria (Ministerio de la Protección Social, 2007).

La tuberculosis se define como una enfermedad infectocontagiosa de tipo bacteriana producida por una microbacteria del complejo *Mycobacterium*: *M. Tuberculosis*, *M. bovis* o *M. africanum* (Bacilo de Koch), con diversas manifestaciones clínicas y una amplia distribución mundial (Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud INS, CIDA, 2007). Los signos principales de manifestación son: tos con expectoración de más de 15 días, fiebre, decaimiento general, falta de apetito, sudoraciones nocturnas, dificultad para respirar y dolor en el pecho, entre otros (Mosquera, 2006).

La transmisión de la enfermedad se efectúa por vía aérea, cuando un portador activo - persona con TBC sin tratamiento- tose, estornuda, habla o escupe, expulsando al aire bacilos de la microbacteria, los cuales se unen a las partículas de polvo que flotan en el aire, donde permanecen vivas durante un largo tiempo, especialmente en habitaciones cerradas y oscuras. Basta que la persona sana inhale un poco del aire contaminado para contagiarse (Mosquera, 2006), manteniendo así la cadena de transmisión de la enfermedad cuando está latente.

Pese a la probabilidad de que la bacteria permanezca latente durante años dentro del huésped, esto no implica el desarrollo inminente de la enfermedad. El sistema inmunológico humano es muy inteligente y aísla los gérmenes de manera eficaz, ganando la batalla en la mayoría de las ocasiones; por tanto el riesgo de enfermar está determinado por la calidad del sistema inmune y aumenta cuando éste está debilitado (WHO, n.d.). Tal es el caso de las personas VIH positivas, en quienes se ha observado una alta predisposición a desarrollar TBC (Barba, 2004); pese a que no existen investigaciones que respalden esta apreciación, la comorbilidad del comportamiento de la TBC en personas infectadas con VIH/SIDA parece reafirmarlo (Reyes, Díaz & Pérez, 2004).

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. El diagnóstico de la Tuberculosis se da con base en cuatro estrategias: la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología y la bacteriología. Esta última de mayor uso para el diagnóstico (Dx) rápido de la enfermedad, la cual comprende una microscopía de bacilos ácido-alcohol-resistente (BAAR) en una muestra de esputo del paciente.

El esquema de tratamiento de la TBC para Colombia, establecido por la OMS y modificado en el 2007, se define por categorías así:

1. Categoría I: Casos nuevos BAAR (+), Casos nuevos BAAR (-) y Extrapulmonares.
2. Categoría II: Recaídas y Abandono recuperado.
3. Categoría III: Pacientes con fracaso y drogoresistencia.

Estableciendo un esquema farmacológico dividido en dos fases, la primera con una duración aproximada de dos meses, consistente en la toma diaria -descansando un día cada seis días- de la combinación de cuatro medicamentos: ethambutol o estreptomycin – esta última solo en casos de recaída o abandono-, rifampicina, isoniazida y pirazinamida, hasta completar 48 dosis. En la actualidad la rifampicina y la isoniazida se están utilizando en capsulas asociadas. La segunda fase, consiste en tres tomas por semana de los mismos medicamentos a excepción del etambutol, hasta completar 48 dosis; con una duración aproximada de cuatro meses. (ver Apéndice A)

A este esquema de tratamiento se le denomina Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS/TAES), y es reconocido como el plan global proyectado por la OMS, que pretende dar mayor visibilidad y eficiencia a las actividades de control de la tuberculosis. Se

denomina “acortado” en referencia a la duración de los antiguos esquemas de tratamiento, y su eje central es la supervisión directa del tratamiento desde la toma de la muestra para el diagnóstico de la enfermedad, la administración y toma de los medicamentos y el control consecuente con la finalización del esquema. Su finalidad es disminuir para el 2015, la prevalencia de la TBC, y eliminarla como problema de salud pública para el 2050, mediante el desarrollo de nuevos medios que faciliten un diagnóstico de calidad y un tratamiento oportuno entre otras.

Esta estrategia ha contribuido a salvar miles de vidas de enfermos de tuberculosis, ha evitado el desarrollo y la propagación de la resistencia a los medicamentos y a reducir la transmisión de la enfermedad, entre otras razones, porque la OMS incluye una gestión, que posibilita y promueve el desarrollo de investigaciones que propenden a la comprensión integral de la TBC, con miras a fortalecer el TAES (OMS, 2006).

En Colombia, el esquema DOST/TAES se adoptó a partir del año 2000 y en la actualidad, se desarrolla mediante los lineamientos del plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis, 2006-2015”, las cuales incluyen:

1. Desarrollar, implementar y extender la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOST/TAS).

2. Fortalecer el trabajo inter-programático (Programas PAI, AIEPI, VIH/SIDA).

3. Impulsar las alianzas estratégicas para el logro de metas (entre entidades públicas, privadas y mixtas PPM).

Fortalecer la vigilancia en salud pública de la tuberculosis y la investigación operativa.

4. Implementar y fortalecer las acciones de atención integral y vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos.

5. Implementar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (OMS, 2007).

El esquema del DOST/TAES, ha sido diseñado para ajustarse a las necesidades terapéuticas de la tuberculosis, las cuales incluyen el seguimiento estricto de un cronograma y la administración simultánea de medicamentos orales. El cumplimiento del programa sumado a un diagnóstico oportuno, alcanza un pronóstico de curación aproximado en el 90% de los casos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en su texto *Lecciones Aprendidas y Prácticas Exitosas en Abogacía, Comunicación y Movilización Social*, (2010), propone como objetivos de cualquier proyecto a implementar contra la Tuberculosis los siguientes:

- Mejorar la detección.
- Mejorar adherencia al tratamiento y curación.
- Desarrollar un modelo de atención centrado en la persona.
- Documentar el modelo del proyecto (aprendizaje).
- Elevar conocimiento de las personas con TB respecto a la enfermedad, su curación y prevención.
- Mejorar colaboración interprogramática y social
- Mayor involucramiento de PATB para mejorar servicios de salud.
- Mitigar estigma y discriminación
- Elevar apoyo político para el control de la TB (recursos, decisiones, estrategias).

A su vez, y con base en información suministrada por el mismo texto, entre los principales retos técnicos identificados en el control de la TB, se pueden citar los siguientes:

- El abandono del tratamiento (falta de adherencia)
- Los servicios de salud (en TB o en general) no se centran en las necesidades de la persona afectada, sino en el servicio mismo
- Diagnóstico y búsqueda de servicio tardíos y en consecuencia, lo es el tratamiento
- La TB puede ser más devastadora y agresiva al acompañarse de otras co-morbilidades como VIH y Diabetes
- El TAES en general, no es *estrictamente supervisado* y *no se documentan los modelos que se utilizan* (¿semanal, mensual?)
- No existía suficiente conocimiento inicial sobre Abogacía, Comunicación y Movilización Social(ACMS).
- Capacitación/actualización no sistemática o regular

En este contexto, una denominación novedosa corresponde al concepto de TAES empoderador. Según la OMS, eleva conocimiento de PATB sobre la enfermedad, su cura y prevención; otorga herramientas para monitorear su progreso; establece roles y responsabilidades claras en el éxito. La estrategia propone 105 dosis como 105 oportunidades para favorecer empoderamiento. Se trata de un proceso gradual, progresivo en donde no se decreta, se favorece.

De igual forma, incluye explicación clara de TB, signos, síntomas, efectos secundarios, importancia de adherencia y control de infección e involucra a la familia como apoyo.

Sistema de salud y atención de la tuberculosis en comunidades indígenas del Amazonas colombiano. En Colombia, la salud está reglamentada a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual prevé dos tipos de regímenes de afiliación: el contributivo y el subsidiado, éste último al cual se integran las comunidades indígenas bajo la categoría de población vulnerable. En el Departamento del Amazonas, un 88.2% de la población atendida pertenece al régimen subsidiado y a población de escasos recursos no asegurada, por lo cual la morbi-mortalidad del departamento es asociada a condiciones como desnutrición, pobreza, hacinamiento y fragilidad en saneamiento básico (Gobernación del Amazonas, n.d.); sumado a una difícil y espaciada disposición geográfica de las comunidades y una diversidad poblacional como condición pluriétnica y multicultural característico de la región, donde prevalecen arraigados conceptos culturales frente a las dinámicas de salud propuestos por el gobierno local.

Lo anterior sugiere la necesidad de esquemas especiales en la atención, por tanto la prestación del servicio en la periferia se realiza a través de plan de cargos, el cual incluye médicos, odontólogos, bacteriólogos y enfermeras en servicio social obligatorio, auxiliares de enfermería, auxiliares de servicios generales, de mantenimiento y técnicos de saneamiento. La Secretaria de Salud Departamental cuenta además con 62 promotores rurales de los municipios y corregimientos elegidos por las mismas comunidades étnicas y capacitados para la prestación de servicios de atención primaria en salud bajo el modelo de atención a poblaciones indígenas, de los cuales 45 son de planta y 17 son voluntarios.(Gobernación del Amazonas, n.d.)

En el marco de las enfermedades de interés en salud pública, la tuberculosis se presenta como una de las prioridades en el Amazonas, trabajando en mayor grado en la capacitación y búsqueda activa de sintomáticos respiratorios a nivel de las comunidades de todo el departamento. En la actualidad, los promotores indígenas lideran gran parte del proceso de atención en TBC, pues asumen la responsabilidad de identificar el sintomático respiratorio en su comunidad, lideran la búsqueda del tratamiento para la persona diagnosticada con TBC y suministran los medicamentos según las indicaciones terapéuticas (Ministerio de Protección Social, OPS, CIDA, 2007; Escandón & Arango, 2008). De igual forma, estos cumplen el papel de mediadores frente a autoridades indígenas en salud como el chamán, dado que una

característica importante de las culturas indígenas, es el alto nivel de arraigo de la medicina tradicional, considerada como la primera alternativa en la búsqueda de la salud (Mosquera et. al., 2007; Escandón & Arango, 2008).

Comunicación orientada a la promoción de la salud. La promoción de la salud en Colombia está influenciada por un panorama político- legislativo que poco parece contribuir a la construcción del mundo social necesario para la democratización de los procesos en salud pública. En contraposición a esto, la comunidad internacional representada por organismos como la OMS, ha trabajado sobre la unificación de criterios que permitan representar con claridad todas las necesidades en salud pública y posicionar esquemas de fácil adaptación, susceptibles a cualquier contexto, en el ejercicio de la promoción de la salud.

Las intenciones de la comunidad internacional se concretan gracias a una serie de tratados establecidos en pro de la salud mundial. Dentro de estos tratados se encuentran la *Declaración de Alma-Ata*, 1976 (Adopción de la estrategia mundial de *Salud para Todos*, por la OMS), la *Carta de Ottawa*, 1986 (Resultado de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud) y la *Declaración de Yakarta*, 1997 (primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud).

En resumen estos tratados pretenden promover la responsabilidad social para la salud, incrementar la inversión para el desarrollo de la salud, consolidar y expandir la colaboración para la salud, aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo y consolidar una infraestructura para la promoción de la salud (WHO, 1986). Para el contexto colombiano, la promoción de la salud busca idealmente, incentivar procesos participativos en los factores determinantes del estado de salud (personal, social, ambiental, entre otros) (Cadavid, 2006), empoderando a la población sobre aquellos factores que son susceptibles de modificar.

Es aquí donde la comunicación se articula como uno de los actores representativos de la promoción de la salud, bajo la pretensión social de influenciar positivamente actitudes y practicas encaminadas al cuidado de la salud pública, generando conocimiento a nivel de dinámicas socioculturales, psicológicas y relacionales, entre otros (Macías-Chapula, 2005). La comunicación ha servido como estrategia, medio y fin para alcanzar objetivos a nivel de promoción y prevención en salud. Aun así, no existe una teoría formal sobre el tema, y solo se cuenta con un amplio cúmulo de experiencias exitosas, que sin dejar de ser relevantes para el desarrollo de una disciplina en nacimiento, no logran alcanzar el nivel de rigurosidad requerido

para sustentar con mayor credibilidad estos éxitos. A continuación se propone una aproximación conceptual a dicho discurso, lo que se presenta como aporte de este trabajo de grado al ejercicio inacabado de fundamentar la comunicación en salud.

Una mirada teórica a la comunicación para la salud: definiciones, categorías, autores y apuestas.

Introducción y plan de trabajo. Lo que se presenta a continuación es sólo una aproximación al discurso teórico de lo que se puede concebir como comunicación para la salud.¹ Según Mosquera (2003), lo que existe es un amplio cuerpo de literatura sobre teorías de la comunicación que se enfocan en los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos que influyen la conducta y los diferentes determinantes, los cuales pueden generar cambios en los comportamientos de los sujetos en el campo de la salud. No obstante, por ejemplo, los proyectos de intervención disponibles en el sitio Web *La Iniciativa de Comunicación*, no proporcionan tampoco modelos teóricos puros, lo que trae como consecuencia inferir que las fronteras entre la existencia de constructos teóricos sólidos y una práctica aún no pensada desde la academia, no están claramente definidas.

Sin embargo, en la sección Teorías de Cambio publicada en el mismo portal, existen varios hipervínculos que proporcionan los lineamientos principales de algunas teorías utilizadas en proyectos de comunicación en salud tales como las Teorías de la Acción Razonada, Aprendizaje Social, Creencias en Salud, entre otras. De cualquier modo, lo que se intenta describir a continuación son algunas características generales por las que apuesta este trabajo sobre comunicación y, de manera más específica, sobre comunicación en salud. Para finalizar, el documento aborda algunas estrategias aplicables en el campo en cuestión a partir de una mirada a las metodologías de planeación para el cambio de comportamiento: COMBI (Comunicación para Impactar la Conducta), en relación con las propuestas teóricas trabajadas en este estudio y que se enuncian a continuación.

¿Desde dónde se asume la comunicación en esta propuesta investigativa? El proyecto, titulado *Recomendaciones estratégicas de comunicación en salud, para promover la adhesión al tratamiento antituberculosis en comunidades indígenas Ticuna del Amazonas colombiano*, está

¹Según Rina Alcalay, investigadora de la Universidad de California, asegura en un artículo publicado en la revista *Panam salud pública* (1999), que el interés de la comunicación en salud como área de estudio en los Estados Unidos data de solo dos decenios. El desarrollo de este campo no ha sido sistemático, sino que ha respondido más de forma reactiva a la necesidad imperativa de incluir el aspecto de comunicaciones en la promoción de la salud. En Latinoamérica, pocas escuelas de comunicación tienen un plan de estudios dedicado al área.

pensado y construido a partir de la mezcla de varios paradigmas de la comunicación. Uno de ellos, el paradigma funcionalista de la comunicación, el cual busca promover una comunicación que produzca cambios de comportamiento en los actores estudiados. En este sentido, el trabajo está dirigido a indígenas que una vez se conviertan en receptores de los mensajes producidos logren transformar sus comportamientos en beneficio del sistema social.

En estos contextos, y de manera complementaria con lo anterior, el académico boliviano Luis Ramiro Beltrán propone un Modelo de Comunicación Horizontal aplicable a la comunicación en salud útil para abordar problemáticas como la expuesta en el párrafo anterior. Para Beltrán, la comunicación no sólo implica relaciones de reciprocidad entre emisor y receptor, sino que concreta su pensamiento en tres pilares: acceso, diálogo y participación. Tal como lo expone el académico boliviano, es posible asegurar que el presente artículo apueste también, para el contexto de la salud, por la siguiente dimensión teórica de la comunicación:

La comunicación es el proceso de interacción social democrática basada en el intercambio de símbolos por los cuales los seres humanos comparten voluntariamente sus experiencias bajo condiciones de acceso libre e igualitario, diálogo y participación. Todos tienen el derecho de comunicarse con el fin de satisfacer sus necesidades de comunicación por medio del goce de los recursos de la comunicación. Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos. El principal, no es ejercicio de influencia sobre el comportamiento de los demás (Beltrán, citado en Krohling, 2000, p. 163).

Lo que se pretende, entonces, es asumir la comunicación no sólo desde la posibilidad de lograr cambios de comportamiento en los indígenas Ticuna, tal como se puede sustentar desde el paradigma funcionalista, sino también incorporar al discurso social de dichos actores la posibilidad del ejercicio de la comunicación popular y alternativa, de tal manera que dicha comunicación funcione como base para lograr cambios sociales, en este caso en el campo de la salud, a partir de estrategias y propuestas formuladas desde formas propias de narrar y asumir el mundo por parte de los indígenas. Según Coe, la comunicación para la salud se define como:

la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño", o como "un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos. Los elementos claves de un programa de comunicación para la salud son el uso

de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas. (1998, párr. 3).

En esto consiste la propuesta para lograr promover la adhesión al tratamiento antituberculosis en comunidades indígenas Ticuna del Amazonas colombiano que se realiza en este trabajo. En este orden de ideas, y en la medida en que la comunicación en salud sea concebida como una dimensión transformadora de no sólo los comportamientos, sino también de las interacciones y dinámicas sociales de los indígenas, se asume la comunicación como una comunicación para el desarrollo.

Es importante tomar en cuenta esto en los procesos de comunicación: hay que lograr que el mensaje se inserte en medio de esa telaraña, que haga alianzas con algunos significados que está allí y entre en choque con otros y que, en todo caso, empiece a hacer parte del universo cultural de las audiencias. Es de esta manera como se puede generar cambio cultural (Rodríguez, Obregón & Vega, 2002, p. 10).

Esto no exige negar las metodologías conductuales propuestas por el funcionalismo, para lograr en este caso cambios en el comportamiento relacionados con las dinámicas de salud de la población indígena Ticuna. Si bien, es necesario elaborar el mensaje desde los esquemas que responden al estímulo-respuesta, causa-efecto, ello se puede complementar con una propuesta comunicativa participativa, incluyente de los indígenas en el proceso y por ende transformadora de sus relaciones sociales en la medida en que los indicadores de salud relacionados con la Tuberculosis varíen positivamente sus tendencias. “Para pensar el mensaje hay que tomar en cuenta el contexto social y cultural en el que se trabaja” (Rodríguez, et al, 2002, p. 10). Por ejemplo, en una campaña de adhesión al tratamiento antituberculosis en la comunidad Ticuna, se incluye un mensaje de empoderamiento dado que se parte de la base que los mismos indígenas tienen la posibilidad de cambiar la situación. En este punto se puede introducir el concepto de “Movilización comunitaria para la salud”, que en palabras de Beltrán implica:

Participación (autónoma o estimulada externamente) sostenida y protagónica de los individuos, grupos y organizaciones naturales de la comunidad en la toma de decisiones para el planeamiento, la ejecución y la evaluación de acciones para resolver problemas de salud definidos en consenso por todos los actores sociales (citado en Krohling, 2000, párr. 32).

En tal sentido, autores como el boliviano Gumucio (2002) y la colombiana Rodríguez (2002), proponen entender y generar la comunicación desde lo local, ya que desde allí es posible

comenzar con el proceso de construcción de sujetos políticos. En relación con esto, el sociólogo Vega (2006), asegura que la comunicación para el cambio social propone que estos sujetos no son individuales, son sujetos colectivos, es decir, no se habla de sujetos que se estructuran a partir de la negación del otro, sino de sujetos estructurados a partir del reconocimiento del otro... No se habla necesariamente de sujetos estructurados a partir de la razón, sino de sujetos multidimensionales[...] sujetos que no solamente contemplan, sino que actúan con poder. Esto es, cómo la comunicación contribuye a que las personas abandonen posiciones negadoras de su propia condición subjetiva y puedan de alguna manera vivir la experiencia de ser ordenadoras de su propio mundo. (Vega, 2006).

En este mismo sentido, Alfaro establece como recomendación para el campo de la salud la necesidad de “darle más importancia a la dimensión cultural de la salud, respetando su diversidad y los cambios que de ella emergen, es decir, reconocerla a partir de sus propios componentes y no pensar una salud sólo desde un punto de vista más “científico” u occidental.” (2006, pár. 22). De igual manera, Alfaro propone tener la participación como eje del trabajo en salud, tanto en opiniones como en la toma de decisiones. Esta debe operar no sólo desde el nivel central, sino también a partir de procesos regionales o locales de participación, en los que las prioridades sobre salud sean producto de decisiones particulares o propias de cada ámbito.

Tal situación, y teniendo en cuenta el contexto de salud de la población Ticuna del amazonas colombiano, es pertinente tener en cuenta la población como actor protagonista, en la medida en que las dinámicas de salud exigen parámetros de comportamiento social determinados que se convierten en factores influyentes en los sistemas de convivencia y sobrevivencia implementados por los mismos indígenas.

La comunicación para la salud ha registrado una fuerte evolución pasando de los enfoques efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque donde la cultura, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directa y mayormente afectadas por el problema se contituyen en protagonistas y referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud (Obregón, Mosquera, Loyd, & Orozco, 2006, p. 15).

En este sentido, se propone pensar la comunicación en salud, a partir de los parámetros teóricos de la comunicación para el cambio social, asumido como aquel proceso que generado en la esfera pública (Navarro, 2008, p. 339) y los medios ciudadanos, logra el cometido que para Jesús Martín Barbero (Alcázar & Villamizar, 2006, p. 379) tiene la comunicación, y que

corresponde a la denominación “poner en común lo que todos tenemos en común, que somos diferentes”. En relación con la propuesta de Martín-Barbero, este trabajo propone asumir la comunicación en salud como un vehículo para generar procesos de cambio, empoderar individuos, fortalecer comunidades y liberar voces marginadas (Navarro, 2010, p. 186). Todo esto, dado a través de un proceso de diálogo público y privado a través del cual los sujetos se reconocen y se identifican, se diferencian y se incluyen, se legitiman socialmente y se proyectan como sujetos políticos. Esto implica para el contexto del trabajo, que cualquier estrategia de comunicación en salud pensada para el contexto de los indígenas Ticuna debe posibilitar su participación, su empoderamiento y debe partir de sus contextos, de sus formas de narrar y de sus propuestas comunicativas locales.

En síntesis, "comunicar", en esta investigación, se concibe y relaciona con determinadas acciones, entre las que es posible citar dar a conocer, informar, manifestar, influir, revelar, expresar, poner en común; estas acciones organizadas expresan que la "comunicación" tiene un doble origen y significado, uno más ligado a la transmisión de información y otro a dialogar con otro/s. La comunicación como transmisión de mensajes o de información, es la concepción más difundida. Dadas las características del presente estudio, y a partir del trabajo de campo realizado en los territorios de los indígenas Ticuna, la acción de comunicar podrá tener esta doble connotación; esto significa que la comunicación pueda ser utilizada desde el punto de vista transmisionista (tal como se planteaba en los párrafos anteriores cuando es asociada con el modelo funcionalista) y simplemente informativo en algunos momentos (muy necesarios para la comunidad estudiada), pero con la sólida posibilidad de concebir también la comunicación a través de espacios de discusión, de argumentación y de generación de nuevas formas de significar la enfermedad, tal como se propone en las ideas inmediatamente anteriores.

En conclusión, la idea de estrategia la comunicación para la salud asume también la idea de comunicación entendida como diálogo, como relación que necesariamente exige la participación de al menos dos actores implicados, sean personas, grupos u organizaciones, y por lo tanto, se asume el hecho de que no puede haber relación comunicacional desde de la existencia y voluntad de un solo actor: el emisor de los mensajes. Si hablamos de la estrategia como: un plan de conducta que involucra decisiones sobre cómo usar el poder y los recursos para alcanzar objetivos dados mediante acciones ejecutoras (Beltran, 1974, citado en Gumucio 2008, p. 154). Este estudio plantea una estrategia de comunicación como un conjunto de decisiones

sobre quién debe comunicar, que debe comunicar, a quien debe comunicarlo, para que, cuando y como.

Aproximaciones y apuestas al concepto de comunicación en salud. El objetivo de este segmento será exponer algunas propuestas teóricas que hasta el momento se han construido en el ámbito académico de la comunicación en salud, con el fin de exponer de manera explícita cuál es la concepción por este campo de la comunicación que aborda la presente investigación. En un primer momento, es válido decir que de acuerdo con un documento de la OMS (Healthy People, 2010), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es pertinente para el presente trabajo en la medida en que la comunicación sea reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal, en este caso la salud en el contexto indígena Ticuna.

Así mismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo la relación médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva (Mosquera, 2003). Aplicada esta perspectiva teórica a la presente investigación, es evidente encontrar puntos de encuentro; el objetivo de este trabajo fue generar recomendaciones para la implementación de una estrategia de comunicación en salud para promover la adhesión al tratamiento antituberculosis en comunidades indígenas Ticuna del Amazonas colombiano.

Al respecto el boliviano Gumucio propone que debe darse especial importancia a la construcción de mensajes en los medios de comunicación, y de manera particular, tener en cuenta la población objetivo y los contextos culturales que rodean el problema. Gumucio considera que muchas veces la comunicación ha sido concebida erróneamente como propaganda o como simple difusión de información. Según este autor, los gobiernos, los actores internacionales y las ONG ven a la comunicación como una oportunidad de ganar visibilidad concentrando el uso de los medios masivos y otras actividades que generalmente tienen impacto en las ciudades y no en las áreas rurales más pobres. Como consecuencia, Gumucio- Dagrón expresa la necesidad de una comunicación en salud comunitaria que esté basada en el diálogo.

Sin embargo, la presente investigación apuesta en parte, pensar y proponer el uso de la información como instrumento del cambio fundamental. El objetivo del estudio responde, en gran parte, a crear en la comunidad Ticuna conocimientos útiles para lograr cambios de actitudes y prácticas. Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud, basados en dicha teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables, horizontes todos aplicables en la comunidad indígena Ticuna del departamento de Amazonas.

La teoría de la comunicación en salud, según el investigador colombiano Mosquera (2003), utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal - sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Se propone en este trabajo establecer un giro en la concepción de comunicación en salud. Se trata de construir comunicación desde el punto de vista cultural y participativo. Se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud, elemento que se hace muy importante para la concepción de este trabajo.

En síntesis, de lo que se trata es de asumir la comunicación en salud como un proceso que potencializa y fortalece las dinámicas locales, en este caso de los Indígenas Ticuna; de igual manera, concebir la comunicación como la producción y recepción de mensajes que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. Este componente teórico, será fundamental para posteriormente exponer las recomendaciones para una estrategia de comunicación para la adhesión y permanencia de los indígenas Ticuna a un tratamiento antituberculosis.

De esta forma, se propone un giro, es decir, la comunicación va mas allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las

condiciones de bienestar de la población. Esta concepción se articula con la presente investigación y se convierte en pilar fundamental de un marco teórico fundante de toda la futura implementación de una estrategia comunicativa.

El concepto de comunicación participativa en salud parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas. Es decir, la efectividad de los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad. El proceso de comunicación horizontal juega un papel esencial para posibilitar la participación de la comunidad de una manera igualitaria en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos.

Algunas estrategias aplicables en comunicación en salud.

- Una mirada a las metodologías de planeación para el cambio de comportamiento: COMBI (Comunicación para Impactar la Conducta).

Según información publicada en la página La red de la Iniciativa de la comunicación, con información tomada de la Organización Panamericana de la Salud, el Modelo de Comunicación para Impactar la Conducta, COMBI, es un enfoque innovador hacia la movilización social que incorpora las enseñanzas aprendidas durante décadas de la comunicación en salud pública y de las experiencias de la comunicación de consumidores del sector privado. Se trata de un proceso de planificación para la comunicación y la movilización social con un enfoque comportamental orientado hacia las enfermedades. Al agregar este enfoque al modelo de movilización se garantiza que los programas que generalmente tienen presupuestos y recursos humanos muy reducidos, obtengan una optimización de estos, en cuanto a los resultados comportamentales reales. Agregándole el elemento de mercadeo social a la movilización para garantizar que los productos, los conceptos o las innovaciones se difundan ampliamente a través de diversos canales (Lloyd & Parks, 2003).

Se propone, entonces, la comunicación en salud como una comunicación con características relacionadas con las relaciones horizontales de poder, con participación de los distintos actores que se ven afectados por el proceso y con una perspectiva comunitaria basada en las relaciones dialógicas. Es relevante exponer que hay diferencias sustanciales de

procedimiento entre las actividades de difusión y las de comunicación alternativa. Estas diferencias implican el empleo de recursos distintos o por lo menos en distintas proporciones y en distinta dirección. Las actividades de difusión dependen en mayor medida de los recursos económicos, mientras que las acciones de comunicación educativa involucran fundamentalmente la inversión en recursos humanos. En esta segunda dimensión se concentra gran parte de la apuesta comunicativa a proponer a través de la presente investigación. En las campañas de difusión y diseminación tiene un rol preponderante la tecnología, mientras que en los procesos de comunicación alternativa la tecnología es secundaria. En los niveles comunitarios las nuevas tecnologías de información no son suficientes por sí solas para motivar, generar el crecimiento de la conciencia crítica y producir cambios de comportamiento duraderos. Otras prácticas innovadoras intervienen, entre las que es importante mencionar los micro-medios de comunicación alternativa: los audiovisuales, el periódico mural, el papelógrafo, las actividades lúdicas, el foro-casete, y otras técnicas de apoyo -que no deben ni absolutizarse ni mitificarse- intervienen en procesos de capacitación de líderes naturales y dirigentes comunitarios. Según Alfonso Gumucio (2001), en su texto, *Comunicación para la salud: el reto de la participación*, estas acciones culminan cuando las propias organizaciones sociales o comunitarias desarrollan capacidades básicas de expresión y comunicación sobre los problemas que las afligen, en este caso en el campo de la salud.

Desde esa perspectiva, la comunicación en salud deja de ser una responsabilidad concentrada en las instancias del gobierno o de los organismos internacionales especializados. Se enriquece la pluri-direccionalidad de la comunicación, y naturalmente de los contenidos, mediante la participación de organizaciones sindicales, grupos de base, instituciones no-gubernamentales y las propias comunidades urbanas y rurales como en este caso se propone con la comunidad indígena Ticuna.

De igual manera, Gumucio (2002) asegura que el desarrollo de la actividad comunicacional alternativa tiene, entre otras ventajas, la posibilidad de responder mejor a los contextos culturales específicos, que con frecuencia no son tomados en cuenta por las campañas de información que se organizan a partir de los centros urbanos. Estas campañas están, en muchos casos, más cerca de la publicidad que de las necesidades de educación. Este será un punto determinante que desde las concepciones teóricas realizadas sobre comunicación en salud deberá tenerse en cuenta para proponer un texto de recomendaciones para una estrategia de

comunicación que permita la adhesión y permanencia al tratamiento de la tuberculosis en los indígenas del departamento de Amazonas.

Por su parte, la comunicación, la movilización social y la educación comunitaria tienen puntos de encuentro que es necesario comentar en este apartado. Estas relaciones, no obstante, demandan recursos económicos y humanos para llevarlas a cabo, así como un proceso cuidadoso de planificación, evaluación periódica y acción sostenida para obtener resultados. A pesar de estos desarrollos en el ámbito institucional, no parece aún evidente en la literatura que estas iniciativas consigan los efectos esperados, debido a los grandes desafíos que representa el modificar comportamientos fuertemente arraigados en la cultura y afianzados de generación en generación por factores psicosociales, económicos, tal como se presentan en la comunidad indígena de los Ticuna en el Amazonas colombiano. Esto se puede sustentar con la siguiente cita:

En la comunicación en salud tiene un papel importante la difusión de conocimientos en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello, se pretende abordar a la comunicación vista como proceso social, de interacción y difusión, como mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública (García, 2004, párr. 2).

La cita anterior se puede apoyar con el siguiente ejemplo: en una exposición de diferentes estrategias de comunicación social para la prevención y el control del dengue en Latinoamérica para lo cual se revisaron casos, experiencias, materiales de trabajo y evaluaciones de impacto correspondientes a Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Puerto Rico y República Dominicana, disponibles en La Iniciativa de Comunicación (ver documento elaborado por Mario Mosquera, con la colaboración de Linda Lloyd, José Luís San Martín y Yina García, (casos reseñados en La iniciativa de la comunicación Son de Tambora - #134 - abril 26-2006), se ha encontrado que la mayoría de los proyectos se adscriben a metodologías enfocadas al cambio de prácticas, y no solamente a la toma de conciencia o a la educación en sí. La mayoría de dichos proyectos utiliza una de las metodologías de planeación para el cambio de comportamiento: COMBI (Comunicación para Impactar la Conducta) y/o Modelo Cadena de Cambios y/o NEPRAM (Negociación de Prácticas Mejoradas). Estas metodologías han sido promovidas por un grupo de organizaciones entre las

que se encuentran The CHANGE Project, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Johns Hopkins University/BloombergSchool of PublicHealth y otras en los ámbitos nacionales.

COMBI es un abordaje innovador hacia la comunicación y la movilización social, que incorpora décadas de aprendizajes de la comunicación en salud pública y de la comunicación de consumidores del sector privado. Representa una unión sinérgica de mercadeo, educación, comunicación, promoción y enfoques de movilización, que generalmente ayudan a tener un impacto sobre los comportamientos y a promover asociaciones programa-comunidad. Su enfoque es el cambio de comportamientos medibles y no solamente cambios en conocimientos o actitudes (Lloyd & Park, 2003). Al agregar este enfoque al modelo de movilización se garantiza que programas que generalmente tienen presupuestos y recursos humanos muy reducidos, obtengan una optimización de éstos, en cuanto a los resultados comportamentales reales. Al respecto la investigación propone una planificación que será detallada en el siguiente segmento del documento.

Etapas/ Fases del Proyecto

Para abordar el problema de investigación se optó por una mirada estratégica, la cual permitió potencializar los datos recogidos por otras investigaciones. Desde aquí, fue posible plantear recomendaciones estratégicas en salud viables al momento de implementar acciones encaminadas al mejoramiento de la adhesión al tratamiento; lo anterior bajo la luz de las categorías de análisis propuestas por esta investigación, las cuales se encontraran más adelante en la sección del mismo nombre.

El cuadro que se presenta a continuación resume las diferentes etapas del proyecto y su plataforma conceptual-teórica:

Tabla 1. <i>Etapas del Proyecto y su Plataforma Conceptual-Teórica</i>			
ETAPA DEL PROYECTO	OBJETIVOS DEL PROYECTO	*COMPRENDE	ATRAVÉS DE...
Investigación	Análisis situacional y comportamental	- Factores cognitivos - Factores sociales - Factores de contexto	Teoría social cognitiva
	Análisis de audiencias	- Audiencias - Grupos de interesados (stakeholders)	Planeación de la comunicación para el cambio

	Análisis comunicacional	- Medios de comunicación - Canales de comunicación	de comportamiento
Planificación	Formulación de recomendaciones estratégicas	- Investigación y análisis - Formulación estratégica - Marco de evaluación y monitoreo - Gestión e implementación	Herramientas de planificación de la comunicación en salud

*La información contenida en este ítem, corresponde a las categorías de análisis de la presente investigación.

Etapa de Investigación

Análisis situacional y comportamental. El análisis situacional y comportamental se orienta a través de la teoría social cognitiva, considerada pertinente por abordar los diversos procesos de cambio y adopción de comportamientos, que proporcionan información valiosa en cuanto a los determinantes de acción que se integran en la psiquis humana y se traducen en las decisiones de sujeto, permitiendo identificar –aplicado a la salud- metas apropiadas para establecer programas de intervención, métodos para determinar indicadores de cambio y estrategias para evaluar los resultados.

Dentro de los constructos teóricos que integran la teoría social cognitiva se reconocen: la teoría de Motivación a la Protección (TMP) de Rogers (1975); el Modelo de Procesamiento Paralelo Extendido (MPPE) de Witte (1992); el Modelo del proceso de adopción de precauciones (PAP) de Weinstein, Rothman y Sutton (1988) y el Modelo Transteórico (MTT) de Prochaska, Di Clemente, & Norcross (1992). Los más usados en proyectos de comunicación en salud son el Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Rosenstock, Strecher y Becker (1988); la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura; la Teoría de la Acción Razonada (TRA) de Ajzen y Fishbein (1980), y la Teoría de Comportamiento Planificado (TPB) Ajzen (1991), consideradas como de mayor impacto desde sus diversas aplicaciones y contribuciones.

Estos constructos han sido usados principalmente por su capacidad para facilitar la predicción de comportamientos, al tiempo que han sido duramente criticados por partir de objetivos predeterminados al interés y expectativas de la población; sin embargo, abordan variables importantes determinadas por las creencias, actitudes e intenciones de cambio, que influyen positivamente en la búsqueda de la salud.

Las propuestas contemporáneas, suponen la necesidad de un mayor nivel de correspondencia, no solo entre los factores cognoscitivos, el contexto y las conductas modelo, sino también con aquellas variables concomitantes a la intención conductual; y es la teoría del comportamiento planificado (TCP) quien intenta responder a todos estos requerimientos, abordando de manera pertinente nuestro primer objetivo de investigación. La mirada cualitativa de la TCP utilizada en este trabajo, y las razones de su modalidad de aplicación, se encuentran a continuación.

La Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), considera gran parte de las variables que integran la personalidad, en especial cuando algunas conductas y muchas consecuencias de éstas no están bajo el control completo del individuo, todo esto, en una ecuación que pretende ponderar la intención conductual. Las variables de esta teoría son:

- Creencias conductuales: Es la probabilidad subjetiva de que una intención de conducta produce un resultado dado. La creencia conductual, se asume en combinación con los valores subjetivos de llevar a cabo el comportamiento en cuestión, lo cual determina la prevalencia de la actitud hacia la conducta.
- Actitud hacia la conducta: Evaluación positiva o negativa de la conducta actuada, la fuerza de cada creencia está esperando por la evaluación de los resultados o atributos.
- Creencias normativas: Se refiere a la expectativa percibida, como de gran importancia, en los grupos significativos por parte de la persona, con respecto a los resultados de la conducta a nivel individual o grupal.
- Norma Subjetiva: Es la presión social percibida, que hace parte o no en una conducta, de la cual hacen parte los otros significativos del sujeto.
- Creencias de control: Es la percepción, de que la presencia de algunos factores, puede facilitar o impedir la actuación de una conducta. El poder percibido en cada factor de control, impide o facilita la actuación de la conducta, contribuyendo al control de conducta percibido, en relación a la probabilidad subjetiva de que en la persona el factor control este presente.
- Control conductual percibido: Se refiere a la percepción de la persona, con respecto a su habilidad para actuar una conducta dada. La fuerza de cada creencia de control, es sostenida por el poder percibido del factor control.

Esta última categoría, supone una relación directa entre la conducta real y la intención conductual, a diferencia de la norma subjetiva y la actitud hacia la conducta, que presentan una relación directa exclusivamente con la intención conductual. Si un individuo que se siente confiado en su habilidad de realizar la conducta, es más probable que intente realizar la conducta y/o mantenga sus intenciones de realizarla.

Estas relaciones, permiten predicciones válidas en términos de la fuerza de una actitud y norma subjetiva de una persona, frente a un comportamiento de búsqueda de la salud. Aplicado al presente proyecto, favorecen al conocimiento de los diversos factores que se entretajan alrededor de la conducta de adhesión, especialmente aquellos de carácter cognitivo, sociales y de contexto que influyen en la conducta de adhesión.

Pese a su elaborada constitución, la Teoría del Comportamiento Planificado tiene una utilidad limitada para la intervención de salud -especialmente en el caso de comunidades indígenas-, pues olvida variables relevantes como: por qué el sujeto lleva o no a cabo una conducta, cómo y por qué se producen cambios comportamentales, variaciones en la estimación del control por causa de la edad o ciclo vital del sujeto. Tampoco aparecen explícitos factores internos como: los conocimientos y habilidades que posee el sujeto o/y la comunidad, sobre la conducta de salud en cuestión, los mitos y falsas creencias, y estrategias frente a la presión del grupo significativo. Por otro lado, la TCP no ahonda en factores externos como: la influencia directa del grupo significativo sobre la conducta, disponibilidad de medios, logística, recursos y/o infraestructura necesaria para llevar a cabo la conducta de salud, los determinantes culturales y hasta la propia historia de la conducta objeto en la población.

Por tanto, la implementación de esta teoría se realiza desde una dinámica cualitativa, la cual permite el análisis de gran parte de los factores antes nombrados, para elaborar un trabajo que parta de las potencialidades comunitarias indígenas y permita el dialogo intercultural de las dos medicinas -tradicional y alopática-.

Pese a la tradición cuantitativa de la teoría antes descrita, sus constructos incorporan todas las pretensiones del objetivo número uno de este trabajo, y dado que para sus fines contamos con fuente de datos secundarios una mirada cualitativa es viable en la medida en que reorganiza la información proporcionada por las investigaciones base, para que en conjunto con los resultados de los objetivos dos y tres del presente estudio, sea posible hacer una elaboración de recomendaciones estratégicas más acertada y cercana a la realidad de la población objetivo.

Análisis de audiencias y comunicacional. El análisis de audiencias y comunicacional es crucial en el proceso de diseño y planificación estratégica del cambio de comportamiento, el cual aplicado a nuestra población objetivo, nos aportará conocimientos significativos al momento de abordar la etapa de planificación.

Para definir las categorías de este análisis, se tomó como referencia el documento de Planning Behaviour Change Communication (Chen, 2006), el cual comprende cuatro categorías:

(a) Análisis de los interesados - Stakeholders-: Toma en cuenta cualquier persona o institución, que tenga un interés real en el problema de investigación. Este análisis proporciona una comprensión de las personas que pueden influir positivamente en la consecución de los objetivos comportamentales; (b) Análisis de audiencia: Con el fin de elaborar los mensajes de acuerdo a la audiencia a la cual van dirigidos. Este análisis desde la audiencia primaria -de la cual esperamos el cambio de comportamiento-, y desde la audiencia secundaria -aquella que puede apoyar positivamente el cambio; (c) Análisis de los canales de comunicación: Aborda la comunicación desde las personas y sus espacios de interpelación, no desde los medios. Da cuenta de los diversos canales que las personas usan en su cotidianidad. Este punto es especialmente importante para el presente proyecto, debido a que el acceso a medios de comunicación, bien sea radio, televisión o periódicos, es muy limitado en la población indígena del Amazonas colombiano; (d) Análisis de medios de comunicación y material mediático: Profundiza en el conocimiento de los medios de comunicación y el material mediático, valorando la relación costo-beneficio -a todo nivel- de cada uno de ellos.

Las variables descritas anteriormente abordan de manera pertinente el componente comunicación, indispensable para el desarrollo e implementación de estrategias en salud.

Etapa de Planificación

La planificación estratégica de la comunicación en salud cuenta con una amplia oferta de guías y herramientas procedimentales que orientan, paso a paso, el proceso de planificación y proporcionan agilidad en la sistematización de la información. Para cada problema de salud en particular, se propone un abordaje determinado, teniendo en cuenta las principales características de la población y la viabilidad de las propuestas de comunicación. El presente trabajo reseña tres de ellas, pero apuesta solo por una. A continuación una breve descripción de cada una y la sustentación de la apuesta de la investigación.

En el caso de la estrategia o Negociación de Prácticas Mejoradas (NEPRAM), su estrategia central es la comunicación interpersonal, la cual promueve la participación de la población al tiempo que la involucra de manera organizada en la identificación de comportamientos problema, su forma particular de respuesta ante los mismos y las usuales alternativas de solución, en una dinámica de negociación a diversos niveles -familiar, laboral, escolar, comunitario-, que genera como resultado la apropiación de conocimientos del problema en cuestión y de prácticas mejoradas (The Change Project, 2007). Esta estrategia es viable cuando se trata de prevenir e identificar nuevos casos, ya para el proceso de adhesión en sí, se podría llegar a identificar prácticas positivas, pero al momento de la negociación, muy seguramente estas serán tan particulares como la persona misma, lo que lo hace inviable para la presente investigación.

Por otro lado encontramos la estrategia o Desviación Positiva (DP), la cual se basa en la premisa, de que algunas de las soluciones a los problemas que enfrentan las comunidades ya existen dentro de las mismas y solo necesitan ser descubiertos por los actores de salud; mediante este programa se invita a la comunidad a descubrir las prácticas únicas, en uno o varios miembros de la comunidad, que contribuyen a la solución del problema. En el caso partirla de este proyecto, la red de promotores indígenas sería de vital importancia para identificar los casos de DP, adhesión integral al tratamiento antituberculosis, pero por las características propias de la estrategia TAES es imposible que las personas establezcan las conductas de manera completamente independiente a los prestadores de servicios en salud, como lo proyecta la dinámica del proyecto.

Por su parte COMBI es un abordaje innovador hacia la comunicación y movilización social, que incorpora las enseñanzas aprendidas durante décadas por la comunicación en salud pública y las experiencias del sector privado en comunicación. Representa una unión sinérgica del mercadeo, educación, comunicación, promoción y enfoques de movilización, que generalmente ayudan a tener un impacto positivo sobre los comportamientos y a promover asociaciones programa-comunidad. Su enfoque es el cambio de comportamientos medibles y no solamente el cambio en conocimientos o actitudes (Lloyd & Park, 2003). Tres elementos conforman la esencia de este enfoque: (a) Establecer objetivos conductuales puntuales con base en una investigación rigurosa; (b) Integración equilibrada de acciones de comunicación

conformes a los grupos objetivo y a los resultados conductuales definidos; (c) Monitoreo constante del progreso de los actores hacia el logro de los objetivos conductuales.

Dentro de sus líneas de acción se encuentra la abogacía, el mercadeo social, la educación, la movilización social, la publicidad y la evaluación permanente; y su planificación está comprendida por las siguientes etapas: (a) Conformar un equipo de planificación multidisciplinario; (b) Establecer objetivos conductuales preliminares; (c) Planificar y realizar un proceso de investigación formativa; (d) Solicitar retroalimentación sobre la investigación formativa; (e) Analizar, priorizar y especificar los objetivos conductuales definitivos; (f) Segmentar los grupos receptores; (g) Elaborar la estrategia; (h) Probar previamente las conductas, los mensajes y los materiales; (i) Establecer un sistema de monitoreo; (j) Fortalecer las aptitudes del personal; (k) Establecer sistemas para administrar y compartir la información; (l) Estructurar el programa; (m) Redactar un plan de ejecución estratégico; (n) Determinar el presupuesto; (o) Realizar una prueba piloto y revisar su plan estratégico.

Ante este contexto es relevante exponer que la presente investigación apuesta por el Modelo COMBI, pues luego de analizar los elementos este modelo, esta investigación lo considera más viable y ajustado a las pretensiones de los objetivos. Bajo la perspectiva de la planificación estratégica de comunicación en salud, se ha determinado el proceso a desarrollar dentro de la fase de planificación (descrita en la tabla 1 de este capítulo), así:

FASE DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE COMUNICACIÓN SALUD	DE DE EN	PASOS COMBI QUE LO INTEGRAN	PROCESO A DESARROLLAR
Investigación y Análisis		1. Armar equipo de planificación multidisciplinario. 2. Establecer objetivos conductuales preliminares. 3. Planificar y realizar la investigación formativa. 4. Solicitar retroalimentación sobre la investigación formativa.	1. Análisis situacional.
			2. Definición de categorías de análisis.
			3. Investigación formativa.

Formulación Estratégica	5. Analizar, priorizar y especificar los objetivos conductuales finales. 6. Segmentar los grupos destinatarios. 7. Elaborar una estrategia. 8. Probar previamente las conductas, los mensajes y los materiales.	4. Segmentación de grupos.
Marco de Evaluación y Monitoreo	9. Establecer un sistema de monitoreo. 10. Fortalecer las aptitudes del personal. 11. Establecer sistemas para administrar y compartir la información.	5. Análisis comunicacional.
Gestión e Implementación	12. Estructurar el programa. 13. Redactar un plan de ejecución estratégico. 14. Determinar el presupuesto. 15. Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico.	6. Establecer un sistema de monitoreo. 7. Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico.

Los determinantes de cada ítem del proceso de planificación descrito en el cuadro anterior y la forma como se van a implementar, se encuentran descritos en la metodología.

Para concluir, podemos afirmar que esta investigación le apuesta a la optimización de resultados de investigaciones previas, mediante una mirada cualitativa de datos secundarios proporcionada teoría cognitivo-conductual, enfocada a la proyección de recomendaciones estratégicas en comunicación en salud basada en datos primarios y sobre el esquema del CO MBI.

Metodología

Este proyecto es el resultado de una investigación cualitativa de carácter aplicada, realizada en dos niveles; el primero, implementa un análisis de información secundaria derivada de tres proyectos de investigación e intervención ya desarrollados, financiados por la OPS y la Secretaría Departamental del Amazonas, estos proyectos son:

- Título: Estudio sobre no adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas Colombia.

Fecha: 2006

Investigador: Mario Mosquera Vásquez MG. PhD.

- Título: Concepciones y prácticas frente a la tuberculosis de la etnia Ticuna en el departamento del Amazonas.

Fecha: 2007

Investigadores: Mario Mosquera Vásquez PhD.

Edison Soto Avellaneda. Medico.

Rafael Tuesca Molina PhD.

Luz Elena García Posada. Mg.

Por su parte, el segundo nivel del estudio corresponde a una inmersión en la población objetivo desde todos los actores que intervienen en la problemática de la TBC, pero ahora desde un enfoque comunicativo con la finalidad de proveer recursos útiles en la implementación de estrategias en salud para el contexto específico Ticuna.

En síntesis, la presente investigación trabaja con dos tipos de datos, primarios y secundarios. Los datos secundarios son aportados por las investigaciones descritas en los párrafos anteriores, y se analizan desde la perspectiva psicológica mediante el objetivo número uno que propone la investigación. Esto, dado que los resultados que exponen dichos estudios abordan información valiosa para la comprensión de la dinámica salud-enfermedad. En relación con este planteamiento, los datos primarios son también útiles a la comprensión de la dimensión comunicacional y son abordados a través del objetivo 2 y 3. En este sentido, el siguiente informe se convierte en una proyección de los estudios citados, en la medida en que integra los diferentes esfuerzos investigativos elaborados a partir de la experiencia en campo, con la población objetivo, respecto a lo comunicacional, con el fin, en último término de proponer

recomendaciones estratégicas e intervenciones basadas en evidencias para el contexto social estudiado.

Tabla 3 <i>Etapas del Proyecto: Investigación</i>				
OBJETIVOS	TIPO DE ANÁLISIS	TECNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	TIPO DE DATO	TECNICA DE ANÁLISIS
1. Analizar los factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población, que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis.	Análisis situacional y Comportamental	Datos de otras investigaciones de tipo cualitativo etnográfico, recogidos mediante entrevistas a profundidad.	Secundario	Análisis de contenido cualitativo
2. Identificar audiencias y grupo de interesados (stakeholders) que pueden influir positivamente en el proceso de adhesión al tratamiento antituberculosis.	Análisis de Audiencias	- Grupos de discusión - Cuestionarios Auto-diligenciado	Primario	
3. Identificar medios y canales de comunicación en la comunidad indígena Ticuna, que pueden ser utilizados favorablemente dentro de una estrategia de comunicación.	Análisis Comunicacional			

La fase de investigación provee, inicialmente, información clave para la definición de los objetivos de la estrategia y la formulación de categorías de análisis, además de proporcionar datos referidos a los factores psicosociales asociados al proceso de adhesión al tratamiento, así como de los factores comunicacionales potencialmente disponibles en un proceso de intervención.

Tabla 4 <i>Etapas del Proyecto: Planificación</i>		
OBJETIVO: Generar recomendaciones estratégicas de comunicación para la salud, para la promoción de la adhesión al tratamiento antituberculosis en la población indígena Ticuna.		
FASE DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	PROCESO A DESARROLLAR	DESCRIPCION

DE COMUNICACIÓN EN SALUD		
Investigación y Análisis	1. Análisis situacional.	Si bien es cierto este análisis podría formar parte de la investigación formativa, siguiendo la dinámica del proyecto, esta etapa del proceso nos permite potencializar la información existente sobre el tema; a través del análisis de datos secundarios producto de investigaciones previas, se realiza la formulación inicial de categorías de análisis y objetivos, a la vez que permite establecer la necesidad de data complementaria.
	2. Definición de categorías de análisis.	Inicialmente delimitan el proceso de investigación y planificación. Estas categorías son susceptibles de variación a lo largo del desarrollo del proyecto.
	3. Investigación formativa.	Proporciona nueva data con respecto al análisis de audiencias y comunicacional, que complementario al análisis situacional, permite desarrollar recomendaciones estratégicas relevantes en un contexto de planificación de comunicación para la salud.
Formulación Estratégica	4. Segmentación de grupos.	Permite establecer dentro de la estrategia, acciones específicas de comunicación en salud de acuerdo a los subgrupos poblacionales con características clave, abarcando así las necesidades más significativas en la población objetivo y garantizando un óptimo nivel de eficacia en la asignación de recursos.
	5. Análisis comunicacional.	Comprende la revisión de buenas prácticas en comunicación, lo cual sugiere la necesidad de integrar de forma sinérgica diferentes actividades de comunicación que se apoyen mutuamente como comunicación interpersonal, movilización comunitaria, abogacía, Edu-entretenimiento y el uso de medios masivos, entre otros.
Marco de Evaluación y Monitoreo	6. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación.	Comprende la formulación de indicadores viables y acertados, que permitan la evaluación periódica del progreso de la estrategia. Se pueden definir a través de acciones o conductas esperadas dentro del proceso.
Gestión e Implementación	7. Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico.	Comprende la puesta en escena de los elementos que conforman la estrategia de comunicación en salud, entre ellos los mensajes.

Esta propuesta metodológica ofrece una relación con los datos que se establece en dos direcciones: de manera deductiva e inductiva; se parte deductivamente desde lineamientos teóricos preestablecidos (seleccionados con base en los resultados de la fase documental), que conforman los sistemas de categorías iniciales, al tiempo que se integra una mirada abierta e inductiva hacia posibles categorías emergentes y un proceso de planificación que aporta valor agregado al proceso de investigación.

Este tipo de dinamismo metodológico se ha implementado en numerosas investigaciones, teniendo como punto en común la búsqueda de la complementariedad (Roncoli, 2006), parámetros como la etnografía y los métodos participativos, se han utilizado para estratificar estudios cuantitativos, para moldear la estructura de los instrumentos y/o retroalimentar los posibles resultados (Tschakert, 2004 y Ziervogel et al., 2005, citado en Roncoli, 2006). En palabras de Mosquera et al.: “la investigación cualitativa es un arte y el investigador un artífice que debe crear su propio método. No hay una línea estandarizada. Se sigue por orientaciones teóricas que preconizan esta metodología” (2007).

Diseño metodológico y técnicas. Cada una de las fases del proyecto descritas en la Revisión de la Literatura, son abordados a través de diferentes métodos y técnicas de carácter cualitativo, de acuerdo a las necesidades propias de cada objetivo de la investigación; En el cuadro que se encuentra a continuación podremos observar cómo.

Para efectos de practicidad las investigaciones serán nombradas de la siguiente forma:

Inv. No.1: Estudio sobre no adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas Colombia.2006. Mario Mosquera Vásquez cs. med. Ph.D.

Inv. No.2: Concepciones y prácticas frente a la tuberculosis de la etnia Ticuna en el departamento del amazonas. 2007. Mario Mosquera Vásquez cs. med. PhD. Edison Soto avellaneda md msc. Rafael Tuesca Molina md msc. PhD. Luz Elena García Posada cs.

FASE		DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN	TECNICAS	DISEÑO MUESTRAL
Fase de campo	*Documental	Inv. No.1: Cualitativa bajo el Modelo de Creencias en Salud.	Inv. No.1: Pacientes diagnosticados con TBC en	Inv. No.1: Entrevistas a profundidad.	Inv. No.1: Muestreo por conveniencia

		Paradigma etnográfico. <u>Inv. No.2:</u> Cualitativo-etnográfico de tipo exploratorio.	diferentes fases del tratamiento. Tomadores de decisión en salud a nivel local. <u>Inv. No.2:</u> Pacientes dx con TBC, médicos tradicionales y comunidad en general.	<u>Inv. No.2:</u> Entrevista a profundidad y observación abierta.	<u>Inv. No.2:</u> Muestreo por conveniencia.
	**Inmersión	Investigación cualitativa de carácter aplicado. Bajo el paradigma etnográfico.	Pacientes diagnosticados con TBC, pertenecientes a la etnia Ticuna de la Amazonia Colombiana y actores en salud departamental.	Grupo de discusión. Cuestionarios Abiertos.	Muestreo por conveniencia.
Fase de Análisis (Objetivos de investigación 1, 2 y 3)		Análisis de datos secundarios y primarios –respectivamente- a la luz de las categorías de análisis propuestas por la presente investigación.			
Fase Formulativa o de Planificación (Objetivo de investigación 4)		DISEÑO METODOLÓGICO	TECNICAS		
		Metodología COMBI. Específicamente los siguientes pasos: 1. Análisis situacional. 2. Definición de categorías de análisis. 3. Investigación formativa 4. Segmentación de grupos 5. Análisis comunicacional 6. Establecer un sistema de monitoreo 7. Sugerencias en la administración del proceso.	Análisis de comportamiento, de grupos de interesados y análisis comunicacional. A la luz de las fases COMBI ya mencionadas.		

- Corresponde a las investigaciones base, realizadas previas a la presente investigación.

- Corresponde al trabajo de campo realizado por la presente investigación.

Aunque el análisis es de datos secundarios, estos están irrestrictamente ligados a sus respectivas metodologías, y que el cuadro descrito sobre este párrafo hace un resumen puntual de las mismas, se ha considerado pertinente ampliar un poco mediante una breve descripción las metodologías implementadas en cada una de las investigaciones base.

Inv. No.1: Estudio sobre no adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas Colombia. 2006. Mario Mosquera Vásquez cs. med. ph.d.

Parte de las nuevas tendencias de la investigación en salud pública, que sugieren la complementariedad de los métodos epistemológicos y etnográficos, dada la complejidad de los individuos inmersos en fenómenos tanto sociales como comportamentales. Tal como cita el autor de la nombrada investigación:

“De acuerdo con Clark (1959), en contextos multiculturales, ninguna de las causas de la enfermedad o procedimientos curativos son enteramente racionales o irracionales. Las prácticas de salud y los procedimientos curativos en los diversos sistemas médicos son comprensibles y lógicos a la luz de sus creencias sobre la naturaleza de la salud y las causas de la enfermedad, y son además partes integradas de la cultura y afectadas por otras variables como la economía, la religión, las relaciones sociales, la educación, la estructura familiar y el lenguaje, en forma holística” (citado en Mosquera, 2006).

Pero el autor va más allá, ahondando en los determinantes individuales del comportamiento de no adherencia y plantea desde la perspectiva de la psicología social funcionalista el modelo de creencias en salud como el más acertado para hacer frente a los factores sociales y conductuales del fenómeno investigado.

Inv. No.2: Concepciones y prácticas frente a la tuberculosis de la etnia ticuna en el departamento del Amazonas. 2007. Mario Mosquera Vásquez cs. med. PhD. Edison Soto avellaneda md msc. Rafael Tuesca Molina md msc. PhD. Luz Elena García Posada cs.

Propone una investigación de tipo exploratoria, sustentado en el desconocimiento que existe a nivel nacional y mundial del tema de estudio, bajo lineamientos cualitativos

etnográficos, la recolección de los datos se da mediante de entrevistas a profundidad y observaciones abiertas

Como particularidad del estudio, se plantea un análisis de datos de carácter inductivo, así:

1. hacer una lectura detallada de todas las respuestas.
2. desarrollar categorías de codificación de acuerdo a los objetivos del estudio.
3. Las respuestas fueron codificadas distinguiendo cada grupo de informantes: pacientes, médicos tradicionales y población general.
4. Realizar comparaciones buscando similitudes y diferencias entre los sujetos de estudio al interior de cada categoría y posteriormente.
5. Hacer una síntesis de los resultados, integrando la literatura pertinente a cada hallazgo para construir la discusión.

Categorías de análisis.

Objetivo: Analizar los factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población, que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis.

Tabla 6 <i>Análisis los factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población, que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis</i>			
DIMENSIONES/ CATEGORÍAS	INDICADORES	MÉTODOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO
Factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población sujeto de investigación: Componentes psicológicos de la persona diagnosticada con TBC, que integran procesos de cognición, percepción y emociones, frente al contexto personal, social y familiar, asociadas a los comportamientos en salud, en la medida que facilitan o inhiben la adhesión al tratamiento antituberculosis.			
Cognición (factor cognitivo)	Conocimiento de la enfermedad	Revisión sistemática de documentos	Resultados de investigación: • Estudio sobre adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas - Colombia. • Concepciones y
	Conocimiento del tratamiento		
	Concepto de salud		
	Concepto de muerte		
Percepción (factor cognitivo)	Percepción de la enfermedad (Conceptos, causas y severidad)	Revisión sistemática de documentos	Resultados de investigación: • Estudio sobre adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas - Colombia. • Concepciones y
	Supremacía de la medicina tradicional		
	Afinidad con el sistema de salud		
	Poca empatía con el		

Emociones (factor cognitivo)	personal de salud		prácticas frente a la tuberculosis de la etnia Ticuna en el departamento del Amazonas. • Estrategia de Comunicación y Movilización Social, para el Mejoramiento del programa DOTS/TAS en comunidades indígenas.
	Temor al señalamiento o rechazo de otros significativos		
	Ansiedad frente a los posibles efectos colaterales de los medicamentos		
	Distancia entre el sitio de residencia y el puesto de salud.		
Contexto Familiar (Factor social y de contexto)	Vínculos psico-afectivos.		
	Roles en la dinámica familiar.		
Contexto Social (Factor social y de contexto)	Creencias de la comunidad acerca de la enfermedad y su tratamiento		
	Contexto geográfico		
	Dinámicas de salud		

Objetivo: Caracterizar audiencias y grupo de interesados (stakeholders) que pueden influir positivamente en el proceso de adhesión al tratamiento antituberculosis.

Tabla 7 <i>Caracterización audiencias y grupo de interesados (stakeholders) que pueden influir</i>			
DIMENSIONES/ CATEGORÍAS	INDICADORES	MÉTODOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO
Factores de comunicación interpersonal: Componentes de comunicación presentes en el contexto social de la persona diagnosticada con TBC, asociadas a los comportamientos en salud, en la medida que facilitan o inhiben la adhesión al tratamiento antituberculosis.			
Interesados	Inventario de líderes comunitarios	Cuestionario auto-diligenciados y Grupo de Discusión	Médicos tradicionales, personal de salud, promotores indígenas y pacientes.
	Campo de acción de los líderes comunitarios		
Audiencias	Audiencia primaria		
	Audiencia primaria y secundaria		

Objetivo: Identificar medios y canales de comunicación en la comunidad indígena Ticuna, que pueden ser utilizados favorablemente dentro de una estrategia de comunicación.

Tabla 8 <i>Identificación medios y canales de comunicación en la comunidad indígena Ticuna, que pueden ser utilizados favorablemente dentro de una estrategia de comunicación</i>			
DIMENSIONES/ CATEGORÍAS	INDICADORES	MÉTODOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO
Factores de comunicación masivos: Componentes de comunicación presentes en el contexto físico de la persona diagnosticada con TBC, asociadas a los comportamientos en salud, en la medida que facilitan o inhiben la adhesión al tratamiento antituberculosis.			
Canales de comunicación	Espacios de esparcimiento comunitario	Cuestionario auto-diligenciados y Grupo de Discusión	Médicos tradicionales, personal de salud, promotores indígenas y pacientes.
	Prácticas comunitarias		
	Grupos de interés		
	Dinámicas laborales		
Medios de comunicación	Medios de comunicación disponibles en la comunidad		
	Uso de los medios de comunicación en materia de salud		
	Material comunicacional en salud		

Limitaciones del estudio. Con el mejor ánimo investigativo, todas y cada una de las partes que integran este proyecto se han elaborado de manera cautelosa y con el mayor rigor académico posible; pese a esta intención, la experiencia investigativa lleva consigo una serie de limitaciones internas pertinentes de ser mencionadas:

- La representatividad de los resultados, pues se trata de un único caso y por lo tanto no es susceptible de ser generalizado.
- El tiempo de inmersión en el campo para la recolección de datos referidos al andamiaje comunicacional fue limitado (de una semana en total), esto debido a que se aprovechó la logística prevista por la Organización Panamericana de la Salud en el marco de una de sus propuestas investigativas, que movilizó a diversos actores de todo el trapecio amazónico.
- En consecuencia, la inmersión al campo y la recolección de datos se realizó sin previa aprobación del anteproyecto de tesis.

Estrategia a utilizar en la transferencia de los resultados a los usuarios potenciales.

Previa transferencia de los datos, se plantea una reunión con jueces expertos relacionados de manera directa u ocasional con el proyecto, con la finalidad de debatir los resultados de la investigación para retroalimentar y afianzar los hallazgos, de esta manera, una vez publicado el producto sea de la más alta calidad.

A continuación, la transferencia de los resultados se puede realizar a diferentes niveles:

- A la comunidad participante en el proyecto, entre los cuales se encuentran autoridades de salud indígena (médicos tradicionales y promotores de salud), personal de salud departamental y líderes comunitarios (curacas): La estrategia de comunicación a este nivel implica un documento final simplificado, que hace énfasis en la guía de recomendaciones estratégicas en salud, el cual se compartirá a través de encuentros grupales, mesas redondas y presentaciones; fomentando no solo la validación, complementación o/y objeción de los resultados, sino también el análisis reflexivo que promueve la identificación e implementación de los mismos en su cotidianidad.

- Comunidad en general: Dado que la salud es y será siempre una temática de interés público, la idea es valernos de medios de comunicación masivo como boletines de radio y prensa, destinados a despertar el interés sobre la investigación y sus resultados, exponiendo de manera clara y concreta su trascendencia para la comunidad local.

- Comunidad científica/académica: Publicación de los resultados globales en una revista científica de talle nacional o internación, preferiblemente indexada, cuyo interés este enfocado a temáticas en salud, comunicación y poblaciones vulnerables; conferencias o/y ponencias en eventos afines. También, condensar los resultados para ser proyectados como noticia, pertinente para canales universitarios, de esta manera serán divulgados en el contexto local y regional.

Resultados

La presentación de los resultados se ofrece a continuación estableciendo los principales hallazgos que dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados desde el inicio de la investigación:

Objetivo No 1: Análisis de los factores cognitivos, sociales y de contexto, presentes en la población Ticuna en el departamento de Amazonas que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis.

Los siguientes párrafos dan cuenta, de los análisis de los factores cognitivos, sociales y de contexto, vigentes en la población investigada, que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento antituberculosis. Para tal fin, fueron cinco las categorías tenidas en cuenta para reflejar el análisis cualitativo propuesto: factor cognitivo, factor percepción, factor emotivo, factor contexto familiar y factor contexto social. Tal como se planteó desde el inicio del estudio, los datos relacionados a continuación se sustentan en análisis realizados por dos investigaciones: La primera de ellas, “*Concepciones y prácticas frente a la tuberculosis de la etnia Ticuna en el departamento de Amazonas*” (Mosquera, Soto, et al, 2007), investigación financiada por la Organización Panamericana de la Salud. Por otra parte, se abordan aspectos analizados por el Doctor Mario Mosquera (2006) sistematizados en “*Estudio sobre no adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas Colombiano*”.

Lo anterior, a la luz de la Teoría del Comportamiento Planificado, tal como se ha planteado en este trabajo a partir de la revisión de la literatura y en la metodología. En este punto vale reafirmar que dicha teoría considera gran parte de las variables que integran la personalidad, en especial cuando algunas conductas y muchas consecuencias de éstas no están bajo el control completo del individuo, todo esto, en una ecuación que pretende ponderar la intención conductual. Ahora bien, es ésta una de las razones más sólidas por la cual la Teoría del Comportamiento Planificado es un constructo central para construir un análisis de cada una de las siguientes dimensiones tenidas en cuenta a través del problema postulado en las primeras páginas de esta investigación.

- Factor Cognitivo: Conocimiento de la enfermedad, conocimiento del tratamiento, conceptos de salud y muerte.

El análisis propuesto en la investigación realizada por Mosquera et al (2007), retoma los conceptos de salud, enfermedad y muerte, para re-construir la dimensión cognitiva de los indígenas Ticuna desde la óptica del discurso de la antropología. En tal sentido, los sistemas de salud indígena de acuerdo con Flores-Guerrero (2004), se constituyen en un conjunto integrado de conocimientos con su propia nosología, sus respectivos sistemas, causalidades y procedimientos diagnósticos, pronósticos, curativos y de promoción de la salud, que se reciben y transmiten desde el proceso de la adquisición del conocimiento heredado y aprendido mediante la narración de la tradición oral de generación en generación.

En cuanto a dichos conceptos, los datos sugieren que para la mayoría de la población Ticuna, “salud” es asociada a persona alegre, contenta con su trabajo y en armonía con su comunidad; fuerte para trabajar, con apetito y con hábitos preventivos como la higiene corporal, la vivienda y los alimentos. La “enfermedad”, por el contrario, es para la mayoría, falta de energía para trabajar, tristeza, cansancio, aburrimiento, inapetencia, intranquilidad, desaseo, e incluso fue descrita como una experiencia terrible que los hace alejarse de su comunidad y perder todo valor como personas. En lo que se refiere al concepto de “muerte”, los indígenas Ticuna la describen como el fin inevitable y como un descanso, que para algunos de los entrevistados, se puede evitar mediante la toma de medicamentos. Es así como cada uno de los conceptos de salud, enfermedad y muerte, desde la acepción de los indígenas Ticuna, proponen una mirada más allá de un estado vital, hacia una serie de creencias conductuales definidas, tal como se plantean en la TCP; por ejemplo, creen que la salud se verá reflejada en conductas de productividad laboral, la enfermedad en conductas anímicas como el aburrimiento y la inestabilidad, entre otros. Este análisis se puede desarrollar a partir de lo que la Teoría del comportamiento planificado asume como una creencia conductual, que no es otra cosa que la probabilidad subjetiva de que una intención de conducta produce un resultado dado, tal como puede observarse en la comunidad Ticuna. En este caso en particular, la creencia conductual, se asume en combinación con los valores subjetivos de llevar a cabo el comportamiento en cuestión, lo cual determina la prevalencia de la actitud hacia la conducta. Este postulado teórico se encuentra relacionado directamente en el contexto indígena estudiado con la probabilidad subjetiva de que una intención de conducta produce un resultado dado.

De otro lado, los datos obtenidos en este estudio permiten aventurar puntos de encuentro y desencuentro con diferentes constructos sobre salud-enfermedad visibles en el mundo

occidental. Por ejemplo, se pueden observar algunos elementos comunes en los Ticunas con respecto a concepciones de salud que surgen en las primeras décadas del siglo XX en occidente, en donde los conceptos de higiene y medicina social se hallaban bien desarrollados en Europa continental. Estas concepciones relacionaban el estado de salud de una población y sus condiciones de vida, mostrando preocupación por las causas generales como por los factores nocivos del entorno físico y social determinantes en el estado de salud de un grupo social.

La conceptualización de salud por parte de los indígenas, concuerda en varios aspectos con las definiciones más recientes de salud, como la propuesta por Terris (1987), citado en Salleras (1985) quien la define como: “Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” o el concepto ecológico de la salud, que según Dubos (citado en Salleras, 1985) la define como “un estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en ese medio”.

Conviene resaltar aquí, que para la etnia Ticuna, la construcción conceptual parte entonces, de la alteración o la enfermedad y no de la salud. Según se concibe por las interpretaciones o más específicamente según sus traductores, pareciera no existir el vocablo “salud” en la lengua Ticuna. No obstante en el universo y cosmogonía de esta etnia, el ser humano y su concepto de salud, se definen en forma integral desde el equilibrio entre el espíritu, la materialidad y lo socio-cultural. El hombre, conecta la materialidad del mundo y sus dimensiones espirituales-sagradas. En otras palabras, lo que el hombre busca explicarse en primera instancia es la enfermedad o mejor, esa sensación de malestar y alteración que experimenta, (afectación primera de lo interno, del Espíritu y que luego invade la parte más frágil de su cuerpo) lo que se percibe como cambios de comportamiento frente a conductas consideradas habituales o rutinarias. Este aspecto de la cultura Ticuna tiene relación con lo que en páginas anteriores se denominó, a partir de la teoría del comportamiento planificado, actitud hacia la conducta, es decir, una evaluación positiva o negativa de la conducta actuada, en este caso, la fuerza de cada creencia está esperando por la evaluación de los resultados o atributos.

En el origen de las enfermedades, los Ticuna reconocen enfermedades tanto como enfermos y manejan en ello los aspectos espirituales de la enfermedad como sus manifestaciones materiales. Distinguen causas naturales y causas sobrenaturales. Las causas naturales fueron de las más mencionadas por los indígenas y referidas como: Virus, vejez, mala alimentación, falta

de higiene, agua y aire contaminado, cambios de temperatura, afectaciones emocionales y “golpes” que reciben los niños de sus padres. Éstas, coinciden con tres de los cuatro determinantes de la salud según el Modelo de Lafromboise Lalonde en 1974 (Dever,1991): Biología humana, estilos de vida y medio ambiente. Como causas sobrenaturales fueron señaladas la brujería o hechicería y las enfermedades de los espíritus. Creencias asociadas con los procesos de equilibrio en el mundo espiritual, en el entorno físico y Socio-cultural, en el que desde la tradición oral se transmiten las reglas de organización social y comportamiento individual, garantizando bienestar en todo orden para la supervivencia y calidad de vida de la Etnia. La enfermedad o la carencia de salud ocurre a menudo cuando se trasgrede la norma, se “desarmoniza y se rompe el equilibrio. Por ejemplo, al comer la carne de ciertos animales con importancia mítica en la cultura Ticuna, tales como el delfín o el tigre. Cuando se contamina el río o se desobedece a los padres.

A este respecto, puede interpretarse que esta cosmogonía garantiza que las relaciones con los mundos natural, espiritual y social se mantengan de manera armónica (Rodríguez, 1996). Estos elementos coinciden con la teoría naturalista del cuerpo humano, donde la enfermedad es entendida como “una alteración morbosa del buen orden de la naturaleza” que de igual manera, acoge los postulados del paradigma galénico (Capra, 1988).

En conclusión, cada uno de los factores cognitivos descrito en el presente capítulo, plantea una asociación mental entre lo que se podría denominar “comportamientos indebidos” y las posibles consecuencias negativas, dentro de las cuales se encuentran el padecimiento de la TBC; tal como lo apunta la TCP desde su variable Creencias Conductuales. Son estas creencias de salud/enfermedad que posee el Indígena Ticuna, las que en parte sustentan y determinan su actitud frente a la búsqueda de comportamientos saludables, lo que a su vez incide también, en la fuerza de la intención de adhesión al tratamiento.

- Factor Percepción: concepto, causas y severidad de la enfermedad. Supremacía de la medicina tradicional y afinidad con el sistema de salud.

En lo que respecta al factor de percepción, las investigaciones de base analizan tres dimensiones; Por una parte, la definición de tuberculosis; por otra, las causas de la enfermedad y por último, la percepción de severidad. Para el primer elemento, la mayoría de los pacientes definieron tuberculosis como enfermedad del pulmón, elemento que merece destacarse por estar relacionado con el concepto de ser ésta una enfermedad pulmonar. Es desde la práctica ritual

que une el conocimiento heredado y el aprendido, que el contexto de la narración de la Historia, habla también de ciertos órganos del cuerpo, cuyos vocablos y acepciones, hoy en día son afianzados desde la etno-educación escolar y de otro lado, a pesar de no existir evidencia de esta afirmación, probablemente la estrategia IEC de Información, Educación y Comunicación de los programas de salud pública en el Amazonas, con el uso de medios de apoyo como Rotafolio y carteleros hayan introducido el concepto y la ubicación de los pulmones. Este sería un hallazgo diferencial al compararse con otras interpretaciones de grupos étnicos.

La tuberculosis, también fue identificada como una enfermedad mortal que se puede curar si se sigue el tratamiento; esta es una de las principales Creencias de Control que puede afectar directamente la conducta de adhesión al tratamiento, pues tal como lo plantea la TCP, percibir un factor (como el tratamiento) de manera favorable, predispone la actuación de la conducta (la adhesión al tratamiento). De igual manera, la percepción de severidad de la enfermedad, es una Creencia Conductual (enfermedad mortal) que puede reafirmar la necesidad de actuar sobre la conducta.

El contagio, fue identificado por la mayoría, como la causa de la tuberculosis en todos los grupos entrevistados. Este resultado coincide con los datos obtenidos en la primera etapa del trabajo en tuberculosis con indígenas Ticuna (2005) y con los hallazgos documentados por Álvarez-Gordillo, G, Álvarez-Gordillo, F., Dorantes-Jiménez y Halperin-Frisch, (2000), en su artículo sobre percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. El contagio fue relacionado principalmente con el uso por parte de otras personas de los mismos recipientes que la persona con tuberculosis habría usado para comer o beber. En segundo lugar, el hablar con la persona enferma o que ésta tosiera delante de la persona sana. También mencionaron como forma de contagio, la acción de escupir al piso y que la persona sana pisara esta saliva. Aunque las orientaciones médicas advierten que no existe riesgo de contagio por sentarse en un escusado o compartir platos y utensilios de comer, los datos permiten establecer la existencia de una apropiación incipiente de la teoría de la enfermedad, en tanto se concibe como una enfermedad contagiosa, al margen de mantenerse “falsas creencias” sobre las formas de contagio y las medidas preventivas. Este planteamiento se puede relacionar con lo que la Teoría del comportamiento planificado denomina creencias normativas, es decir, lo que los indígenas Ticuna perciben del contexto de la enfermedad, se

refiere a la expectativa percibida, e influye sin lugar a dudas en los resultados de la conducta a nivel individual o grupal.

De otro lado, si tenemos en cuenta las condiciones insalubres de la vivienda característica de la población indígena Ticuna (clima selvático, palafitos o casas lacustres de madera que promueven la humedad, distribución física limitada de la vivienda), entre otras; estas “falsas creencias” podrían terminar desencadenando una percepción negativa frente a la habilidad de prevenir la enfermedad y/o asumir el tratamiento; variable que para la TCP se denomina Control Conductual Percibido, de vital importancia frente a la toma de decisiones.

No obstante, cabe resaltar que pese a las distancias cognitivas y sociales que separan a los Ticuna del sistema bio-médico, sus percepciones sobre la enfermedad cotejan ciertos puntos de encuentro como en el concepto de contagio, que refleja una familiaridad de éstos con la comprensión de la enfermedad desde el punto de vista bio-médico. Esta familiaridad favorece la percepción de la propia capacidad del indígena frente a la adopción de comportamientos preventivos, lo cual para la TCP se denomina Control Conductual Percibido. De igual forma, un diagnóstico tardío fue identificado por los informantes en relación con la demora del paciente en buscar atención médica. Testimonios de pacientes y personal médico, dan cuenta que muchos acuden al centro de salud cuando presentan síntomas en avanzado estado de la enfermedad como hemoptisis, pérdida de peso y cansancio excesivo que les impide realizar sus actividades diarias. Descriptores que bien podrían estar señalando alguna debilidad en el proceso de la búsqueda activa de pacientes, en relación con los programas de control y prevención de la TBC, debido a la posible presencia de Creencias Conductuales de tipo de asociación errónea de los síntomas (confundirlo con una gripa), asociación de síntomas con la transgresión de una ley (resarcir la ley, se asume como cura) y búsqueda prioritaria de atención médica tradicional (consulta y tratamiento previo por parte del curandero, chaman-o brujo). En este contexto, el análisis debe hacerse a partir de lo que la teoría denomina creencias normativas, que en el caso Ticuna responde a la expectativa percibida, como de gran importancia, en los grupos significativos por parte del indígena, con respecto a los resultados de la conducta a nivel individual o grupal.

- Factor emotivo: Poca empatía con el personal de salud, temor al señalamiento o rechazo de otros significativos, ansiedad frente a los posibles efectos colaterales de los medicamentos y dispersión geográfica entre el sitio de residencia y el puesto de salud.

Los pacientes entrevistados mencionaron las razones por las cuales ellos consideran que las personas no aceptan o no completan el tratamiento “occidental” para la tuberculosis. Sus respuestas adujeron las dificultades que ellos mismos han vivido como pacientes y/o lo que han visto en otros casos. La mayoría señaló como las principales dificultades para la adherencia, las relacionadas con el tratamiento farmacológico y sus características, es decir, molestia por las inyecciones, tomar pastillas y los efectos adversos de los medicamentos. En segundo lugar, la dispersión geográfica entre la residencia del paciente y el centro o puesto de salud, fue considerada como otra de las razones para abandonar el tratamiento.

Entre otros factores mencionados se circunscriben la falta de conocimiento de la enfermedad, falta de aceptación de la enfermedad por temor al señalamiento o rechazo y el alcoholismo. Estos datos coinciden con las conclusiones (2005), el cual profundizó el tema de la adherencia encontrando como factores de riesgo para el abandono, mencionados con mayor frecuencia por los pacientes: la incomodidad por las inyecciones junto a los efectos adversos de los medicamentos y en segundo lugar, la distancias que en ocasiones algunos pacientes deben recorrer para llegar al centro de salud. Los factores de riesgo antes mencionados, son percibidos por los pacientes como Creencias de Control que dificultan o impiden el iniciar, asumir y llevar a feliz término, el tratamiento de la TBC.

Los datos de la anterior investigación revelaron como factor protector del no abandono total del tratamiento, el seguimiento y las visitas domiciliarias realizadas por promotores de salud, funcionarios del hospital o de la Secretaría de Salud Departamental, sobre todo en los casos de pacientes con tendencia a la no-adherencia por razones como sentirse sanos o falta de interés y compromiso por recuperar la salud. Algunos pacientes atribuyen su adherencia, a la visita de los promotores de salud (en su gran mayoría locales/nativos). En este punto el bajo Control Conductual Percibido por algunos de los pacientes, queda en evidencia,; pues no se conciben a sí mismos como autónomos en la conducta de adhesión, lo que a su vez, expone la dependencia del paciente a la presión social que ejercen los actores en salud para el cumplimiento del tratamiento,. Variable descrita en la TCP como norma subjetiva, entendida como la presión social percibida, que hace parte o no en una conducta, de la cual hacen parte los otros significativos del sujeto

A su vez se encontró que en el contexto de los Ticuna tener tuberculosis no genera un estigma entre los familiares y amigos. La gran mayoría de los pacientes afirmaron no haber

sentido rechazo por parte de las personas que sabían que estaban enfermos. Si bien los resultados de la muestra de pacientes señala un alto grado de satisfacción con respecto al trato recibido, condición que constituye un factor protector para su adherencia al tratamiento, persisten aún, algunas asimetrías en la percepción que algunos profesionales de salud poseen y manejan con respecto a la población indígena y que repercuten en la interacción con los pacientes. Lo cual puede estimular o desestimular la búsqueda de la salud a través de métodos alopáticos y del cumplimiento del tratamiento. Estas asimetrías deben ser consideradas como un factor de riesgo para la no adherencia.

En este sentido, los profesionales que llegan a la zona en periodo de servicio rural obligatorio, son capacitados en el área técnica sobre el manejo de enfermedades y los protocolos médico-clínicos a seguir; sin embargo, reciben ninguna o muy poca instrucción con enfoque intercultural que facilite un intercambio de saberes y la comprensión de lo que implica la interacción con grupos indígenas culturalmente distintos con una percepción particular sobre dichos procesos. Ofrecer una capacitación en tal sentido, ha sido reconocida por actores institucionales como una necesidad para mejorar la prestación de servicios y las relaciones entre personal de salud y pacientes. Una dificultad que persiste en este sentido identificada por los mismos actores en salud, es la indicada como falta de compromiso por parte de los profesionales debido a que su permanencia en la zona se extiende únicamente por un periodo de tiempo en promedio de 8 meses, lo que contribuye a generar rupturas en los acuerdos, consensos de trabajo y procesos sociales iniciados.

Al margen de la información recolectada en campo, el lenguaje, y su componente idiomático refiere un aspecto importante dentro de las relaciones interculturales toda vez que pueden afectar la adherencia al tratamiento; aun manejándose una misma lengua, la comunicación puede no ser efectiva debido a expresiones no verbales entre los individuos que pueden transmitir mensajes confusos o interpretaciones erradas, que a su vez pueden afianzar el Control Conductual Percibido; así mismo, desde el horizonte semántico, palabras con diferente significado o desconocidas entre los interlocutores, el uso de regionalismos, traducciones imprecisas ,entre otras causas son llamados a generar baja comprensión o tergiversación de los contenidos y mensajes relacionados con la enfermedad, el tratamiento, su duración y recomendaciones medicas, lo que suele ser uno de los inconvenientes presentados en la relación personal de salud – paciente, cuando los profesionales llegan por primera vez a la zona. Debido a

que muchos médicos y enfermeras que prestan sus servicios se encuentran en periodo rural obligatorio, la rotación de personal es constante y por consiguiente, obedece a uno de los indicadores dentro de las dificultades de comunicación frecuentes.

La incorporación de enfoques interculturales a la atención en salud, se ha convertido en una preocupación constante en la zona, por lo que en el ámbito institucional y dentro de algunas entidades prestadoras de servicios de salud, se han iniciado procesos de capacitación de sus empleados. Sin embargo los esfuerzos en este sentido, son dispersos y no hacen parte de una acción conjunta con fines claramente especificados, lo que modera los posibles alcances de la iniciativa. Del acercamiento “cultural” que se logre en la relación demanda-asistencia de servicios de salud, depende en gran medida la búsqueda de la salud por métodos alopáticos y el cumplimiento del tratamiento anti TBC, ya que dicha interacción puede establecerse entre el etnocentrismo y la omisión de las creencias y percepciones del otro, o la negociación cultural.

- Factor contexto familiar: Vínculos psico-afectivos, Roles en la dinámica familiar.

Estudios sobre no adherencia (Cáceres, 2004; Álvarez-Gordillo et al, 2000), han mostrado como la familia, las redes sociales y las instituciones, juegan un papel fundamental en la adopción del tratamiento y en el mantenimiento del mismo hasta su culminación. La información recogida en campo, señala a la familia como un factor protector para la adherencia al tratamiento, siendo sus integrantes actores principales en las Creencias Normativas del paciente, pues la expectativa que ellos proyectan en el enfermo, lo motivan a seguir adelante con el tratamiento. Los fuertes lazos constituidos al interior de la familia Ticuna, generan solidaridades y alianzas que proporcionan apoyo emocional y pueden suplir necesidades básicas como alimentación y cuidados al paciente durante el tiempo de la enfermedad, aunque esto implique asumir un rol diferente al establecido tradicionalmente en la dinámica familiar.

El comportamiento predominante de familiares para con los pacientes de tuberculosis fue de apoyo emocional y material en forma de suministro de alimentos; sin embargo, pese al conocimiento de que la persona en tratamiento no contagia, la enfermedad se encuentra bastante extendida entre la población Ticuna. En algunos casos los familiares dentro del hogar mantienen el aislamiento de los utensilios de mesa, lo cual en la muestra, no es percibido como un factor negativo para la adhesión al tratamiento.

Según De la Cruz (2004), una de las características del prejuicio es que su componente cognoscitivo (estereotipo) está constituido por una información incompleta y demasiado

generalizada y su componente afectivo está asociado a elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social. Sin embargo, la investigación de De la Cruz realizada en Cuba, sobre Tuberculosis y afectividad y con resultados muy similares a los encontrados en este aspecto dentro de esta investigación, no encontró ningún caso en el cual el prejuicio afectara la búsqueda de atención médica ni el seguimiento de tratamiento.

La familia, constituye el espacio privilegiado donde se aprenden y reproducen creencias y prácticas en salud: la etiología de las enfermedades, y los procedimientos a seguir en presencia de las mismas, que pueden variar entre la preparación de remedios caseros y la búsqueda de tratamiento “especializado” (tradicional o alopático). En la muestra estudiada, en la mayoría de los casos los pacientes recurrieron a remedios tradicionales antes de buscar el tratamiento farmacológico, pues tanto sus Creencias Normativas (expectativas de sus familiares frente al tratamiento de los síntomas) como su Norma Subjetiva (presión social de la familia frente a la búsqueda de salud) les indicaron que este era el camino correcto o lógico; Como positivo en la dinámica antes mencionada, se rescata que ya identificado el familiar como enfermo de TBC, involucrar a la familia en el tratamiento del paciente, permite además, que haya un acceso más oportuno a la medicina alopática en el caso de presentarse nuevos eventos de TBC al interior de la misma.

Ahora bien, desde el punto de vista familiar y su relación con el contexto económico, una de las conductas encontradas en los pacientes, está relacionada con la debilidad característica del padecimiento de la TBC, que genera en muchos casos que el paciente abandone sus actividades diarias durante el periodo en el cual no ha iniciado el tratamiento, y durante las primeras semanas de la primera fase.

En algunos pocos casos el paciente continuó con sus labores diarias debido a la necesidad de asegurar el sostenimiento familiar, y en otros menos frecuentes el abandono de las actividades se encontró de manera permanente durante el curso de toda la enfermedad. Es así como el factor económico se identifica como uno de los factores que puede afectar negativamente el Control Conductual Percibido por el paciente, en el sentido que no se observa una mejoría inmediata de los síntomas lo que puede generar la percepción de un tratamiento no exitoso.

- Factor contexto Social: Creencias de la comunidad acerca de la enfermedad y su tratamiento, contexto geográfico y dinámicas de salud.

Con respecto a las creencias de la comunidad, el conocimiento de que la persona en tratamiento no contagia la enfermedad se encuentra bastante extendido entre la población Ticuna. En general se observó en familiares y amigos de los pacientes con TBC un comportamiento de apoyo emocional y material en forma de suministro de alimentos. También se observaron algunos rasgos de segregación, reflejada en evitar el contacto con el enfermo y dentro del hogar, mantener el aislamiento de los utensilios de mesa.

Entre los factores de riesgo asociados a la no-adherencia al Tratamiento Acortado Supervisado (TAS) se encuentran factores derivados de la calidad de los servicios y del personal que atiende al paciente (Cáceres, 2004; Basterra, 1990, WHO, 2003, Álvarez-Gordillo et al. 2000). En el caso de la Tuberculosis, la administración de los medicamentos implica que el paciente acuda durante un tiempo prolongado al servicio de salud. En la primera fase, todos los días, excepto los domingos, durante 8 semanas. Durante la segunda fase el paciente debe acudir dos veces por semana, durante 18 semanas. Así las cosas, el tratamiento podría considerarse en sí mismo, una Creencia de Control negativa, siendo las distancias geográficas de las comunidades y los centros de salud un factor que dificulta la conducta de adhesión; al tiempo que afecta el Control Conductual Percibido, por la percepción de dificultad que implica el desplazamiento de un corregimiento a otro.

En contraprestación a esto, la mayoría de los pacientes Ticuna acuden al promotor de salud de su comunidad para que éste le suministre el tratamiento, lo cual evita que las largas distancias que hay entre sus sitios de vivienda y los centros de salud y hospitales sean un obstáculo para la continuidad del tratamiento; solo acuden a la atención médica especializada para chequeos o en casos que se presenten otras enfermedades o complicaciones de salud. Sin embargo, la Norma Subjetiva o percepción que tienen pacientes, población general y médicos tradicionales sobre los servicios que prestan esos centros de salud es importante en el proceso de búsqueda de la salud, así como la percepción de la labor del promotor es importante en la adherencia del paciente al tratamiento.

La Norma Subjetiva de los pacientes entrevistados es un punto que favorece la Actitud Hacia la Conducta de adhesión, pues todos afirmaron estar complacidos con los servicios prestados por los promotores de salud de sus respectivas comunidades, sin embargo, se quejaron

de la falta de medicamentos en los puestos de salud de la comunidad, los cuales son atendidos por los promotores. La percepción de los pacientes sobre las brigadas de salud fueron muy positivas y la mayoría expresó sentirse bien atendido en los hospitales de los centros urbanos, aunque en ocasiones representan gastos que para algunos se convierten en obstáculos para la búsqueda de la atención. Sólo uno de los pacientes entrevistados se quejó de la atención del médico.

En síntesis, aunque la población Ticuna señala muchas debilidades en el sistema de salud, como la falta de medicamentos en los puestos de salud, demoras, distancias muy largas e inconformidad con el trato que brindan algunos médicos o enfermeras. Los pacientes del programa de tuberculosis, los cuáles deben acercarse diariamente a los puestos de salud por su tratamiento, aseguraron sentirse apoyados y bien tratados por los promotores de salud encargados de suministrarles diariamente los medicamentos. En el primer estudio (2006) se concluyó que la buena opinión que tuvieron los pacientes acerca del servicio, el trato recibido por el personal de salud, y principalmente la labor de seguimiento realizada por los promotores de salud, enfermeras y personal de la Secretaría de Salud Departamental se constituyó en el mayor factor protector para la adherencia al tratamiento. Este elemento valida la dimensión personal y humana del servicio del servicio de salud. Esto en ocasiones puede convertirse en una debilidad para el Programa de Tuberculosis, puesto que su eficacia es en buena parte dependiente del personal de salud con el que cuenta. Si una enfermera o promotor de salud no es agradable o aceptado por los pacientes esto puede repercutir en la adherencia al tratamiento.

En el caso de los pacientes que presentan incapacidad para caminar o movilizarse como un factor de abandono, sea por condiciones personales como embarazo, laborales como sustento familiar o de co-morbilidad como la desnutrición severa; es el personal de salud encargado del seguimiento y suministro del medicamento quienes nuevamente juegan un papel importante como factor protector de la adherencia, convirtiéndose así en la Norma Subjetiva que reafirma la Actitud Hacia la Conducta de Adhesión.

Se encontraron algunos casos de abandono total del tratamiento por migración entre los pacientes de la muestra, lo que lo convierte en el principal factor de riesgo de la no-adherencia. Salas y Chamizo (2002) mencionan que los grupos de personas móviles como emigrantes temporales o trabajadores agrícolas estacionales, desde el punto de vista del seguimiento de un tratamiento largo, es más complicado por sus condiciones de movilidad. Muchas veces se trata

de personas que se mueven a través de fronteras internacionales como es el caso de la etnia Ticuna. La migración, está relacionada con la búsqueda de trabajo y condiciones materiales para la sobrevivencia. Si bien la mayor parte de la población conserva sus prácticas tradicionales de producción, algunas personas se emplean en trabajos informales como carga de bultos en el puerto, aserraderos, carpintería, trabajo domestico, construcción, que las obliga a trasladarse de acuerdo a como se presenten las oportunidades laborales.

Estas situaciones constantes de movilidad poblacional interfronteriza, confrontan los sistemas institucionales de control y prevención de la enfermedad, por lo que en muchas oportunidades se reportan como abandonos casos en los que el/la paciente se desplaza a otro país. El continuo desplazamiento afecta la regularidad en la toma de medicamentos, en algunas oportunidades efectivamente el/la paciente abandona el tratamiento, y en otros casos continua con el tratamiento fuera de las fronteras nacionales. Estas situaciones, podrían requerir mayor comunicación y un sistema de control y vigilancia epidemiológica compartido en la zona de frontera entre los tres países, para lograr hacer seguimientos más adecuado a los pacientes con TBC.

Con respecto a las dinámicas de salud, en la mayoría de los casos, los pacientes buscaron ayuda médica “occidental” cuando la enfermedad había avanzado y los síntomas eran más fuertes: aparecía hemoptisis, perdían completamente las fuerzas y se sentían “vencidos” por la enfermedad. Por otro lado, el diagnóstico médico fue aceptado sin mayores traumatismos, posiblemente debido a la no existencia de estigmatización de la tuberculosis. Como lo afirman Martiniano y García-Campayo (2004), el concepto sobre el tiempo en contextos multiculturales es relativo; y en este caso, percibido de manera diferente entre los actores. La duración de los tratamientos tradicionales, oscila de 3 a 5 días dependiendo de la gravedad de la enfermedad, en los cuales el médico tradicional aloja en su casa al paciente para un cuidado continuo y personalizado, hasta que este es curado. Este tratamiento diverge tanto en la duración, como la dedicación del médico hacia el paciente dentro de la medicina alopática. La información recogida, muestra como las creencias y expectativas de curación en términos de tiempo, constituyen un factor cultural de riesgo para la no adherencia relacionado con la duración del tratamiento farmacológico contra la TBC.

En este sentido, la legitimidad social que tiene entre las comunidades estudiadas el tratamiento alopático contra la TBC, constituye un factor protector para la adherencia al

tratamiento. Muchos de los pacientes en tratamiento, están seguros que con el tratamiento farmacológico, logran la curación de la enfermedad y 7 de los 8 médicos tradicionales entrevistados, creen que este tratamiento puede curar la enfermedad.

Con relación a la percepción sobre los beneficios y efectividad del tratamiento alopático para la tuberculosis, los pacientes mencionaron varias ventajas como: rápida sensación de bienestar, medicamentos gratis, cura efectiva y definitiva, comodidad en la consecución de los medicamentos en comparación de con los utilizados en la medicina tradicional. Algunos pacientes manifestaron sentir confianza en lo que los médicos dicen y en el tratamiento. Otros consideraron la importancia de “hacerse ver” tanto por el médico tradicional como el médico “occidental”, pues el primero se encarga de sanarlos de la “maldad” y el segundo se encarga de curarlos de las “enfermedades del cuerpo”. Esto hace evidente una Norma Subjetiva que atiende los dos grupos de poder en cuanto a salud se refiere, pues se percibe la necesidad de atender la presión social percibida tanto por su cultura tradicional, como por la occidental.

En conclusión, las Creencias de Control: severidad percibida y los beneficios identificados en el tratamiento de la medicina alopática, impactan el Control Conductual Percibido al constituirse en factores protectores para la adherencia al tratamiento en los pacientes Ticuna, tal como lo plantea la Teoría del Comportamiento Planificado. Pero por otro lado, los pacientes al sentirse reestablecidos surge una Creencias de Control que disminuyen la percepción de vulnerabilidad y puede aumentar el riesgo de abandono.

El Amazonas colombiano presenta una serie de factores importantes que deben ser tenidos en cuenta al momento de analizar los factores asociados a la tuberculosis y su tratamiento. Muchos informantes institucionales y no institucionales en este estudio, coinciden en señalar la pobreza, la marginalidad y el hacinamiento como obstáculos en la lucha contra la tuberculosis. El riesgo de contraer TBC se incrementa con la frecuencia del contacto con las personas que presentan la enfermedad, con condiciones de vida insalubres o de hacinamiento y también por alimentación deficiente. Se estima que una persona con tuberculosis sin tratamiento puede contagiar a otras 10 a 15 personas en un año. Aunque no se puede afirmar que exista una relación directa entre las condiciones de insalubridad y la no adherencia al tratamiento, es importante mencionar que aquellos pacientes que viven en estas condiciones abandonan o se encuentran en riesgo de abandono del tratamiento.

Objetivo No 2: Características de las audiencias (primarias y secundarias) y del grupo de interesados (stakeholders) que pueden influir en el proceso de adhesión al tratamiento antituberculosis de la comunidad Ticuna.

Las páginas que a continuación se ofrecen tienen como finalidad dar respuesta al segundo objetivo de la presente investigación. Tal como se plantea desde la introducción de este trabajo, se trata de identificar las audiencias y los grupos de interesados que pueden influir en el proceso de adhesión al tratamiento antituberculosis, lo cual se asume como un elemento crucial en el proceso de diseño y planificación estratégica del cambio de comportamiento, el cual aplicado a nuestra población objetivo, aportará conocimientos significativos al momento de abordar la etapa de planificación.

Esto indica que lo aquí expuesto, corresponde aun análisis de los receptores de los mensajes, estudiados éstos a partir del marco teórico expuesto en este trabajo en términos de comunicación y salud. Para tal fin, y desde el punto de vista cualitativo, se proponen entonces dos categorías como factores influyentes en la comunicación interpersonal, fase clave del proceso comunicativo analizado a través de esta investigación en la comunidad indígena Ticuna del amazonas colombiano: Audiencias y grupos de interesados. Para definir las categorías de este análisis, se tomó como referencia el documento de Planning Behaviour Change Communication (Chen, 2006). Por consiguiente, este análisis se fundamenta en los datos recolectados mediante cuestionarios abiertos autodilenciados y relatorías con la población objetivo a nivel de médicos tradicionales, personal de salud, promotores o auxiliares indígenas en salud y pacientes, instrumentos elaborados con base en los lineamientos de Chen, y que establecen cuatro puntos de encuentro base para planear procesos de comunicación orientados al cambio de comportamiento, de los cuales dos, se abordan en el presente objetivo así:

- Grupo de interesados: Inventario de líderes comunitarios y campo de acción de los líderes comunitarios.

Pensar la comunicación como un proceso estratégico que dinamiza las diversas intervenciones en salud, es crucial para el logro de cambios comportamentales. Este punto es una de las claves de estudio de la presente investigación, y como tal , implica entre otras acciones, identificar los diferentes actores que de una u otra manera afectan el comportamiento ideal, así como sus dinámicas e interacciones (Chen, 2006). La categoría grupo de interesados, fue abordada a través de los indicadores *inventario de líderes comunitarios y campo de acción de los*

líderes comunitarios, lo cual permitió el análisis del contexto social de la población objetivo como factor altamente influyente en la generación tanto de una estrategia de comunicación como de un entorno favorable para la planificación concertada y participativa de la misma.

Con respecto a lo anterior, es relevante reseñar que entre los líderes comunitarios fue posible encontrar consenso en cada una de las respuestas formuladas en el instrumento aplicado. De esta forma, se evidencia que los más interesados en el tema de la TBC son precisamente los actores sociales institucionales y comunitarios, llamados a liderar dichos procesos tales como Secretarías de salud departamental y municipal, Unidad de laboratorio de salud pública que atiende en el Amazonas el servicio para todo el departamento y que a su vez, son los encargados del programa de tuberculosis. Son precisamente aquellas personas o instituciones asociadas al sector salud las que demuestran especial interés en el logro de la adhesión al tratamiento anti tuberculosis: Personal de salud, ARS, IPS y los prestadores de salud, médicos, enfermeras y algunos promotores de salud.

Al indagar sobre los líderes percibidos por la comunidad, se encontró que tanto el personal de salud, como la dirigencia político-administrativa fueron tenidos en cuenta en algunas de las respuestas, es decir, que coordinadores de los diferentes programas de salud pública, gobernador, alcaldes secretarías de salud, médicos rurales internos y coordinadores de diversos programas que interactúan con la comunidad, fueron los más citados. Sin embargo, entre las respuestas también fue recurrente detectar alusiones de los entrevistados sobre actores nativos de la comunidad tales como promotores de salud, docentes, curacas, gestores, corregidores, madres comunitarias y profesores de la escuela. En consecuencia y desde esta acción, la Abogacía como instrumento en los planes operativos de comunicación estratégica, desde la Alianza TB-AIEPI para el pueblo indígena Ticuna, (Salud departamental ,2007) ha generado un espacio importante como Red de apoyo y promoción influyente para la efectiva participación de las audiencias tanto primaria como intermediaria o *secundaria* en el proceso de adhesión al tratamiento anti tuberculosis.

En el caso de los curacas, los promotores de salud, el curandero o chaman, es relevante decir que éstos ejercen una fuerte injerencia sobre la población objetivo desde una posición jerárquica en la estructura social, que no siempre corresponde a un sistema piramidal, sino que está más asociado a la importancia del rol que desempeñan, a su vez definido y caracterizado en

parte por la connotación de ser personas que trabajan por el bien común sea cual fuere su espacio y profesión.

Ahora bien, los contextos socio-culturales permiten ver la enfermedad como un problema orgánico y como un cumulo de significados. La enfermedad aborda dos naturalezas de conceptos: El occidental y el indígena y en consecuencia como resultado, “transformaciones” culturales con alta incidencia en los procesos de comunicación motivo de interés de la presente investigación. De acuerdo con el contexto social y cultural, es como los líderes de una comunidad pueden intervenir en el logro del comportamiento ideal; esto indica que la influencia depende del rol que desempeña dentro de la comunidad, y de si su grupo de seguidores está relacionado con la población objetivo (Chen, 2006). Así pues, dado que la dinámica salud-enfermedad para el caso de la TBC es indiferente frente a condiciones de edad, sexo, credo y demás aspectos socio-demográficos, esta investigación abordó el tema a través del indicador *campo de acción de los líderes comunitarios*, al considerar su injerencia como útil para la identificación del sintomático respiratorio y la motivación primaria que lleva al paciente a indagar sobre su estado de salud. Los siguientes fragmentos, hacen referencia al mencionado indicador:

Enfermera auxiliar al referirse al nivel de compromiso que va más allá de las funciones contratadas: *“Eso quiere decir que nosotros como trabajadores de la salud, debemos tratar de realizar acciones que favorezcan a nuestras IPS, EPS y ARS”*. (Comunicación personal, febrero, 2008) Enfermera jefe argumentando sobre las funciones de los actores en salud: *“El secretario y el coordinador PAB tienen ámbito administrativo, el encargado del programa tuberculosis está enfocado a la prevención, detección y tratamiento eficaz en conjunto con PAI para la protección específica (vacunación)”*. (Comunicación personal, febrero, 2008) Médico rural al responder sobre los compromisos de la secretaria de salud local *“cubrir todos los programas de salud pública, vigilando y satisfaciendo las necesidades en cuanto a la atención de los pacientes de los municipios y corregimientos del departamento del Amazonas.”* (Comunicación personal, febrero, 2008)

Los anteriores fragmentos sustraídos de los cuestionarios aplicados a los actores del sector salud, resumen las funciones desempeñadas por los mismos y dan cuenta de la injerencia directa sobre la búsqueda de tratamiento alopático por parte de la población indígena. De donde se infiere la apertura hacia consideraciones psico-socio-culturales más amplias por parte del

personal médico y paramédico de hospitales, centros y puestos de salud. En efecto, se dice por ejemplo que el éxito de la intervención médica obedece ante todo, a la posibilidad que se le brinde al enfermo, de comprender su enfermedad, al entablar con él, comunicación (“Cara sesgada del autoritarismo”. (Restrepo, 2002, p. 5)

Por su parte los actores comunitarios se expresan:

Promotor Comunitario de salud al indagar sobre sus funciones *“ser agente educativo para brindarle charla a la comunidad, en la comunidad entera”*. (Comunicación personal, febrero, 2008) Paciente curado refiriéndose al rol de la familia y la comunidad *“La madre en su hogar con los niños y los papás que puedan, trabajando” “El cura en su iglesia y la comunidad, brindar educación espiritual a toda la comunidad... catequiza y expande su religión...”*. (Comunicación personal, febrero, 2008) Chaman refiriéndose a los que como él lideran acciones en salud *“Curaca mando en cada una de sus comunidades, organización pa el pueblo” “nosotros curanderos con su comunidad”* (Comunicación personal, febrero, 2008)

Estos argumentos evidencian el nivel de conocimiento de los roles y compromiso para con sus funciones, por parte de los actores comunitarios. También es claro, como la necesidad de mantener una cotidianidad armónica se refleja en la continuidad de los roles que cada miembro de la comunidad posee, dándole gran importancia a lo cotidiano como sinónimo de equilibrio en la búsqueda de la salud.

A partir de las anteriores expresiones, se puede deducir que un punto de encuentro que define gran parte del rol de los líderes citados, se ubica en las competencias comunicativas que estos deben desarrollar con el fin de desempeñar con éxito su función en la comunidad indígena; en efecto, la esencia de los líderes se encuentra en su potencia comunicativa, asumiendo, en este caso, la comunicación como una acción de transmisión de la información. En el plano específico del problema que aborda la presente investigación, es relevante resaltar que existe consenso sobre el rol de estos actores sociales-líderes desarrollan frente a los enfermos de TBC:

Promotor de salud comunitario *“informar a las IPS los casos que a diario se presenten y tramitar con la EPS de tratamiento a esta”* (Comunicación personal, febrero, 2008) Enfermera jefe *“elaboración y dirección del programa antituberculosis dentro del hospital.* (Comunicación personal, febrero, 2008) Médico rural *“vigilancia en cuanto a los casos que se presenten y a las actividades que hay que realizar para la promoción y prevención de la enfermedad y si hay enfermedad satisfacer las necesidades del paciente por medio de los trabajadores del centro de*

salud en busca de la cura del mismo” (Comunicación personal, febrero, 2008) Enfermera auxiliar “*velar por la salud integral de la comunidad prestando servicios de tamizaje de la enfermedad mediante programas de promoción y prevención*”. (Comunicación personal, febrero, 2008)

Este consenso apunta a sostener que dentro de la comunidad analizada, la idea que prevalece sobre la caracterización de los líderes funcionales al sector salud, consiste en que deben tener funciones identificadas como afines a su profesión. Así pues, todos aquellos considerados líderes nativos de la comunidad son asociados como elementos motivadores y con poder de convocatoria, es decir, tienen como función hacer llamados comunitarios para fomentar la participación en conversatorios y talleres. A partir de lo anterior, se puede inferir que la comunidad reconoce e identifica las funciones del personal salud. Sin embargo, esto no es garantía para el exitoso término de una estrategia de comunicación en salud, dado que el ciclo de la búsqueda de la salud en esta comunidad pasa por la consulta (prioritaria) al médico tradicional, filtro en el cual la mayoría de los casos se estancan (Mosquera 2006, Mosquera et al., 2007), pues los médicos tradicionales no realizan la remisión al puesto de salud hasta no dar término a los procedimientos rituales que dicta su cultura, tal como lo argumenta uno de los Chamanes o médicos tradicionales: “*yo le trato y le curó la tuberculosis siempre, si no puedo le toca al promotor*” “*lo curo con mambe o yerbatero*”. (Comunicación personal, febrero, 2008) En este sentido, al hacer frente a la ineffectividad de sus procesos terapéuticos frente a la TBC, algunos chamanes se justifican por la falta de compromiso de los pacientes frente a las recomendaciones del médico tradicional, tal como lo expresa uno de los entrevistados: “*muchos hacemos pero no cumplen con el deber, entonces no hay resultados*”. (Comunicación personal, febrero, 2008) Este fenómeno pone en contexto que los líderes nativos de la comunidad tienen, por tradición, mayor credibilidad frente a la población y por ende mayor poder de convicción, lo que los posiciona como los actores primordiales de todo el proceso.

- Audiencias: Primarias y secundarias

En congruencia con los lineamientos de Chen (2006), se propone ahora abordar el análisis del contexto comunicacional a partir de la identificación de las audiencias, es decir, de los receptores a los cuales va dirigido el mensaje. Con ello se logra ubicar con precisión la fase del proceso comunicativo en donde, desde las propuestas del presente estudio, se pretende ejercer influencia en la modificación del comportamiento objetivo, que para el caso de análisis se

refiere a estudiar a quién se deben dirigir los mensajes. Todo ello, con el fin de lograr de manera directa a través de los mensajes construidos, establecer referencia a la intención de cambio comportamental por parte de los actores de la comunidad indígena, teniendo en cuenta aspectos no sólo científicos, sino más bien comportamentales y motivacionales, es decir, aspectos relacionados con la posibilidad de influencia desde los mensajes emitidos.

Ahora bien, la categoría audiencia ha sido propuesta en este estudio como una categoría clasificada en *audiencia primaria* y *audiencia secundaria*. Esta clasificación propuesta desde Chen (2006) permite analizar los grupos objetivo hacia quienes, se sugiere desde este trabajo de grado, se deben dirigir los diferentes esfuerzos en la estrategia de comunicación, ante lo cual se hace pertinente caracterizar dichas audiencias tal como se propone en el segundo objetivo específico de este proyecto. Este fragmento del análisis es sumamente importante, dado que se hace con el fin de elaborar los mensajes de acuerdo a la audiencia a la cual van dirigidos. Esto implica desarrollar el análisis desde la audiencia primaria -de la cual esperamos el cambio de comportamiento-, en este caso la población indígena Ticuna diagnosticada con Tuberculosis, y desde la audiencia secundaria -aquella que puede apoyar positivamente el cambio, por ejemplo el médico tradicional, los familiares, los agentes de salud.

Esto porque tanto la audiencia primaria como la secundaria pueden influir en la estrategia de comunicación y crear o no un entorno favorable para la misma, lo cual influiría en las recomendaciones estratégicas que se plantearan al final de este documento. Ante este planteamiento se hace necesaria la siguiente aclaración: es incuestionable que, en el caso de este estudio, la audiencia primaria es la población indígena Ticuna del Amazonas colombiano diagnosticada con tuberculosis (el entorno familiar) dado que el eje central a través del cual se movilizan todos los esfuerzos investigativos, consiste en encaminar las recomendaciones estratégicas hacia la promoción de la adherencia al tratamiento. A continuación se abordará la audiencia primaria. En este sentido, el estudio está dirigido fundamentalmente a indígenas Ticuna diagnosticados con Tuberculosis, y que una vez se conviertan en receptores de los mensajes producidos logren transformar sus comportamientos en beneficio del sistema social.

- Caracterización de la audiencia primaria

Consecuentes con su cultura ancestral, frente a la medicina alopática, prima en la comunidad Ticuna el concepto del médico tradicional. Al médico tradicional le asiste la misión de alejar y "curar" lo que esté en desarmonía y desequilibrio. Reconociendo en primera instancia,

la categorización de la enfermedad, que puede ser “externa” o de los “blancos” - como fiebre, tos o malaria por ejemplo, enfermedad del espíritu cuando se trata de maleficios, o enfermedad por causas del hombre, esta última, debido a fuerzas encontradas por el desequilibrio del cuerpo con el medio ambiente o/y la naturaleza.

Después de diagnosticar, el proceso de curación implica rituales compuestos por rezos, soplo o aliento -que se considera como un principio de vida- y toma de brebaje de plantas medicinales. Estos procedimientos se hacen de manera independiente o combinada, a criterio del chaman, y que en algunos casos se acompaña de dieta (Palacio & Nieto, 2007). La presencia de la medicina alopática a través de profesionales y puestos de salud, interactúan de manera positiva en los servicios hacia la comunidad, logro en el que la educación se atribuye un papel fundamental (Rodríguez, 1996). De esta manera, las enfermedades que no se tratan por curanderismo -reconocidas primeramente por la autoridad tradicional-, generalmente se delegan para su diagnóstico y atención a la medicina alopática (Santos, 1988). En el caso de la tuberculosis, la remisión de parte del chaman al servicio de salud no ha sido muy fluida, que más allá de la relación entre la medicina tradicional y la alopática, puede deberse a que la sintomatología propia de la enfermedad no permite un diagnóstico directo (Mosquera, 2006; Escandón & Arango, 2008). El diagnóstico pleno de la TBC, está bajo responsabilidad de las pruebas de laboratorio. Por lo demás, gran parte de las características psico-sociales de la población objetivo fueron descritas en el objetivo número uno de la presente investigación.

- Caracterización de la audiencia secundaria

Al abordar la audiencia secundaria se pueden definir varias, que de manera clara, están reunidas en dos grandes grupos: Aquellos relacionados con el sector salud que algunos de los pacientes sujetos de estudio refieren como “*el personal encargado del medicamento*” “*médicos, enfermeras, gestores y promotores de salud*” “*los profesionales de la salud que siguen el tratamiento del paciente*” (Comunicación personal, febrero, 2008), y aquellos que para fines de esta investigación catalogaremos como del contexto socio-afectivo, entre los cuales se incluyen actores con alta filiación afectiva para con el enfermo.

Para la descripción de los resultados de este indicador se hará referencia, entonces, a dos audiencias secundarias relacionadas con el sector salud y el sector socio-afectivo. Las audiencias secundarias son catalogadas como de gran importancia para el logro del objetivo comportamental de la estrategia (Chen, 2006); en el caso de la presente investigación juegan un papel motivador

en la búsqueda, apropiación y continuación del tratamiento. Aunque se encontraron dos audiencias secundarias completamente diferentes entre sí, y su punto de encuentro es el paciente diagnosticado con TBC, su importancia y rol tienen aspectos muy afines; para la audiencia socio-afectiva las respuestas se asocian descripciones como la siguiente:

Promotor de salud comunitario refiriéndose a la familia del paciente *“insistiendo en la importancia de asistir al tratamiento, ayudándole y dándole apoyo para sobrellevar los efectos adversos del tratamiento”* (Comunicación personal, febrero, 2008) Enfermera jefe con respecto a las personas cercanas al paciente en general *“expresándole afecto y dando ánimo, moral, estabilidad emocional, resaltando la importancia del tratamiento oportuno... ofreciendo acompañamiento diario al paciente a recibir el tratamiento”* (Comunicación personal, febrero, 2008) Paciente al hablar de su grupo afectivo *“la familia y amigos de uno para poder brindar mucho apoyo”* (Comunicación personal, febrero, 2008)

Estos argumentos proponen la necesidad de un vínculo afectivo bien definido, fortalecido por la calidad de las relaciones interpersonales y la calidez de las comunicaciones implementadas en las mismas, lo cual permite la llegada clara del mensaje y la posición receptiva frente al mismo por parte del paciente.

Para la audiencia sector salud, su rol de motivación se relaciona con las siguientes descripciones:

Enfermera jefe hablando sobre su ejercicio en pro de la adhesión al tratamiento *“acompañamiento en el tratamiento... informándole al paciente sobre la enfermedad, dándole tratamiento de manera oportuna”* (Comunicación personal, febrero, 2008) Médico rural argumenta sobre su principal argumento de motivación para con los pacientes *“ofreciéndole un resultado concreto ”* (Comunicación personal, febrero, 2008) Promotor de salud sobre su quehacer *“supervisando diariamente los medicamentos que no falte ningún día”* (Comunicación personal, febrero, 2008) También se pudo observar como algunos de los actores en salud van un poco más allá de sus funciones contratadas, asumiendo un rol de compromiso mayor como en el caso de los promotores de salud comunitarios *“como el tratamiento es supervisado se tiene fijado la hora a tomar el medicamento, cuando no llega el paciente es buscando en la casa y se da el tratamiento... manteniendo contacto con el paciente, conociendo sus inquietudes, problemas, apoyándolo emocionalmente, dando los medicamentos, estar pendiente de la continuidad hasta finalizar el tratamiento... en caso de no asistir va a buscarlo con el fin de acordar la forma para*

continuarlo, ya sea llevárselo al domicilio o retomar el tratamiento en la clínica. (Comunicación personal, febrero, 2008)

Este tipo de comportamiento por parte de los nombrados actores derrumba muchas de las barreras de adhesión, como lo son la distancia geográfica entre el puesto de salud y la vivienda del paciente, temores por sentir mayor malestar con el tratamiento que con la enfermedad (en primera fase), entre otras.

Es así como las particularidades de cada una de las audiencias descritas en esta sección, pueden influir en el logro de los objetivos de una estrategia, por tanto el reconocimiento de las mismas será un punto de vital importancia a tener en cuenta al momento de su implementación.

La condición socio-cultural indígena Ticuna se debe atender como una oportunidad y no un problema. Sugiriendo estrategias de contenido para implementar modelos desde la introducción de la medicina alternativa, cercana en métodos a la medicina tradicional, para la introducción sistemática de prácticas alopáticas.

Para favorecer la salud en escenarios geográficos interculturales, La Red de promotores y auxiliares indígenas como queda demostrado, juega un papel protagónico, frente al cual es importante redefinir el perfil y la acción de quienes la integran, fusionando intereses y entorno socio-cultural comunitario como también perfiles epidemiológicos acorde a la legislación vigente del sistema de salud pública.

Desde el binomio Promotor de salud-Médico tradicional, se debe sincronizar la alianza estratégica para aportar por ejemplo al componente médico, de enfermeras, y bacteriólogos, un diálogo de saberes, sobre la base del respeto al otro y a su diferencia, enmarcando la articulación de un modelo de comunicación que favorezca la adherencia al tratamiento antituberculosis.

Lo que se pretende, entonces, es asumir la comunicación no sólo desde la posibilidad de lograr cambios de comportamiento en los indígenas Ticuna, tal como se puede sustentar desde el paradigma funcionalista de la comunicación, sino también incorporar al discurso social de dichos actores la posibilidad del ejercicio de la comunicación como base para lograr cambios sociales, en este caso en el campo de la salud, partir de estrategias y propuestas formuladas desde formas propias de narrar y asumir el mundo por parte de los indígenas. Esto implica no abandonar en la generación de estrategias de salud su contexto, sus costumbres, sus tradiciones, fortaleciendo a partir de estos aspectos la estructura de un tejido social en pro de la adherencia al tratamiento antituberculosis. Con ello no solo se cambian comportamientos, sino interacciones y dinámicas sociales al interior de la comunidad indígena estudiada.

Tal situación, y teniendo en cuenta el contexto de salud de la población Ticuna del Amazonas colombiano, es pertinente tener en cuenta la población como actor protagonista, en la medida en que las dinámicas de salud exigen parámetros de comportamiento social determinados que se convierten en factores influyentes en los sistemas de convivencia y sobrevivencia implementados por los mismos indígenas. Es el paso de una comunicación para la salud que trabaja desde modelos efectistas en sus audiencias a una comunicación que tiene en cuenta la complejidad cultural, las relaciones sociales de los Ticuna y la participación activa de las personas directa y mayormente afectadas, lo que constituye al indígena en protagonista y referente esencial para el diseño de cualquier tipo de estrategia antituberculosis.

Objetivo No 3: Clasificación de los canales y medios de comunicación de acuerdo con su pertenencia en estrategias de comunicación en salud en el contexto de la comunidad indígena Ticuna.

Definir las categorías para el presente análisis toma como marco de referencia el documento de *Planning Behaviour Change Communication* (Chen, 2006), que comprende el estudio de cuatro categorías y que para el caso específico de este estudio, es pertinente citar solo dos de ellas como fundamento del desarrollo del objetivo tres del presente proyecto, asociado al inventario y descripción tanto de los canales como de los medios de comunicación encontrados en la población indígena Ticuna del Amazonas colombiano. En este orden de ideas, como consta en el documento “Tuberculosis en Pueblos Indígenas de Colombia: El reto de la Prevención y el Control” (Min. Protección Social, Instituto Nacional de Salud, OPS, CIDA, 2007), estrategias como DOTS/TAS, reconocida internacionalmente para el control de la TBC y que para Colombia entre otros retos propende por mejorar la adherencia al tratamiento y sostener e incorporar acciones de Información, Educación y Comunicación IEC, en sus jurisdicciones territoriales de acción, reconoce desde esta estrategia para el Amazonas, una dinámica incluyente de canales y de medios de comunicación.

El siguiente segmento del estudio se ocupa del análisis de los canales de comunicación que las personas de esta comunidad utilizan como espacios de interpelación y desarrollo de prácticas comunicacionales. La meta es dar cuenta de los diversos canales que los indígenas Ticuna usan en su cotidianidad en el proceso de comunicación en salud. De igual manera, en las siguientes páginas se encuentran identificados los medios de comunicación encontrados en la comunidad. punto importante para el presente proyecto debido a que el acceso a medios masivos

de comunicación, bien sea radio, televisión o prensa es muy limitado en la población indígena del Amazonas colombiano, hallazgo desde el cual se establecerán una serie de estrategias consignadas en las páginas finales de este estudio. El análisis de medios de comunicación y material mediático propuesto en este segmento del trabajo, no sólo profundiza en el conocimiento de los medios de comunicación y el material mediático de la comunicación, sino que estima como valiosa la relación costo-beneficio, a todo nivel, de cada uno de ellos.

- Clasificación de los canales encontrados

Espacios físicos desde donde comunicar: Puesto de salud, hogar, sedes comunales, la quebrada, la cancha de fútbol, escuela, chagra, la iglesia y el parque con presencia en las comunidades distantes y en aquellas localizadas en cabeceras municipales y corregimentales y el caso urbano en general. Al tenor de concebir una estrategia de comunicación con su correspondiente plan operativo, son canales del mismo, toda y cualquier acción o actividad de comunicación que se utilice para que la población particular o de los diversos grupos sociales en la comunidad accedan a los mensajes relevantes en los propósitos de la adherencia al tratamiento antituberculosis. Por consiguiente son asumidos, teóricamente, como canales de comunicación para el presente estudio, las locaciones y diversos espacios geográficos, naturales y culturales desde donde se origina, se construyen, se produce, se receptiona y transmiten los mensajes.

Ahora bien, al interior de la comunidad indígena Ticuna se encuentran los espacios de esparcimiento comunitario así como otros de carácter institucional, tales como el puesto de salud, hogar, malocas, la quebrada, la cancha de fútbol, la escuela, la chagra, la iglesia, el parque. Los encuentros organizados en ellos son muy esporádicos, no se programan con antelación y generalmente se hacen sobre la misma dinámica cotidiana de los asuntos indígenas. De otra parte la dispersión geográfica, los medios y vías de acceso características de la zona y la articulación de los asentamientos poblacionales, son factores determinantes en la planeación y logística para el desarrollo de los cronogramas de eventos y visitas institucionales. En estos espacios o canales, se establecen entonces algunas prácticas comunitarias, tales como: Reuniones de interés comunitario, mingas, ritos religiosos, fiestas tradicionales, actividades organizadas por el sector salud, policía comunitaria y aun las de proselitismo político y religioso.

De manera correspondiente a estos espacios, y a estas actividades, se encuentran conformados unos grupos de interés relacionados con asociaciones religiosas organizaciones

indígenas, del adulto mayor, de la entidad promotora de salud (EPS), de la institución prestadora de salud (IPS). Sin embargo, y en términos generales, toda la comunidad conforma el grupo de interés, entre cuyas dinámicas laborales es posible citar la pesca, artesanías, el cultivo en chagra, labores del hogar y algunos pocos dedicados a desempeños como agentes educativos y promotores de la salud.

Desde estos canales se focaliza un atractivo componente de movilización social e implementación de herramientas grupales como reuniones, talleres, conversatorios, jornadas cívico-culturales, campañas y Brigadas de salud entre otras. Escenario donde confluyen comunidad e instituciones en el marco de oportunidades en pro de retroalimentar, generar y formular su propia estrategia de comunicación orientada a promover cambios cognitivos y de la conducta desde las actitudes y comportamientos.

Lo anterior se relaciona de manera directa con la forma como se distribuye lo que se produce en comunicación en salud en un contexto como el Ticuna, es decir, por qué canales es necesario y pertinente conocer los hábitos cotidianos de las personas a quienes se pretende lleguen nuestros materiales. Para eso tenemos que pensar en los lugares en que ese grupo de personas circula que para el caso de los indígenas Ticunas es la ribera del río, la chagra, el puesto de salud y la maloka. La escuela al igual que la Maloka o la sede comunal formulan un componente educativo importante al momento de estructurar un plan operativo de comunicación.

Por su parte, al abordar las locaciones y sitios geográficos como inventario de recursos en el plan maestro de comunicación y medios, conviene atender las condiciones particulares en la medida en que sean lugares de fácil acceso, de tránsito libre y de dinámicas públicas de interacción. En ese sentido, los canales se convierten en espacios eficientes, efectivos y funcionales para el propósito de adhesión y terminación de los tratamientos, por parte de los distintos actores en la comunidad.

- Clasificación de los medios encontrados

Entre los medios de comunicación disponibles en la comunidad se identificaron los siguientes: emisora radial, afiches, vallas, carteleras, folletos, perifoneo, volantes, guías, televisión, y en las capitales de municipios y en algunos corregimientos, Internet (compartel). Sobre este particular, el departamento de Amazonas en materia de medios receptiona señal a través de varias estaciones radiodifusoras localizadas 4 de ellas y de mayor cobertura y frecuencia en Leticia, 1 Comercial, 3 institucionales (Policía, Ejército, Iglesia) 1 emisora

comunitaria en Puerto Nariño, 4 estaciones radiodifusoras de asentamiento fronterizo (3 Santa Rosa- Perú población peruana limítrofe 1 en Tabatinga –Brasil.) 2 emisoras en corregimientos departamentales. 2 canales de Tv local en Leticia, telefonía celular de amplia cobertura (para el envío y recepción de mensajes básicos y de apoyo en las campañas TBC) Leticia, capital departamental ofrece servicio de internet en escuelas, y comunidades del sector periférico disponen de este servicio habilitado para programas educativos como compartel. Esta interconexión de redes informáticas, ha innovado en los procesos comunicacionales con impacto en una reducida audiencia de interés para del presente estudio. La inmersión de redes sociales, páginas webs, validan medios aliados en la formulación de acciones en el área de la Información, Educación y Comunicación. Esta autopista de la información en conjunto con la investigación y la academia, ha generado experiencias importantes en la prestación de servicios médicos especializados, mejorando la atención de pacientes en la alternancia con el médico rural o el promotor de salud como los primeros contactos para el tránsito de atención y servicios en el área de la salud. El programa de Telemedicina en Leticia, opera desde la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia. De otro lado, un sinnúmero de periódicos y también revistas regionales con circulaciones esporádicas, hacen presencia en el componente informativo y de comunicación de acceso a los grupos poblacionales Ticuna de los municipios de Leticia y Puerto Nariño.

Descripción (lo encontrado): Un grueso número de integrantes de La Red de promotores y auxiliares indígenas desde el componente etno-educativo, poseen experiencia idiomática bilingüe (Ticuna-Español) condición que vista como una oportunidad ha incursionado en modelos participativos ,en la producción de ciertos materiales como plegables, cartillas o folletos, si bien para ciertos momentos son manuscritos ilustrados y ambientados por integrantes de la misma comunidad y sus promotores, cumplen su cometido de apoyo en los procesos informativos en los encuentros y capacitaciones dirigidos a la comunidad indígena Ticuna. Esta modalidad de presentación de medios impresos, cumple una intención pedagógica y recursiva de variantes de aprehensión y sentido de pertenencia frente al mensaje que se quiere informar. Desde el contexto general IEC, organismos del orden nacional como Internacional (OPS, OMS, ACDI-CIDA) producen, cartillas, Rotafolios, revistas y material como afiches para publicitar campañas en salud.

El proceso de Lectoescritura vigente para el idioma Nativo Ticuna, apoyado en el componente educativo y de recuperación cultural, ampara esfuerzos institucionales y rigor de principios y políticas estatales en defensa de la preservación idiomática de los pueblos indígenas y en este orden de ideas de acuerdo a los hallazgos concomitantes en el caso de la comunidad indígena Ticuna, se puede inferir de acuerdo con lo encontrado, que no es pertinente diseñar una estrategia de comunicación a partir de material escrito, debido al alto índice de analfabetismo que presenta la comunidad conformada por personas mayores. No obstante es conveniente fortalecer medios escritos e implementarlos con apoyo de la etno-educación y la única característica de lenguas vivas que posee el hablante Ticuna(Lectura y Escritura) mediante la implementación por ejemplo de jornadas de interacción como servicio social comunitario de los estudiantes y jóvenes para el aprovechamiento de estos recursos y el equipo de jóvenes dependa del promotor de salud u otra instancia para los acompañamientos en el ejercicio por ejemplo de lecturas, comprensión y análisis de las mismas articulando la población adulta con alto índice de analfabetismo. Carteles visuales graficas y fotos como soportes de ilustración y mensajes no deben perder su estricta contextualización desde los diversos entornos locales (Familia, Cultura ,lengua, usos, costumbres y tradiciones, ambiente, ecosistemas, productividad, roles sociales ,pedagogía) etc.

Material sonoro: conformado por perifoneo, realizado por la Secretaria de Salud; parlantes prestados por la Iglesia Católica y programación radial ofrecida por la Policía Nacional de Colombia. Salud departamental origina de manera sistemática programas y espacios radiales en Leticia aunque el medio no ofrece cobertura de frecuencia a todo el municipio .Señal que llega de manera incipiente a los asentamientos Ticuna sobre el rio Amazonas en la difusión de contenidos y experiencias de apropiación de la lengua Ticuna en la creación de mensajes para publicitar acciones entre otras las de promoción de la adherencia al tratamiento antituberculosis con alta dosis de relaciones interpersonales, afecto, respeto hacia el otro y hacia sus diferencias socio culturales.

La radio es pertinente en comunicación y salud debido a que es un medio funcional para circular información en cualquier espacio de la comunidad, es decir, es un medio eficaz para difundir contenidos de salud en cualquier contexto; lo anterior implica entender, más que la radio, un concepto mucho más amplio como es el de “contenido radiofónico” que incluye la difusión sonora de contenidos a través de parlantes colocados en calles, casas, carros, plazas,

desfiles entre otros lugares. En este sentido los contenidos sonoros insertados en una comunidad pueden ser efectivos para hacer invitaciones, difundir informaciones, generar discusiones, debates y reflexiones sobre algún tema específico relacionado con la salud de la comunidad. No obstante lo efectivo de esta variante, los medios sonoros son regulados por la normatividad pertinente, máxime en entornos que promulgan el equilibrio de la vida misma y sus ecosistemas y cuyo uso excesivo y discordante va en contravía de las prácticas y estilo de vida saludables.

Ahora bien, ¿por qué es pertinente el lenguaje radiofónico en comunicación y salud indígena- Ticuna? Debido a que el lenguaje radiofónico se basa en la oralidad, es posible que contenga, además, lenguajes más fáciles para compartir y difundir entre los integrantes de la comunidad. Como se hizo referencia con antelación, el bilingüismo favorece la implementación de las estrategias de comunicación donde Comunidades próximas a las cabeceras municipales, hacen uso del español para comunicarse. El universo socio-cultural tradicional, fortalece vínculos con un claro desempeño de las relaciones filiales desde los clanes como unidad y fuerza familiar, desde donde los grupos se dan a la tarea de transmitir, contar y recrear lo que ven y lo que escuchan. En los interfluvios de los grandes ríos y en zonas geográficas distantes, como característica de la región subsisten grupos de población indígena Ticuna parlantes de un único idioma: El Ticuna. Esta acotación subraya la importancia de la validación y acciones preliminares frente a los diseños, formatos, contenidos y apoyos a tenerse en cuenta en la producción e implementación de materiales para la etnia de la referencia sin descuidar las particularidades de los grupos aun refiriéndonos a un mismo componente étnico. Todo esto, siempre y cuando la oralidad empleada no descuide los códigos propios de la comunidad indígena Ticuna. Adicionalmente, la radio es un medio de comunicación de carácter personal, íntimo, y tiene un rasgo que la distingue: está en todos lados. De los medios encontrados en la comunidad, la radio es el medio masivo con mayor accesibilidad para los Ticunas, y a través de sus dinámicas comunicativas induce relaciones horizontales entre los actores sociales que permite al indígena-oyente participar de las temáticas que ofrece la programación.

La radio informa, entretiene, acompaña, educa, cautiva y promueve Es vehículo para llegar a quienes no utilizan el sistema de atención de salud en áreas rurales, y sobre todo para comunicarse con los sectores de menos recursos. Su condición de medio masivo de comunicación sugiere ser para el caso amazónico colombiano uno de los aliados en la promoción de la adherencia al tratamiento antituberculosis. Todo esto se puede hacer, entre otras

muchas alternativas dentro de la radio, a través de cuñas y contenidos de radio-teatro. Por ejemplo, entre las distintas estrategias o estilos de cuñas es posible proponer para el contexto Ticuna: el jingle/música desde voces dialogadas, Cantos tradicionales o referentes de contexto como instrumentos musicales y sus efectos sonoros que remiten a la voz del curaca, del shaman, de la historia y el mito. Nada mejor que el recurso de la cercanía y familiaridad que por naturaleza conlleva la radio, para propiciar la articulación innata de formas y modos inmersos en la comunidad para producir mayores y mejores resultados en el ejercicio de informar, promover, educar y comunicar desde la radio. Para este medio, cultura, vida, naturaleza, salud, enfermedad, lengua, costumbres, roles, espacios geográficos naturales y culturales, desde lo local, ejercita los mensajes primarios para el abordaje de contenidos de apoyo por ejemplo desde prácticas y estilo de vida saludable para introducir contenidos centrales primarios y también de refuerzo directos y pertinentes a los procesos de comunicación en la promoción de la adherencia al tratamiento antituberculosis.

Contenido visual: El contenido visual y gráfico conformado por dibujos, gráficas e imágenes encontrado en la comunidad Ticuna indica que la etnia tiene acceso restringido a medios para la transmisión de imágenes fijas o en movimiento desde un medio como la televisión. No todas las comunidades cuentan con esta señal dado que en todas las organizaciones sociales de la comunidad no cuentan con televisor ni la antena repetidora requerida para acceder al servicio. La transmisión instantánea o en diferido de medios electrónicos a través de líneas de transmisión eléctrica o radiación electromagnética, no tiene cobertura departamental, sin embargo planes de programas institucionales agregan a su inventario de recursos la formalidad del uso comunitario de televisores y DVD para la retransmisión de programas y proyecciones de interés social. Es un medio que por lo novedoso, llama la atención a los indígenas y los congrega. Los indígenas acceden a afiches con dibujos y gráficos elaborados por las instituciones sociales (Puesto de salud, iglesia, escuela, entre otras). Las campañas políticas al interior de las comunidades indígenas intervienen en el recurso de la comunicación visual. Influyen en las preferencias, actitudes y comportamientos del electorado. Un ejemplo para considerar la respuesta e impacto de la acción continuada de canales y medios de comunicación como vallas, volantes, afiches. pasacalles. camisetas., entre otros recursos de mercadeo social.

La pertinencia de la imagen en comunicación y salud está dada porque los mensajes visuales pueden contener mucha más información que los mensajes de texto escrito. La emisión de mensajes es puntual, directa, cautiva y persuade desde su esquema o formato, Son de lectura e interpretación inmediata, llaman la atención por el color. De ellos hay que cuidar buen detalle de su concepto y elaboración como de la validación previa para no incurrir en riesgos por ejemplo desde el idioma y contexto cultural , no introducir términos o vocablos sino partir de los referentes asimilados o propios del léxico nativo. La imagen es una excelente forma de explicar algunas ideas que queremos expresar y, en algunos casos, hasta puede sustituir explicaciones complejas o difíciles. Cuando se habla de imágenes la referencia apunta a fotografías, dibujos, mapas, pinturas, logotipos, caricaturas, diseño del texto, video., Cada uno de estos productos deben presentar una diagramación o diseño coherente con el mensaje y los públicos receptores de los mismos.

La comunicación en salud, debe ser apropiada como un producto donde formatos como los aquí descritos son importantes en la medida en que hacen parte de un proceso. Obra como instrumento, desde el componente de impacto sobre las conductas de los individuos y como proceso, será entonces comunicación para el cambio social inspirado en el dialogo interpersonal y colectivo, donde la audiencia primaria no es el objeto del cambio. Son las personas y comunidades, agentes de su propia transformación.

En el caso de la comunidad Ticuna, es necesario tener en cuenta qué tipo de imágenes se pueden utilizar. Si bien es un medio pertinente para elaborar mensajes en comunicación en salud en comunidades indígenas, es muy importante saber que la reproducción de fotografías, afiches, caricaturas, entre otras, se hace en estos contextos por el sistema de multicopiado. El uso de fotocopias, en lo posible debe evitarse porque tergiversa y confunde; la definición y calidad de la copia no es la mejor. Esto exige que las imágenes generadas sean concebidas bajo la premisa y posibilidad de fácil reproducción, con el fin de que no se pierda la calidad del mensaje que se quiere transmitir. En este sentido, y en el marco de la comunidad Ticuna pueden llegar a ser más eficaces los dibujos que las mismas fotografías. Por otra parte, la inclusión de dibujos en nuestros materiales tiene el valor de reproducir la labor creativa de los miembros del grupo y de alentar su expresión. La distribución del material gráfico es de vital importancia para lograr efectividad en la comunicación. La estrategia de distribución va a variar en función del tipo de producto gráfico. Por ejemplo, en el caso de los afiches lo fundamental es que lo vean la mayor

cantidad de personas, y por eso es central pensar dónde se ubiquen. En el caso de los volantes y folletos lo importante es que llegue a las manos de mucha gente, y para eso hay que pensar dónde los dejamos o cómo los repartimos. Si el producto es una cartilla probablemente su distribución va de la mano de algunas actividades en terreno que deben ser planificadas en tanto son herramientas de formación

En este caso, hay que tener en cuenta que existe una gran brecha tecnológica entre los mismos corregimientos: por ejemplo, los grandes cuentan con varios de los medios, pero los pequeños (que son la mayoría) sólo con folletos de salud, videos alusivos a salud y radio de la policía nacional. El problema fundamental de todo esto, consiste en que la comunidad indígena Ticuna del amazonas colombiano no hay apropiación, es decir procesos de empoderamiento, por parte de la comunidad de los medios. Se adolece de un plan organizado y estratégico de medios y de la apropiación de canales cuya acción continuada y permanente, compagine con la importancia que ameritan para la base y estructura de publicitar, promover y empoderar productos, instrumentos y procesos de la comunicación, como marco de referencia puntual en el presente estudio.

Como ejemplos tendientes a favorecer estrategias para la promoción de la adherencia al tratamiento antituberculosis bien podría pensarse en construir un diccionario ilustrado, de términos en español y Ticuna. Frente a la inserción de espacios y locaciones, mediante cursos, talleres y capacitaciones, afianzar y correlacionar el concepto de lo saludable, desde lo natural a través de los alimentos y las prácticas clave. Frente a Logos y lemas como el ideario y representación corporativo, es conveniente innovar con carteles que estandaricen un logo y que ante eventos de inmediatez pueda consignarse el mensaje requerido.

Por su parte, en relación con los medios utilizados para transmitir mensajes relacionados con la salud, es relevante decir que lo más utilizado por la comunidad estudiada son las charlas personalizadas y grupales, debido a que no existe apropiación por parte la comunidad sobre los usos de los medios de comunicación. Pese a que están a disposición, el uso es exclusivamente para necesidades del servicio inmediato, no existe una cultura lecto-escrita. Ante tal situación, los mensajes propios de comunicación en salud, en una comunidad como la Ticuna, no necesariamente requieren lenguaje escrito, lo cual es necesario tener en cuenta en el momento de planificar la estrategia de comunicación, dado que el trabajo se desarrollará en comunidades con una alfabetización limitada. Las condiciones socioculturales brindan escenarios de otra

naturaleza donde desde lo local serán los medios y canales sincronizados para el cumplimiento de sus funciones. Así pues los mensajes de este tipo pueden ser concebidos: con los siguientes alcances y resultados

- Pueden llegar a miles de personas si están bien ubicados.
- Dejan una impresión visual perdurable cuando son exhibidos en muchos lugares.
- Pueden contribuir a generar reconocimiento sobre la tarea de promoción que realiza el equipo.
- Enlazan componentes vitales de la sociedad indígena desde la cosmogonía y cultura.

En este orden de ideas, el afiche uno de los productos gráficos más importantes a la hora de pensar un plan de comunicación. Es un producto económico, tiene un alto impacto y permiten llegar a mucha gente de la comunidad. Está diseñado para ser pegado de manera definitiva en lugares determinados, y por lo tanto debe ser de un tamaño suficiente como para ser visto sin necesidad de prestar atención.

Sin embargo, y pese todos los elementos propuestos en la anterior descripción, es decir, no obstante la existencia de medios y alternativas de estos medios para producir contenidos de comunicación en salud para un contexto como el de los indígenas Ticunas del amazonas colombiano, es necesario concluir que no todos los actores sociales tienen acceso a todos los medios y formas comunicacionales posibles. En este caso, y debido al contexto, los bajos niveles de cobertura y accesibilidad por parte de los indígenas al sistema de producción y recepción mediático, se hace necesario proponer como estrategia principal dinámicas de comunicación interpersonal. Lo anterior con la finalidad de establecer canales y medios óptimos para la masiva participación de los indígenas en los procesos de producción y recepción de mensajes en salud. Se trata de establecer procesos de empoderamiento en donde los contenidos de comunicación sean diseñados y pensados desde y para la comunidad

Ahora bien, como ya se ha expuesto en páginas anteriores de este estudio, se denomina comunicación interpersonal estos intercambios que se dan cara a cara, tales como las charlas informales, los encuentros ocasionales, los saludos, pero también a espacios más organizados o formales como talleres, reuniones, fiestas, consultas, juegos, entrevistas, etc. Este tipo de relaciones son sumamente importantes y cotidianas en la tarea del Equipo de Salud. Son incluso la base para cualquier producción de materiales, y centrales en la construcción del vínculo con la

comunidad. Este tipo de comunicación se puede llevar a cabo, para el caso de los indígenas Ticuna, en plazas públicas, parques, la maloka, la escuela, los lugares de fiesta y hasta los sitios de trabajo. Entre las metodologías a implementar, desde el edu-entretenimiento como pilar fundamental para el desarrollo de las mismas, pueden estar el teatro callejero de títeres o muñecos, cuentería, actividades lúdicas, narraciones de testimonios y el diálogo común entre los promotores de salud y los indígenas.

De todas formas, la comunicación interpersonal tiene como defecto la baja cobertura que sus mensajes pueden llegar a tener. Sin embargo, las actividades de difusión mediática de tipo masivo dependen en mayor medida de los recursos económicos, lo que no es recomendable para el tejido social estudiado, mientras que las acciones de comunicación educativa involucran fundamentalmente la inversión en recursos humanos. En esta segunda dimensión se concentra gran parte de la apuesta comunicativa a proponer a través de la presente investigación.

En este sentido, y a manera de síntesis, a partir del trabajo de campo realizado en los territorios de los indígenas Ticuna, la acción de comunicar tiene doble connotación; esto significa que la comunicación puede ser utilizada desde el punto de vista transmisionista, tal como se planteó en los párrafos del marco teórico de este trabajo al asociarla con el modelo funcionalista y simplemente informativo, modelo cuya aplicación en algunos momentos se convierte necesaria para la comunidad estudiada, pero con la sólida posibilidad de concebir también la comunicación a través de espacios de discusión, de argumentación y como mecanismo para generar nuevas formas de significar la enfermedad, lo que puede traducirse en mejores resultados del proceso de adherencia al tratamiento antituberculosis por parte de los Ticuna del Amazonas colombiano.

En conclusión, las prácticas en comunicación para este tipo de contextos, muestran que la combinación de diferentes métodos de comunicación a través de diferentes canales, es el camino más recomendable para obtener los mejores resultados dado que se propone una estrategia en donde se presenta una interdependencia positiva, es decir los canales aquí no se tornan excluyentes entre sí, sino complementarios.

Objetivo 4: Generar y formular recomendaciones estratégicas de comunicación, inherentes a la promoción de la adhesión al tratamiento antituberculosis en la población indígena Ticuna.

Determinantes psicológicos y comunicacionales de hallazgo en la población indígena Ticuna del Amazonas Colombiano, son base en la formulación de estrategias y recomendaciones a la hora de re-crear o construir un modelo de comunicación significativo, para la adherencia al

tratamiento antituberculosis. En este sentido, el análisis de aspectos relacionados con la dimensión cognitiva, social y de contexto desde el universo que les compete, junto a la particularidad y categorización de las audiencias y de los grupos sociales, son llamados a promover la transformación y el cambio de “conductas medibles” en torno a conocimientos, actitudes y comportamientos de la población indígena. Aquí, el componente idiomático y la lengua materna inmersos en la tradición y la cultura, subyacen como cordón umbilical en toda la inclusión de vehículos y medios de comunicación, presentes en los procesos orientados a la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis en el contexto de la etnia Ticuna.

En este orden de ideas, los conceptos y enfoques de comunicación y salud van de la mano tal como se sustentó en el marco teórico de este trabajo, es decir, cotejan acciones y escenarios paralelos a tal punto que, comunicación en salud, se evidencia:

1. Como producto, condición que se torna importante, articulada al proceso y a unas subestrategias del plan operativo de comunicación, para un programa de salud pública;
2. Como instrumento, de información, educación y comunicación; y
3. Como proceso para el cambio social desde las instancias del dialogo interpersonal y colectivo, de los diversos actores sociales de la población objeto de estudio. Ahora bien, frente a la existencia de elementos para el análisis y comprensión de la comunidad relacionados con la cultura, los entornos y las percepciones sobre la salud y la enfermedad, resulta frágil el contenido de aplicación de estrategias de comunicación y movilización social carentes de un plan operativo eficaz y eficiente para el logro de la participación confiable y el empoderamiento comunitario en los procesos. Todo ello de cara a la implementación de herramientas del ejercicio continuado, valoración y monitoreo de las mismas para el favorecimiento de la difusión y promoción de la adhesión al tratamiento antituberculosis en la población indígena Ticuna.

Por lo anterior, y dada la inclusión en esta investigación de la metodología de comunicación para el impacto comportamental COMBI, a continuación se retoman los hallazgos de los tres objetivos hasta aquí presentados integrados ahora con siete de los pasos más pertinentes para este estudio, y que integran los quince constitutivos de la metodología COMBI. Estos pasos están fundamentados en las fases de planificación estratégica para la comunicación en salud y son denominados investigación y análisis, formulación estratégica, marco de evaluación y monitoreo, gestión e implementación. Esta propuesta está fundamentada a partir del

marco teórico-práctico inspirado en la apropiación de un modelo etno-intercultural de comunicación a ser desarrollado con la participación de las entidades rectoras y prestadoras de servicios de salud en el Amazonas. Se trata entonces de desarrollar posturas congruentes con los diálogos de saberes, consenso y concertación desde las organizaciones de la etnia indígena Ticuna, sobre la base del respeto por el otro y sus diferencias, conocimientos, prácticas tradicionales. Todo ello, inmerso en los denominados “planes de Vida” concebidos desde las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas-AATIS y las Asociaciones de cabildos indígenas. Estas organizaciones actualmente, y de manera conjunta, con la DSD-Dirección de Salud Departamental, avanzan desde el año 2011 en el proceso denominado Modelo de salud indígena, desde la estrategia intercultural de atención y prestación de los servicios de salud para el departamento de Amazonas.

Por su parte, a través los Planes de Vida en Salud se fortalece la construcción colectiva de las formas sobre cómo se percibe, se habla, se piensa, se hace el deber ser de la salud indígena. A continuación se presentan las principales recomendaciones, teniendo en cuenta, tal como se ha propuesto en párrafos anteriores, la planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control de la tuberculosis en pueblos indígenas Ticuna del Amazonas Colombiano. Se trata entonces de formular recomendaciones estratégicas de comunicación a través de las acciones integradas del modelo COMBI las cuales se resumen en los siguientes siete postulados:

Paso Uno: Análisis Situacionales

Este paso comprende una primera inmersión en el campo desde una perspectiva etnográfica, pone en contexto las factibilidades de las posibles estrategias y materiales de los mismos, además de permitir cohesionar las propuestas con elementos de la cotidianidad, mejorando así la apropiación de los conceptos.

Recomendaciones Estratégicas

- Una vez conformado el equipo interdisciplinario, se recomienda que trabaje de manera coordinada con los líderes locales, con el fin de determinar los objetivos conductuales, revisar resultados de la investigación formativa, dirigir las prácticas, mensajes y materiales como también el diseño de las estrategias o inclusión de plan operativo de canales y medios, así como llevar a cabo el proceso de evaluación de las actividades y tareas ejecutadas. La inmersión en el campo de análisis, ha de ser de carácter exploratoria y abierta; en ella la comunidad se

familiariza con el grupo de trabajo usando un modelo etnográfico que les permita explorar más allá de los objetivos conductuales planteados por la estrategia, formas y dinámicas de vida, modelos de comunicación, líderes locales, factores de diferenciación entre cada grupo de la etnia entre otros, toda aquella información que en particular movilice a la comunidad y más adelante pueda servir para enfocar la investigación formativa.

Un primer momento en la investigación de campo estará entonces orientado a la concertación, implementación de capacitación, recolección de datos etnográficos que nos acerquen a obtener información primaria, útil en la comprensión de la perspectiva directa de los actores involucrados en el tema de interés, cuyo eje central será el dialogo de saberes, desde los conceptos y percepciones de la audiencia primaria por ejemplo, frente al tema de lo natural y la vida saludable.

En la búsqueda, por encontrar estrategias adecuadas al contexto intercultural de las poblaciones indígenas, el proyecto AIEPI en el Amazonas, avanza en la meta de Atención en Salud Integral Indígena- ASAI, iniciativa para fortalecer el conocimiento tradicional, las prácticas, lenguajes, usos y costumbres propias de los pueblos indígenas y para garantizar una mejor atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia.(Documento Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para Población Indígena del Departamento de Amazonas- Gobernación de Amazonas. Dirección de Salud Departamental, 2011).

Como señalamiento clave, el tema de tuberculosis conjuga una situación prioritaria de salud que requiere de la intervención intercultural y que programas como ASAI, vienen trabajando en la construcción de una ruta occidental- tradicional de atención de tuberculosis en los pueblos indígenas, cautivando y comprometiendo la intermediación de audiencias desde las organizaciones tradicionales, médicos tradicionales, red de promotores indígenas en salud pública, y talento humano clínico reconociendo como necesidad para un mayor avance, la presencia de estrategias de comunicación y educación específica para cada comunidad.

Teniendo claro, que la problemática en salud obedece a múltiples factores relacionados unos con el desconocimiento que políticas estatales y acciones institucionales presentan con relación a la diversidad étnica y cultural regional, otros desde la persistencia de barreras de acceso, localización y dispersión geográfica que incide en el contexto cultural; pues, mientras algunos Ticuna viven sobre la ribera del río Amazonas o sus interfluvios, violentados por la

presencia del turismo como actividad de subsistencia económica, otros asentamientos se resguardan de la aculturación en lo abrupto de la selva. Condiciones desfavorables para las acciones por ejemplo de inspección, vigilancia y control de la salud ocasionando altos costos operativos e insuficiente cobertura de servicios y programas en esta área y en las implementaciones referentes a comunicación y medios para la salud pública.

En conexión con lo anterior, el trabajo de campo del presente estudio detectó que los diferentes actores sociales relacionados con la tuberculosis, mencionados en el desarrollo del objetivo número dos, tienden a funcionar aisladamente. Ante ello se recomienda articular una propuesta que no solo tenga en cuenta dichos actores, sino ante todo la población objetivo, en este caso los indígenas Ticuna haciendo de cada componente de su universo, un aliado en la constitución de aproximación a las recomendaciones estratégicas, contextualizando realidades por ejemplo desde el enfoque tradicional sobre componentes de la organización social en la que los grupos familiares o clanes como fuerza de expresión ancestral encarnan un profundo sentido de unidad, afecto y solidaridad entre sus miembros. En este contexto, es válido asumir la importancia de la familia dentro de la comunidad, definir roles y establecer necesidades para el control adecuado de las estrategias comunicacionales a implementar, pues el clan está presente en la minga, la historia, el baile y en todo el accionar de la cotidianidad.

En la implementación de estrategias comunicacionales para la salud y su componente de atención y prestación de servicios, es clara la perspectiva intercultural que exige conocimiento y comprensión de la diversidad étnica, cultural, social y geográfica de la población indígena. De igual manera, genera mecanismos que apuntan al establecimiento de diálogos de saberes que permiten el reconocimiento de las prácticas tradicionales de promoción, prevención y curación de enfermedades. Coordinar las propuestas y los objetivos de la estrategia con las políticas de los actores locales, podría dinamizar todos y cada uno de los pasos de la estrategia.

Paso Dos: Definición de Categorías de Análisis

Establecer categorías de análisis supone un mayor conocimiento de la realidad de la población objetivo, debido al rigor metodológico que plantean con respecto a la información que se debe integrar en las mismas.

Recomendaciones Estratégicas

- Una propuesta estratégica en salud, debe responder a necesidades intrínsecas de la población. Esto implica presupuestar objetivos preliminares claros y precisos junto al objetivo

global que se espera lograr; por tal razón, las categorías de análisis deben responder a todos los posibles factores que afecten o influyan de manera directa o indirecta en el logro de los mismos. Desde el concepto COMBI nada se hace ni avanza, en tanto no se tenga un objetivo conductual preciso y específico. Concebido desde el análisis de problemas, factores de riesgo, fuerza de campo, cadena de cambios y desde la naturaleza de ser específico, medible, apropiado, razonable y para un tiempo establecido.

- Hacer referencia a salud en seres humanos va más allá de las conductas saludables, por ende se debe tener en cuenta todas las esferas del ser humano: física, mental, espiritual y cultural; esta última debe integrar los aspectos sociopolíticos de su contexto. En este orden de ideas, en el año 2011, se creó en la dirección de salud departamental, la Dependencia-POLÍTICA PÚBLICA-de SALUD INTERCULTURAL- con el fin de acompañar y fortalecer los modelos de salud indígena desde un enfoque intercultural de atención y prestación de los servicios de salud de cada territorio y para el reconocimiento e inclusión de los procesos que en este sentido tienen lugar en cada una de las Asociaciones de autoridades tradicionales indígenas – AATIS y de las Asociaciones de cabildos indígenas. Factor de conexión directa con los intereses del esquema de recomendaciones estratégicas previstas en el desarrollo del presente estudio.

- Es primordial incluir la esfera comunicacional como un elemento separado y no concomitante; por lo tanto, la comunicación debe tener un lugar primordial dentro de la estrategia; en este sentido cada estrategia se engranará a la luz del contexto comunicativo de la población objetivo.

- En coherencia con el punto anterior, para el caso de la población indígena Ticuna amerita especial atención el uso de la comunicación oral, más que la lecto-visual implementada en las estrategias de comunicación en salud. Es el idioma materno ticuna, una lengua aislada sin homologa dentro de las macrofamilias lingüísticas. Presenta dos dialectos sin que las marcadas diferencias entre sí interfieran para que sus hablantes se comuniquen y se entiendan. Desde la desarticulación de los complejos sistemas culturales de la etnia Ticuna, sucedió por muchos años la prohibición rotunda del uso del idioma nativo, tanto como la participación de los indígenas en sus rituales y fiestas tradicionales.

- Si se asume la estrategia como “un plan de conducta que involucra decisiones sobre cómo usar el poder y los recursos para alcanzar objetivos dados mediante acciones

ejecutoras” (Beltran, 1974, citado en Gumucio 2008, p. 154), es factible entonces afirmar que este estudio plantea una estrategia de comunicación como un conjunto de decisiones sobre quién, qué, a quién, para qué, cuándo y cómo comunicar, tal como se plantea en el capítulo de Revisión de la Literatura. Por lo tanto, se debe comunicar a los actores en salud locales, preferiblemente de la población indígena, acerca de las estrategias para abordar el tratamiento antituberculosis, a los indígenas Ticuna, para evitar el contagio y tratar la enfermedad, cuándo y cómo, siempre de manera articulada con el cronograma de la estrategia.

Como lo referencia Mosquera (2006), la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento, se constituye en predictor adherencia. La comunicación reciproca permite que tanto el personal de salud como el paciente formen parte del proceso. Paciente y comunidad se involucran en la planificación del propio tratamiento, lo que implica que el intercambio de información acerca de la enfermedad y su tratamiento sean claros y cifrados en términos del paciente.

Desde las anteriores consideraciones conviene estructurar como acción de lineamientos estratégicos, una capacitación continuada y fortalecida orientada a los líderes comunitarios y a la red de promotores y auxiliares indígenas como a los profesionales de la salud, para el abordaje de los contenidos, estrategias y mensajes a transmitir, compartir y difundir a la comunidad. a través de varias de las acciones de intervención de la comunicación desde actividades como la Abogacía y cabildeos, relaciones públicas, gestión, movilización social, mercadeo social, uso de medios masivos como la radio, carteles y afiches, otros electrónicos ,como la telefonía celular, correo electrónico, radiotelefonía de esporádica presencia en programas de salud y comunicación interpersonal. Todo ello desde la connotación de la interculturalidad. “Es importante diseñar un sistema de incentivos a favor de la búsqueda del sintomático respiratorio y la adherencia entre el personal de la salud complementándose con procesos de capacitación continua” (Mosquera, 2006).

Paso Tres: Investigación Formativa

Implica la primera inmersión al contexto bajo los lineamientos de los objetivos conductuales planteados por la estrategia, y una socialización continua de los resultados, para ir modificando la búsqueda si es necesario. La comunicación como transmisión de información, denota un proceso unidireccional que involucra solo transmisores. Como dialogo, asume un proceso bidireccional entre transmisores y receptores abiertos a un espacio comunicacional y

como cambio social, concierne a un proceso desde el dialogo de la comunidad y la acción colectiva para empoderar individuos y fortalecer de hecho, comunidades. Como proceso de cambio social la comunicación se torna efectiva en la formulación de recomendaciones estratégicas para la prevención y control de la tuberculosis. Esto es posible a partir de los resultados de la investigación formativa, la cual acerca a los modos de sentir, pensar y actuar de los individuos.

Recomendaciones Estratégicas

- El personal designado para esta fase de investigación formativa debe continuar en las fases subsiguientes, pues ellos han logrado un acercamiento cultural valioso al momento de agilizar tiempo en la implementación de la estrategia.
- El conocimiento obtenido en el paso uno (análisis situacional) en cuanto a lenguajes, cultura y facilitadores entre otros, debe guiar la valoración de los diferentes ambientes. Esto ahorra tiempo y esfuerzos.
- Ver los objetos conductuales a la luz de las categorías de análisis, permite moverse con mayor flexibilidad en la investigación formativa, lo cual no implica dejar de hacer una retroalimentación constante, y sí le da mayor autonomía al grupo de trabajo que está en campo.
- Se deben presentar y difundir de manera regular los resultados reconociendo la utilidad de los mismos para otras instancias del programa (Laboratorio, Epidemiología, Comunicación) etc., obteniendo igualmente una acción de retroalimentación en torno a la investigación formativa.
- Dejar de lado los supuestos con respecto a la comunidad objetivo, permitirá mantener una postura flexible y un ambiente empático al momento de la interacción con la población objetivo.

Paso Cuarto: Segmentación de Grupos

Su finalidad es llegar de manera más asertiva a la población, mediante la subdivisión de la población objetivo en grupos más pequeños que posean características en común, para mejorar y facilitar el desarrollo de la estrategia. El enfoque y acciones que se conciben en la presente propuesta comunicacional, aproxima las soluciones de estrategias para una población dispersa, con multiplicidad de componentes interculturales que involucran no solo aquellos de carácter étnico y territorial si no también la especificidad de lo “fronterizo” como lugar para vivir y que

obligan a la construcción de una estructura específica y multifactorial ,incluyente de todos los segmentos poblacionales indígenas, al tenor del tema de prevención como de solución de la TBC en los pueblos indígenas Ticuna del Amazonas colombiano.

Cabe resaltar que la conformación de los núcleos poblacionales de la referencia, connota características de sociedades pluriétnico y pluricultural. Hablamos entonces de comunicación en salud orientada mayoritariamente a grupos y personas de la etnia Ticuna, para otros indígenas no Ticuna que comparten territorio y modos de vida y para personas y grupos, no indígenas.

Recomendaciones

- Para este proceso se debe respetar cada una de las características afines que tenga la población; en la comunidad Ticuna tendrá especial importancia aquellas características de tipo cultural fusionadas en buena dosis a la composición intercultural como plataforma de manejo de las acciones de comunicación y medios.

- En coherencia con el punto anterior, y como se menciona en los resultados del primer objetivo, la dinámica cultural de la comunidad Ticuna propone como principal tomador de decisión, el chaman o medico tradicional, por lo cual la implementación de la estrategia, concibe una estructura piramidal, a partir de los chamanes, dado que estos actores sociales representan un vínculo primordial para acceder a la comunidad de enfermos como población objetivo. El médico tradicional adquiere un sitio importante en la comunidad con su acción de comunicación e interacción con lo sobrenatural, que lo hace respetado y temido.

- En este sentido, la segmentación de grupos deberá iniciar el trabajo con los chamanes, continuar con los actores de salud nativos, luego con los actores de salud locales y por último la comunidad. Solo a través de los tomadores de decisiones se garantiza una estrategia sostenible. Tanto Curacas, chamanes, Médicos tradicionales, parteras, promotores de salud voluntarios, Red de Promotores y auxiliares indígenas, Secretaría de Salud departamental, Organizaciones indígenas, Médicos, bacteriólogos, odontólogos y demás profesionales de la salud , maestros bilingües y Docentes, Madres FAMI del ICBF, la Iglesia, entre otros actores, integran un inventario de base para la adopción de un enfoque etno-intercultural de inmersión en redes sociales y redes comunitarias que desde el empoderamiento de los diálogos interpersonales y colectivos aboguen por la legitimación social y organizacional de la comunidad indígena, de real participación e intervención para el mejoramiento de tareas y acciones de la salud.

- Espacios y locaciones al interior de los asentamientos indígenas congregan indistintamente a los actores sociales. Es allí donde se construyen los lineamientos de trabajo, se programan reuniones y encuentros con propósitos definidos y de hecho para el presente estudio, dichos escenarios y espacios desde donde informar, se categorizan en la conformación de canales de comunicación para el abordaje de adherencia al tratamiento antituberculosis, desde una visión fundamentada en diagnósticos epidemiológicos interculturales, adecuando el capital humano para la movilización y comunicación social desde una óptica de acción participativa y de apoyo a la investigación sobre salud y comunicación con base en el conocimiento y análisis de las realidades en los diversos contextos de la población objetivo.

- Dado que hablamos de una implementación piramidal cada una de las esferas tiene diferentes necesidades a nivel de comunicación. Se debe evitar que los indígenas Ticuna sean simplemente objetos de un cambio de estado, es decir de un estado de enfermedad a un estado de salud, convirtiéndolos más bien, en personas y comunidades agentes de su propio cambio. Esta es una de las acciones pilares de la propuesta de capacitación del recurso humano para un mejor resultado en los procesos. Desde la comunicación como proceso, se mantendrán acciones continuadas de labor y acompañamientos permanentes desde el componente IEC con un nuevo enfoque etno-intercultural. Con ello, desde la participación de las autoridades tradicionales, por ejemplo, se promueve la sensibilización de los actores de salud tradicional, para que sean los primeros encargados de remitir al paciente ante el profesional de la salud o gestar también acciones concertadas, conjuntas y dialogadas, de aprendizajes y empoderamiento del desarrollo comunitario desde la participación activa de las autoridades en el componente salud.

Paso Cinco: Análisis Comunicacional

La dinámica y marco filosófico del enfoque estratégico COMBI, como modelo de comunicación efectiva para el cambio conductual en los individuos a través de la movilización social estratégica articulada con la comunicación social se propone como resultado la identificación de cambios medibles en conductas por parte de los sujetos. Igualmente, concibe y proporciona las bases para la formulación de estrategias y recomendaciones comunicacionales en el área de la salud pública en atención, prestación de servicios, y de modo particular para el favorecimiento de los propósitos de adhesión al tratamiento antituberculosis en la población indígena Ticuna.

Desde el análisis comunicacional quedan en evidencia aspectos de todo orden, culturales, sociales, psicológicos, logísticos y demás, presentes en la población objetivo y de modo directo en su contexto. Todo ello incide en la planificación, inspección, vigilancia y control de la salud y en las consideraciones referentes a comunicación y medios para la salud pública. En la implementación de una estrategia junto al plan operativo que la orienta es clara la perspectiva del modelo etno-intercultural de comunicación, el cual se recomienda sea diseñado desde el conocimiento y comprensión de la diversidad étnica, cultural, social y geográfica del universo indígena Ticuna. Al respecto se sugiere tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Contextualizar sus realidades desde los Planes de Vida, la organización social de sus grupos familiares o clanes como fuerza de expresión ancestral, los diálogos de saberes, la etno-educación, las acciones concertadas y de consenso con las autoridades tradicionales indígenas. Así mismo, desde sus cabildos como escenarios de reconocimiento de las prácticas tradicionales de promoción, prevención y curación de enfermedades.
- Conectar las diversas audiencias y grupos de actores sociales en sus variadas categorizaciones y dinámicas.
- Empoderar espacios y lugares geográficos, naturales y culturales, de esparcimiento comunitario y de carácter interinstitucional, inmersos en las comunidades como escenarios desde donde sea posible informar, educar y comunicar
- Referenciar y posicionar canales y medios de presencia en las comunidades.

Desde la referencia práctica, y con relación a la estrategia de comunicación y sus consabidas recomendaciones, lo anterior permite:

- Utilizar instrumentos como entrevistas semiestructuradas y observación no participante, para establecer formas y dinámicas de relación socio-cultural, que influyen positivamente en el desarrollo de la aplicación estratégica.
- Establecer vínculos clave, con los tomadores de decisiones para el desarrollo de un trabajo en conjunto al momento de implementar la estrategia. Condición posible desde postulados de respeto por el otro y sus diferencias y desde el reconocimiento de igualdad de condiciones, de jerarquía horizontal. Aquí el indígena Ticuna atribuye valor al tiempo de la sabiduría chamánica, donde la práctica ritual, une el conocimiento heredado y el aprendido. Todo ello para significar misión, ética, academia y desempeño en quien ostenta por carrera heredada, el título de médico tradicional.

- Las condiciones particulares de la comunidad indígena Ticuna, será el punto de partida para direccionar la estrategia de comunicación, En el tema de tuberculosis, un trabajo importante de conexión con las comunidades indígenas, es el fortalecimiento de una ruta de atención desde lo tradicional, articulado con la medicina occidental, de acuerdo a las prácticas culturales de los pueblos étnicos.

- Coordinar las propuestas y los objetivos de la estrategia, con las políticas de los actores locales, permite dinamizar todos y cada uno de los pasos de la estrategia.

- Trabajar con los canales y medios de comunicación existentes en la comunidad, favorece la sostenibilidad de la estrategia.

- Enfatizar a través de mensajes y conductas transmisibles mediante la comunicación interpersonal y los diálogos colectivos como razón de ser de la estrategia.

- En cuanto a la producción de los mensajes de adhesión al tratamiento antituberculosis, es necesario se destinen recursos humanos y financieros para la elaboración de materiales para tal fin, sean visuales, escritos, electrónicos o audiovisuales. Entendiendo éstos, como herramientas de apoyo en los procesos inherentes que exigen atención en tareas como su distribución, uso y evaluación. Atendiendo el nivel de efectividad y sobre todo el impacto de los mismos. Se hace necesario entonces, estimar recursos canalizados hacia las funciones de investigación y capacitación sobre el tema.

El modelo de estrategia de Comunicación para la Salud con particularidad para los procesos de la adherencia al tratamiento TBC, estructura su plan operativo de comunicación, sobre un marco filosófico de respuesta y adherencia dinámica y participativa de los actores sociales en el buen uso de la estrategia, desde la apropiación de un modelo etno-intercultural integral, cuyas actividades direccionan el cumplimiento del gran objetivo conductual.

Conceptual, operativa y metodológicamente compromete:

1. Frentes de trabajo colectivo, segmentado, interpersonal y particular de la sociedad en corresponsabilidad entre Estado, comunidad y Familia, así:

- Dirigencia y gobiernos locales (Alcaldes, Gobernadores, salud Departamental y municipal, Cabildos indígenas, Curacas, Organizaciones.

- Líderes y gestores comunitarios como la red de promotores y auxiliares indígenas de salud, re editores en terreno, chamanes, profesionales de la salud, médicos, enfermeras y articulación de otros enlaces visibles como la escuela, Hogares ICBF y Juntas Comunales.

- Pacientes, entorno familiar, chamanes comunidad indígena central y periférica.

2. Comunicación asertiva en los servicios de Salud, para el mejoramiento de las competencias de los proveedores para con los usuarios, fomentadas desde la base de la interrelación, el reconocimiento y aplicación de los saberes locales, para vivir mejor y no enfermar. Será entonces una comunicación integrada a los servicios y centrada en los sujetos o usuarios a nivel comunitario e institucional.

3. Información de contenidos y resultados promulgados a nivel comunitario, familiar y de promotores en la aplicación de acciones desde el comunicar, educar e informar como posibilidad para dirigir, gestionar y evaluar las diferentes iniciativas en la promoción de la salud, la prevención y control de las enfermedades. Desde la metodología COMBI y la planificación de acciones sostenidas de comunicación y movilización social, enmarca una formulación de interrogantes tales como: ¿Qué hacer, Con qué recursos y cuáles resultados? Así, la investigación formativa, posibilita establecer objetivos comportamentales e Integrar las acciones de comunicación con respecto a los grupos objeto, resultados comportamentales destacados, Monitoreo permanente del proceso y los alcances que registren los actores, hacia el logro de objetivos propuestos.

4. Acciones integradas de comunicación en salud: El plan operativo aplica de manera particular y articulada, así:

4.1 Abogacía, Gestión, Relaciones Publicas y Comunicación masiva; Permite el logro de apoyos, voluntad política y financiera, circunscritos a las estrategias mismas y sus beneficios. Como actividades para impactar, propone:

- Creación de una Red de Cooperación y Alianzas interinstitucionales para estructurar el dialogo entre los diversos actores, en torno al abordaje y el fortalecimiento de la estrategia DOST/TAS con la implementación de acciones desde la perspectiva sociocultural y tradicional del pueblo indígena ticuna.

- Las intervenciones de abogacías y medios masivos de comunicación estarán orientadas a despertar la conciencia pública acerca de la situación de la TBC en el departamento de Amazonas y desde la unidad como principio de esta acción que se torna a su vez democrática, se articulan los escenarios geográficos, naturales y culturales para el fluir en cuanto sea posible, de encuentros y asambleas corporativas al interior de las comunidades.

- Las intervenciones formularan debate, concertación y generación de sentido de pertenencia institucional frente a la realidad del estado de la cuestión de la salud hoy en contravía al bien ser, bien hacer, bien tener y bienestar ciudadanos. Estos escenarios abiertos al fortalecimiento y éxito de los procesos y estrategias interculturales que se propongan, promoverán un concepto corporativo desde una imagen y lema como componente de acciones estratégicas, con pertinencia cultural e idiomática del bilingüismo.

- La abogacía de medios recomienda implementar desde el recurso de medios masivos, la Radio. Como fuente, la oralidad para la lengua nativa ticuna y el idioma español, articularían el proceso donde instancias de gobiernos tanto nacionales como internacionales. OPS, OMS, ministerio de Educación, Ministerio de Cultura, serian convocados por Salud Departamental para la puesta en marcha de una estación radial de alcance y cubrimiento en todo el departamento. Situada en el trapecio Amazónico en punto intermedio para los municipios de Leticia y Puerto Nariño. La comunidad de Arara, asentamiento ticuna o la Inspección de Santa Sofía sobre el rio Amazonas, otorgan condiciones organizativas y de preservación y fortalecimiento étnico Ticuna que habilitan la implementación de esta estrategia de autogestión, desde los principios de autonomía, Administración y funcionamiento desde la comunidad con el acompañamiento de un comité multidisciplinario pertinente. La tradición y cultura indígena, compartirán en este esquema, con arraigo y sentido de pertenencia, la prevalencia del idioma nativo, importante en todo el proceso de comunicación, en la implementación del bilingüismo (Ticuna-Español) y en la pertinencia de Prácticas, Usos, costumbres y tradiciones de la cultura ancestral. La Radio para trabajar, mensajes, programas institucionales, capacitación, pedagogía y educación, Edu-entretenimiento.

4.2 Movilización social y Comunicación comunitaria: En atención a las condiciones particulares del Departamento de Amazonas, como región de características y desenvolvimientos heterogéneos, con relación a la promoción de Adherencia al tratamiento TBC, se propone como actividades para impactar:

- Adoptar un plan quinquenal o decenal de salud, incluyente de espacios y escenarios con intervención de Redes de actores sociales o re editores, (Iglesia, políticos, ONGs, Cabildos indígenas, Escuela, Líderes comunitarios, médicos tradicionales, Gobierno municipal con sus alcaldías y concejos municipales, gobiernos corregimentales, sector de servicios de Salud). Espacios todos que concentran usuarios reales y potenciales, paradesde las actividades

continuadas de comunicación comunitaria y movilización social, influenciar en las alianzas y la adopción de comportamientos colectivos y específicos.

- Constituir tres momentos anuales de capacitación desde los temas para el favorecimiento de los propósitos de adhesión al tratamiento antituberculosis en la población indígena Ticuna implementado desde la comunicación y medios. Estos momentos son: Momento institucional a nivel de instancias gubernamentales, con propósitos hacia las políticas y el sistema de salud en pro de mejorar el servicio. Momento clínico para capacitar en contenidos y mejorar habilidades y actitudes del personal en salud. Momento para actores sociales orientado al componente cognitivo y de las prácticas al interior de las familias y la comunidad.

4.3 Prácticas, seminarios, conversatorios, conferencias- talleres: Para socializar el problema de TB direccionan el proceso de los diálogos de la comunidad y la acción colectiva, para producir cambios sociales orientados al mejoramiento de los estándares de inmunidad y prevención de la enfermedad y sus consecuencias. El trabajo comunitario, obedece a incluir la captación de sintomáticos respiratorios sr, delimitando acciones de acercamiento conceptual a los pueblos étnicos y con médicos tradicionales, sabedores, promotores y pacientes en tratamiento y abandono, con el fin de reafirmar el papel de las autoridades tradicionales al interior de sus comunidades

4.4 Comunicación Interpersonal: Resulta de interés para impartir conocimientos, difusión de valores y normas, cambios comportamentales y en el estímulo del proceso de cambio social, hacia el bienestar y los estilos de vida saludable.

- Posicionar y empoderar las visitas domiciliarias. Optimizar esta actividad proveyendo la de materiales IEC ajustados a la recomendación de propuesta bilingüe para todas las herramientas de lectoescritura.

- Desde la comunicación interpersonal, proponer acciones que convoquen a la exploración y la reflexión en la obtención de nuevos resultados. El promotor o auxiliar de salud le compete desempeñar un papel más protagónico y de mayor actividad en el engranaje estratégico como parte vital en la expansión del capital humano que atiende las diferentes iniciativas en la promoción de la salud, la prevención y control de la Tuberculosis. Nada mejor que las personas de la misma etnia al momento de promocionar y divulgar los mensajes sean éstos hablados, visuales, escritos, o de otros formatos.

- Lograr por parte del equipo de profesionales de la salud y de los promotores, todo el bagaje de conocimiento de los contextos y entornos para un abordaje familiarizado de los propósitos. La capacitación sugerida como acción a lo largo de esta propuesta será integral y en lo comunicacional facilitará componentes para hacer del promotor y del profesional un coach en la dirigencia de comunicación en salud, ejercitando habilidades esenciales de sinergia y empatía, escucha activa y de habilidades para dar y recibir Feed-Back.

- Desde los medios impresos para contrarrestar la barrera idiomática y sea abordado este componente de manera fluida y directa, la estrategia propone junto a las demás actividades para impactar, el diseño de un diccionario bilingüe ticuna-español de terminología y contenidos al servicio del programa de adherencia al tratamiento TBC para suplir en parte, la necesidad de diálogos interpersonales directos, eficientes y más eficaces. Un trabajo de acompañamiento para que la actividad fluya con intervención de los líderes comunitarios.

4.5) Publicidad y Mercadeo: Esta acción contribuye a posicionar y empoderar en las audiencias objetivo de la intervención, todas las estrategias de la propuesta. El plan operativo como componente para definir la forma práctica de ejecución aborda la aplicación de técnicas, herramientas, apoyo y estructura coherente para mejores resultados de las actividades para impactar:

- La publicidad no será de intervención aislada exige especial atención en la producción de los materiales que la integran como también en los procesos de distribución y utilización de los mismos.

- La campaña publicitaria a impulsarse, como referente corporativo de identificación y marca, aborda una Imagen y lema sugerido desde la dinámica de etno-interculturalidad, y será resultado de la concertación e interacción de los actores sociales.

- Los medios deben ser validados para medir la eficacia comunicativa. En sus variadas composiciones se articularan a la estrategia los modos más efectivos para mensajes clave y de apoyo comunicados a través de varias formas visuales como vallas, afiches, pendones. Medios audiovisuales diferidos, otros impresos como cartillas y gacetas.

- Se propone desde la interacción de actividades para la promoción, información y comunicación de la estrategia, gestar redes estudiantiles de vigías de la salud, para un trabajo de apoyo en la comunidad desde el componente etno-educativo.

- La acción publicitaria demanda una activa labor en el proceso de comunicación siendo correspondiente al campo de mercados competitivos desde donde adquiere grandes desafíos en su significancia como generadora de cambio, productividad, rentabilidad, constructora de relaciones y entornos de confianza y lealtad.

4.6 Educación- lúdica y entretenimiento: Desde las actividades que conforman este rango de acciones integradas, se cautiva y persuade el relacionamiento intra e interpersonal de proveedor a usuario desde las prácticas de Edu-entretenimiento, las cuales favorecen las intervenciones colectivas, de comunicación comunitaria y movilización social para todas las iniciativas de promoción de la salud, la prevención y control de las enfermedades. Se subrayan como actividades para impactar:

- Inclusión de actividades fundamentadas en expresiones artísticas y de la cultura popular y tradicional coordinadas por vigías de la salud, Red de Promotores y Auxiliares, Comité intersectorial de comunicación. Participación en actividades programadas por las autoridades indígenas o de manera particular por integrantes de la comunidad tales como fiestas tradicionales, jornadas artísticas, deportivas y culturales

- Diseñar un calendario de efemérides y celebraciones (Tardes deportivas, frutos y cosechas, concursos, jornadas, brigadas de salud y conversatorios de tradición oral) ajustado a los espacios de mayor concentración de la comunidad o desde instancias reeditoras como la escuela y juntas comunales, para propiciar la organización, convocatoria y desarrollo de estas jornadas de motivación, encuentro y capacitación.

- Producción de materiales con atributos de la dimensión cosmogónica, de los saberes tradicionales en el campo de la medicina, de la organización social, de los roles y actividades, fomentando recursos de entretenimiento y pedagogía apto para niños y jóvenes, plataforma para acercamientos con abuelos y comunidad que no maneja el componente de lectoescritura. Juegos como loterías, naipes, y similares mediante un diseño, validación de materiales, ajustes didácticos y metodológicos, articulan por su componente ,un buen transito para llegar al propósito de promoción de las practicas clave y contenidos de interés con relación a los mensajes de recepción por parte de la comunidad

5. Otros Aspectos estratégicos

5.1 Capital humano al servicio de la estrategia: Integrar al equipo base de componente clínico y de trabajo con la Red de Promotores y Auxiliares indígenas, un experto en

comunicación social para alentar la dinámica y darle la estructura y enfoque necesarios en la implementación de los apoyos de comunicación estratégica y real sentido al postulado de enfoque etno-intercultural. Para avanzar en las comunidades acciones de pertinencia con su rol. No solo para producir y trabajar los materiales o productos IEC para publicitar el proceso de adherencia al tratamiento antituberculosis, sino asistir al flujo de compromisos para impactar cautivar y consolidar desde las estrategias de comunicación y sus medios, mejores resultados en los objetivos que alienta el proyecto de adherencia.

5.2 Correlación Estado-Comunidad-Familia “Fusión y adaptabilidad entre el sistema de salud Pública y el grupo étnico Ticuna”: Las intervenciones de Abogacía y de movilización social en el contexto de la estrategia, actúan como punto de partida para una vez fundamentada la intención etno-intercultural del modelo, trabajar en cercanía con las instituciones que desarrollan programas de salud, en acercamientos posibles para con cada comunidad, en la formulación y construcción de propuestas de entendimiento interdependientes desde lo social, educativo y cultural, que impacte el espíritu de la norma hacia un nuevo modelo constitucional propositivo que potencialice lo auténtico de las comunidades en favorecimiento de la salud pública estatal.

Desde la anterior referencia, el bilingüismo será un componente de etno-desarrollo que parte de una relación horizontal entre el estado y la comunidad indígena Ticuna para en lo político, reconocer el poderío de las autoridades tradicionales y en lo social, fortalecer la cultura y los procesos de sociabilización endógena. El conocimiento de la realidad cultural y de otros entornos, son insumos básicos en la construcción del mejoramiento de las relaciones entre el Estado y los integrantes de grupos étnicos en el desarrollo de propuestas y rutas de atención diferencial llamadas a promover el respeto a la identidad y la cultura. El departamento de Amazonas desde la dirección de Salud Departamental, avanza en su actual Modelo de Salud Indígena, en fase de implementación, Avalado y reconocido por el Ministerio de Salud y Protección Social, desde el año 2010.

5.3 Campos de trabajo en la Comunicación “Interacciones de prácticas y saberes desde contextos educativo, social y cultural para la promoción de adherencia al tratamiento TBC”:

- *Una mirada desde la óptica de la medicina alternativa:* Milenariamente las sociedades indígenas han desarrollado conocimientos, prácticas, saberes en los procesos de salud integral. Tanto promoción, como prevención y atención de la enfermedad, garantizan acceso a las prácticas y saberes culturales con criterios de pluralismo médico,

complementariedad terapéutica e interculturalidad. En concordancia con la ley 691 de 2001 se hace necesario fortalecer procesos estructurados sobre la base Etno cultural para el abordaje por ejemplo de la medicina tradicional y la medicina occidental o alopática así denominada por nuestros indígenas.

Desde esta acción se articulan las diversas expresiones de los modos de comunicar y mediar para el alcance de resultados más favorables en la campaña o programa de salud. A través de la comunicación interpersonal, grupal, presencia de medios masivos, Edu-entretención y las demás indicadas en el presente estudio. Mosquera (2006), reconfirma lo imprescindible para los buenos resultados de adherencia, los diálogos y comunicación recíproca personal salud-paciente y más allá de los resultados, concluye ello en satisfacción y sensación de bienestar del paciente y en el uso apropiado y por consiguiente, mejorado de los recursos del sistema de salud.

- Soberanía Alimentaria como práctica de estilos de vida saludable para el bien ser, bien hacer y bienestar ciudadano: Para los años 2004-2008 y siguientes, los indicadores nutricionales inciden en porcentajes graves de estados de desnutrición aguda y crónica de la población indígena del Amazonas. Para una población general aproximada de 75.000 habitantes, la TBC, inclusive secuelas de esta enfermedad, corresponde a una de las causas principales de mortalidad. La red pública, no satisface la demanda de los servicios de salud, de la oferta en talento humano y de la capacidad instalada en puestos y centros de salud con cubrimiento y oportunidad de atención para toda la jurisdicción territorial en el departamento.

En cuanto al tema de la prevención desde el desarrollo de las prácticas saludables para el mejoramiento de estándares con respecto al sistema inmunológico y prevención de enfermedades, el tema de la nutrición y alimentación como referente obligado, es importante para la población que padece de tuberculosis. Esta debe conocer sobre el aprovechamiento de los productos regionales disponibles y que con una práctica continua, accedan a consumirlos y evidenciar su valor nutricional y la recuperación de la salud; de otro lado, fortalezcan los hábitos alimentarios, rescaten valores tradicionales y se asuma una cultura renovada en alimentación y nutrición para este caso específico, como la mejor medicina alternativa y preventiva para disfrutar verdadera calidad de vida. Desde la cocina nativa y los alimentos autóctonos, se aboga por procesos de crecimiento interpersonal y para la salud integral del individuo, la naturaleza, la

sociedad, la familia y el entorno de ecosistemas, mediante encuentros, seminarios y talleres teórico-prácticos en un plan quinquenal o decenal de etno-interculturalidad para Salud.

Programas y prácticas tendientes a capacitar, educar y potencializar actores sociales a nivel de familia, estado y comunidad son necesarios para el rescate de los alimentos autóctonos ancestrales de alto valor biológico y nutricional, promoviendo su uso y consumo mediante la reeducación de las familias en este aspecto, fomentando la recuperación también de valores autóctonos tradicionales que contribuyan a revalidar la identidad cultural de los habitantes con su región, generando lazos de autosuficiencia y seguridad alimentaria básica. Con la capacitación permanente mediante talleres teórico- prácticos dirigidos a actores sociales y comunidad en condición de facilitadores de procesos, se propende por el derecho fundamental a una alimentación sana y a la igualdad de oportunidades.

A través de los talleres de Formación de Facilitadores en cultura Alimentaria Nativa, como semillero de este accionar se fortalece el rescate de alimentos autóctonos regionales en un marco de aplicación de los saberes locales que permiten reconocer la diversidad y heterogeneidad étnica y cultural del país, se trabaja sobre el aprovechamiento de diversos recursos alimentarios que disponemos en el medio amazónico, reorientando su consumo y potencial económico, social y político. Tendencias y maneras de balancear la alimentación con lo que proporciona el medio, será entonces, una labor de generación de sentido de pertenencia y compromiso de agentes promotores de cambio al servicio de los procesos de autosuficiencia, seguridad alimentaria básica y salud integral preventiva a través de la nutrición en un ejercicio de acompañamiento, de logros y resultados en los planes y programas del área de la salud, en términos de eficiencia, efectividad y calidad.

Paso Seis: Establecer un Sistema de Monitoreo

Este ítem hace referencia a un sistema de evaluación continua que permita ver el avance de la estrategia y a la vez hacer los cambios que se requieren en el proceso. El sistema de monitoreo debe estar estructurado de tal forma, que permita hacer una evaluación en tiempo real de las actividades realizadas frente a las proyectadas por la estrategia.

Recomendaciones Estratégicas

- Se reitera la necesidad de que el equipo de trabajo sea el mismo de principio a fin, pues a este punto, el nivel de empatía entre la población objetivo y el investigador, será la clave

que para que la información como viabilidad de las propuestas, afinidad con los materiales, empoderamiento de los comportamientos entre otros, surjan con naturalidad.

- En una primera fase de la estrategia, el equipo de trabajo deberá realizar reuniones periódicas de carácter semanal o programar los encuentros para máximo cada quince días, de acuerdo a las dificultades de acceso geográfico de cada una de las zonas poblacionales. Esto permite mantener al equipo al tanto de la experiencia de todos los compañeros en cada una de las zonas de trabajo o en cada subgrupo, además de poder solventar de manera conjunta los posibles inconvenientes que se presenten.

Es de vital importancia mantener contacto con la comunidad cuando ya se ha pasado a un segundo nivel de la estrategia, esto se podría dar mediante los actores en salud locales, quienes pueden observar el desarrollo de la estrategia y en especial si los comportamientos propuestos se mantienen luego que el equipo de trabajo no esté presente. De igual forma, el apoyo y compromiso de estos actores locales en salud, serán de gran utilidad para mantener viva la necesidad de asumir el comportamiento y para que este comportamiento trascienda la estrategia y se convierta en hábito.

Es recomendable, establecer sistemas para administrar y compartir información. El intercambio y flujo de ésta entre los diversos actores componentes de la estrategia, es clave para la toma de decisiones. La recolección de información a lo largo del proceso de implementación y desarrollo de la estrategia, será de condición permanente.

- La estrategia debe contemplar de una a tres visitas adicionales, en las cuales el equipo de trabajo pueda evaluar el éxito de la misma, y tener la posibilidad de reforzar si es necesario algo que con el tiempo se haya olvidado u omitido por la comunidad.

- Es de vital importancia que la comunidad perciba que lo que se está evaluando es la estrategia y no a ellos, de lo contrario se puede presentar resistencia al cambio. En el sistema de seguimiento o monitoreo, el enfoque estaría dado por ejemplo, por la adopción de la conducta y no por la presencia de la TBC.

- Un sistema de monitoreo debe estar abierto a que se realicen cambios en la estrategia o parte de ellas, pues aunque se procure planear todo con suma cautela, el factor imprevisto puede aparecer, ante lo cual la adaptación de la nueva dinámica debe ser ágil.

Dado que es importante evaluar los resultados de intervenciones en comunicación, el seguimiento y monitoreo debe ser adecuado y oportuno frente a las actividades protagonizadas,

evaluándose la eficiencia y desde los resultados, evaluándose la eficacia y efectividad de la intervención. En toda la orientación de esta dinámica y complemento de la estrategia COMBI para quienes ejercen acciones de seguimiento y monitoreo, se debe considerar la capacitación y practica para reforzar las habilidades comunicacionales y de gestión, como garantía de un pleno desarrollo en la formulación de objetivos conductuales, en planificar, administrar ejecutar y monitorear la estrategia para garantizar así, la sostenibilidad de la misma.

Paso Siete: Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico.

Una estrategia de comunicación a cualquier nivel, requiere la puesta en escena de los elementos que la integran, de tal manera que se pueda analizar la viabilidad y pertinencia de los mismos. A tiempo, este paso permite reevaluar el plan estratégico proyectando, incrementando sus probabilidades de éxito en la comunidad objetivo.

Recomendaciones Estratégicas

- La prueba piloto debe cumplir con los mismos estándares de calidad en su aplicación, que si se tratara de la puesta en escena de la estrategia en pleno. Esto le dará mayor fiabilidad a los resultados obtenidos.
- Pese a la rigurosidad de todo el proceso en la elaboración de la estrategia, es posible que al final con la prueba piloto, muchas cosas queden reevaluadas. Se debe asumir con ética y responsabilidad, el trabajo que esto implica, siempre bajo la premisa de brindar el mejor resultado a la comunidad objetivo.
- Articular el plan estratégico, con los resultados de la prueba piloto y mantener una postura laxa con respecto a los posibles cambios que se gesten en el desarrollo de la estrategia en sí.

Conclusiones

Una estrategia general de comunicación para el contexto indígena Ticuna, ubicada en el marco de una estrategia de adhesión al tratamiento antituberculosis, no puede ser formulada en el vacío sino que debe provenir necesariamente de una estrategia de desarrollo estatal y coordinarse con ella, lo que implica para el caso del Amazonas colombiano un replanteamiento de la estrategia. Por ejemplo, la asociación realizada por los indígenas del concepto salud-enfermedad con las emociones alegría-tristeza, son el punto de partida para comprender cómo funcionan las dinámicas de salud en la comunidad; un toque de mitología mezclado con alopátia en una lucha invisible por mantener lo que se considera válido y viable. En este contexto, algunos aspectos culturales se arraigan con fuerza como la oralidad, lo que pone en evidencia el fracaso de las estrategias de comunicación externa al contexto local, esencialmente visual y textual, usada hasta el momento en la temática de tuberculosis. De un modo no menos importante se afirma la comunicación interpersonal como una estrategia exitosa incluyente de diferentes actores del proceso del tratamiento.

Se concluye entonces que debe existir de manera paralela al proceso un cambio en la forma de asumir el problema por parte de los actores externos encargados de apoyar todo el proceso. El estigma que tradicionalmente produce una enfermedad como la tuberculosis, en la población objetivo es inexistente debido a factores culturales que promueven la unidad no solo familiar sino también comunitaria. Sin embargo, y en contra posición a esto, el personal salud que viene de fuera, y que son los llamados a propender por el diagnóstico de la TBC, inicio y buen término del tratamiento para la misma, se convierten por sus condiciones de fluctuación laboral y preparación netamente técnica en uno de los factores para no iniciar o dar por terminado el tratamiento antes de lo proyectado. Ante ello, se propone que se fortalezcan los procesos de formación y contextualización de los enfoques comunitarios en donde se trabaja.

Ante este planteamiento es posible inferir dos situaciones concretas: 1. Cualquier intento de intervención que no se fundamente en la oralidad y no vaya de la mano con los actores locales (shamanes, médicos tradicionales, curacas y brujos), tendrá pocas posibilidades de éxito y aun menos de apropiación y sostenibilidad en el tiempo. 2. A pesar de que la realidad de la movilidad de los actores en salud externos no es posible de controlar y por ende de transformar, su conocimiento intercultural sobre la comunidad indígena Ticuna si es susceptible de mejora, lo que sin duda alguna, redundará significativamente en la intervención en salud. Prueba de ello es

el éxito de los actores de salud locales frente al mismo ejercicio. Esto indica, que el personal de la salud externo o alopático, que rota de manera permanente puede mejorar su desempeño con corto entrenamiento previo sobre la realidad cultural indígena.

Debemos entender, entonces, la dinámica social de la comunidad indígena Ticuna como una estructura jerárquica fuera del esquema piramidal, donde el poder del líder en salud está determinado no por su rol laboral, sino por su potencia comunicativa a todo nivel y por su tradición en la acción social. Es así como el ciclo de la búsqueda de salud siempre estará mediado por la consulta tradicional previa a la consulta alopática, por tanto incluir al médico tradicional, curaca y/o shaman no es una opción negociable dentro de la estrategia de comunicación en salud.

Otro aspecto está relacionado con el manejo de la disposición geográfica de la zona por parte de los promotores locales de salud. Para mejorar en este factor, es evidente que se requiere voluntad política regional y apoyo logístico por parte de otros actores públicos y privados, con el fin de hacer sostenible el manejo de los desplazamientos para la aplicación del tratamiento antituberculosis. La condición de vulnerabilidad de la población objetivo pone aun más en evidencia esta necesidad; las condiciones económicas de los indígenas son muy precarias y si el tratamiento no va a ellos difícilmente ellos irán hacia el tratamiento. Migración de las comunidades, desnutrición de los pacientes, brecha cultural, hacinamiento, entre otras son obstáculos característicos de este tipo de población que deberán estar siempre presente en la mente del creador de la estrategia.

En conclusión, cualquier estrategia de comunicación a nivel salud debe tener en cuenta las audiencias y canales de comunicación presentes en la población objetivo, pues sólo a través de éstas se podrán articular las estrategias para garantizar la apropiación de los comportamientos saludables. Teniendo en cuenta que la población Ticuna no dispone de los canales masivos de comunicación (brecha tecnológica evidente entre los mismos corregimientos de la amazonia), y que las audiencias descritas a lo largo de este estudio mantienen una dinámica de relación de cohesión eminentemente cultural, se hace necesario, reafirmar la oralidad como factor esencial de comunicación.

Sobre la base del hecho que el idioma tradicional Ticuna presenta infinidad de variaciones influyentes en los significados de una misma palabra, se hace evidente que es imposible pensar un mensaje universal desde su idioma tradicional. Esto implica que los

mensajes radiofónicos, aunque más viables por su contenido oral, pueden verse afectados por el mismo fenómeno de los códigos locales en este caso semánticos. Más allá de las palabras, de los productos de comunicación masivos, de las intenciones de los estrategas al tratar de llegar a la mayor cantidad de población posible en la intervención, prima la realidad de la comunidad indígena Ticuna y la necesidad epidemiológica y ética que tenemos de derrotar la enfermedad, es por eso que este estudio apuesta por la comunicación interpersonal, por la inversión en la población local y la promoción de lo alopático a través del rescate de lo tradicional: la oralidad.

Bibliografía

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Disponible en <http://people.umass.edu/aizen/index.html>
- Ajzen, I & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall.
- Alayon, A. N. (2006). Control metabólico y factores biopsicológicos y socioeconómicos de adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, usuarios de Coomeva, sede Manga, Cartagena. Tesis de Maestría para optar al título de Magíster en Desarrollo Social. Corporación Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- Alcázar, P. & Villamizar, C. (2006). Barranquilla: En busca de las agendas perdidas. *Revista Investigación y Desarrollo*, 14, 372-389.
- Alfaro, R. M. (2006). Sin comunicación no hay desarrollo. *Son de Tambora*, 152. Disponible en: http://www.comminit.com/es/la/drum_beat_152.html
- Álvarez-Gordillo, G, Álvarez-Gordillo, F. Dorantes-Jiménez, J y Halperin-Frisch D. (2000). Percepción prácticas y relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, Méjico. *Salud Publica Mex*, 42 (6), 520-528
- Ariza, E., Ramírez, M. C. y Vega, L. (1998). *Atlas Cultural de la Amazonía Colombiana. La construcción del territorio en el siglo XX. En Pueblos indígenas en Colombia.* (p. 89-92). (Ed.). Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- Barba, R. (2004). Tuberculosis y SIDA: una asociación muy frecuente. *Revista electrónica el mundo.es*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/07/30/hepatitissida/1091189044.html>
- Broekmans, J. y Paluzzi, J. E. (2004). Millennium Project: Informe provisional del grupo de trabajo en tuberculosis del grupo de acción 5. Resumen ejecutivo. Disponible en: <http://portal.onu.org.do/contenidos/archivos/Tuberculosis.%20Informe%20Provisional%20Proyecto%20del%20Milenio.pdf>
- Cáceres, F. M. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Revista MedUnab*, 7 (21), 172. Disponible en: http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r721_rt_c2.pdf
- Cadavid, B. A. (2006). ¿Qué comunicación para garantizar nuestros derechos en salud?

- En Ponencia presentada al congreso mundial de comunicación para el desarrollo. Octubre 25-27 de 2006. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana – Facultad de Comunicación y Lenguaje.
- Capra, F. (1988). *El giro decisivo*. Barcelona: Integral.
- Chen, P. F. (2006). *Planning behaviour change communication (BCC). interventions: A Practical handbook*. Bangkok, Thailand: UNFPA Country Technical Services. Team for East and South-East Asia
- Cifuentes, A. (1986). Grupos Indígenas del Trapecio Amazónico. *Revista Ethnia*, 64. Editada por el centro antropológico colombiano de Bogotá.
- Coe, G. A. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Revista Chasqui*, 63. <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>
- De la Cruz, A. (2004). Tuberculosis y afectividad. *Rev Cubana Med Trop*, 56 (3), 214-218
- Dever, A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Edición OPS-OMS.
- Escandón, S. P. y Arango, E. (2008). Estrategia de comunicación y movilización social, para el fortalecimiento del programa DOTS/TAS en comunidades indígenas, con énfasis en detección temprana de sintomáticos respiratorios. .
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*, 10. Departamento de Antropología de la Universidad de Chile. <http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>
- García, J. (2004) Comunicación, calidad de vida y evaluación en programas de salud. *Revista Razón y palabra*, 40. Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n40/jgarcia.html>
- Gobernación del Amazonas. Plan de desarrollo, 2005-2007.
- Gómez L. A. J., Sotomayor, T. H. A. y Lesmes, P. A. C. (2000). *Amazonia colombiana: Enfermedades y epidemias. Un estudio de bioantropología histórica*. Bogotá: Ministerio de Cultura.
- Gumucio, D. A. (2002). *Haciendo olas: Historias de comunicación participativa para el cambio social*. Informe para la fundación Rockefeller. Tomado de La iniciativa de comunicación, en: <http://www.comminit.com/es/node/150011>
- Hanley, S. (1994). La tuberculosis y el SIDA. *Revista Paso a Paso*, 19.

- Healthy People (2010). Comprehensive, nationwide health promotion and disease prevention agenda. *Understanding and Improving Health*, 1. Disponible en: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED443795.pdf>
- Hunt, P. (2009). Neglected diseases: A human rights analysis. World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, *Special topics in social, economic and behavioural research report series*,. 6. TDR/SDR/SEB/ST/07.2. Accesible online: <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/tdr-research-publications/neglected-diseases-human-right-analysis>
- Krohling, C. (2000). Comunicação nos movimentos populares: A participação na construção da cidadania. Brasil. Voces.
- Lloyd L. y Parks, W (2003). Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y control del dengue. Guía paso a paso. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Ginebra.
- Macias-Chapula, C. (2005). Hacia un modelo de comunicación en salud pública en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, 18(6), 427-38.
- Martiniano, J. L., y García-Campayo (2004). Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Madrid: Semergen – Novartis.
- Ministerio de Ciência e Tecnologia (2001). Magüta AriüInü. Jogo de Memória – Pensamento M'agüta. CD-ROM. Brasil.
- Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud INS, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional CIDA. Organización Panamericana de la Salud OPS / Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). Experiencia en Colombia de la estrategia DOTS/TAS para el manejo de la tuberculosis en pueblos indígenas ubicados en los departamentos del Amazonas, Cesar, Nariño, Guainía, Guaviare, la Guajira y Vichada. Bogotá. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/tuberculosis.pdf>
- Ministerio de la Protección Social – Instituto Nacional de Salud. Protocolos de tuberculosis. (2007). Versión actualizada. Disponible en Internet: http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo_12dic2006_TBC_2007.pdf

- Mosquera, M. (2003). Comunicación en salud: Conceptos teorías y experiencias. En La Iniciativa de Comunicación desde el 12 de Diciembre de 2002 Actualizado el 23 de Julio de 2003. Disponible en <http://www.comminit.com/es/node/150400>
- Mosquera, M. (2006). Estudio sobre no adherencia al tratamiento antituberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas colombiano. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Mosquera, M., Soto, E., Tuesca, R., y Garcia, L. (2007). Concepciones y prácticas frente a la tuberculosis de la etnia Ticuna en el departamento del Amazonas. Universidad del Norte. Barranquilla: Organización Panamericana de la Salud.
- Navarro, L. (2008). Aproximación a la comunicación social desde el paradigma crítico: Una mirada a la comunicación afirmadora de la diferencia. *Revista Investigación y Desarrollo*, 16. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/16-df
- Neira, R. J. (n.d.). Imágenes históricas de la medicina peruana. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/Ima_Histo_Med_Per/Cap_1.htm
- Obregón, R., Mosquera, M. Loyd, L. & Orozco, M. (2006). Comunicación, participación y movilización: impacto de una comunicación comunitaria para la prevención y el control de la trasmisión de la fiebre del dengue. *Revista Quorum Académico*, 1, 11-33.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Control mundial de la tuberculosis. Resultados Iniciales. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/key_findings/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2006). Estrategia alto tuberculosis. Stop TB partnership. Disponible en: www.who.int/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Avances en el control de la tuberculosis en la región de las Américas: 1995-2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-bol-2004-7-1-feb.pdf>
- OPS 2004. Situación Epidemiológica de la Tuberculosis. Regios de las Americas: 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=6432>
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (1997). Comunicación y salud. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0606.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (2005). Taller sobre planeamiento de comunicación para control de la tuberculosis en las Américas. (Cochabamba, Bolivia, 6–7 octubre 2005; preparado por Silvio Waisbord, Academia para el Desarrollo Educativo (AED).
- Perafán, S. C. C. y Azcárate, G. L. J. (2002). Sistemas Jurídicos Uitoto, Yukpa, U'wa y Ticuna. Ministerio de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología e Historia y Conciencias. Bogotá.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C.C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Restrepo, L C, (2002, Mayo 10). *Magazín Dominical El Espectador*, .5.
- Reyes, C. A., Díaz, J. M. y Pérez, R. A. (2004). Tuberculosis y SIDA: algunos aspectos clínicos y epidemiológicos en 72 enfermos cubanos. *Revista Cubana MedTrop*. [online]. 56 (1), 35-41. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602004000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0375-0760.
- Rodríguez, C. (2002). Lo que le vamos quitando a la guerra: Medios ciudadanos en contextos de conflicto armado en Colombia. University of Oklahoma. Centro de Competencia en Comunicación para América Latina. Friedrich Ebert Stiftung. Disponible en: http://www.c3fes.net/docs/presentacion_introduccion_quitandoguerra.pdf
- Rodríguez, R. A. (1996). Medicina tradicional. Fusagasuga: Ministerio de Educación Nacional, Programa Fondo Amazónico, Coordinación de Educación del Amazonas, Fundación Caminos de Identidad.
- Rodríguez, C., Obregón, R., & Vega, J. (2002). Estrategias de comunicación para el cambio social. Quito: Friedrich Elbert Stiftung.
- Roncoli, C. (2006). Ethnographic and participatory approaches to research on farmers' responses to climate predictions. *Climate Research.Clim*, 33, 81-99.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education and Behavior*, 15 (2), 175- 183.
- Salas, P., y Chamizo, H. A. (2002). Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. *Rev. cienc. adm. financ. segur Soc*, 10 (1).
- Salleras, L. (1985). Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.

- Triana, Y. A. J. y Guzmán, V. J. M. (2000).). Adecuación técnica y sociocultural de las políticas y programas oficiales en TBC con comunidades indígenas. Cauca, Colombia.
- Vega, J. (2006). Cuentos ciudadanos: Desarrollo de competencias ciudadanas y reconstrucción de imaginarios de ciudad y ciudadanía, a través del periodismo escolar. *Revista Investigación y Desarrollo*, 14, 330-351.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J., & Sutton, S.R. (1998). Stages theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 290-299.
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals. The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.
- World Health Organization (2009). Global atlas. Total Cases Colombia. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=752&Itemid=469
- World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion: An international conference on health promotion. WHO/Health and Welfare Canada/Canadian Public Health Association. Ottawa.
- World Health Organization (n.d.). Tuberculosis. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>

		1gr	250mg		250mg	Tableta 100mg	+ Isoniazida (R300-H- 150mg)
PESO							
30 - 37kg	2	½	1 ½	2	1 ½		2
38 – 54kg	3	½	2	3	2	2	2
55 – 70kg	4	1	2 ½	4	2 ½	3	2
71kg o mas	5	1	3	5	3	5	2

1. TAES: Los cuadros representan el esquema farmacológico utilizado en el tratamiento de la Tuberculosis, según el caso. (OMS, 2007).

Apéndice B. Factores de intervención negativa

ASOCIADOS A LA REFORMA	NO ASOCIADOS A LA REFORMA PERO QUE LA AFECTAN
Falta de entrenamiento de personal en nuevo sistema.	Conflicto armado (contribuyendo a bajas coberturas y aumento de desplazados).
Demora de emisión de documentos técnicos esenciales, por lo que hay poca información disponible.	Desplazamiento de poblaciones por el conflicto (limitando la afiliación al seguro).
Favorece liderazgo de actores privados estimulando la creación de EPS privadas y pocas públicas.	Intereses partidarios de políticos (potencialmente en conflicto con prioridades de salud pública).
Debilitamiento de acciones colectivas resultando en bajas coberturas.	Reformas laborales (austeridad fiscal), con despidos de personal calificado.
Ausencia de sistema de control de calidad para acciones colectivas.	Personal de salud con entrenamiento en anterior sistema de salud (falta de conocimientos y habilidades sobre cómo usar mejor el nuevo sistema).
Confusión de actividades colectivas entre entidades privadas (EPS, ARS) con el PAB.	Problemas de diseño del SISBEN, en su aplicación y seguimiento.
Poca educación al usuario (comunidad) sobre sus derechos y deberes en el nuevo sistema.	
Ahorro de gastos por administradores afecta la integralidad de servicio al usuario.	
Debilidad de liderazgo de las Secretarías de Salud.	
Información importante no llega a la Secretaría Municipal (quien tiene que tomar las decisiones) sino va a la Secretaría Departamental.	

2. Factores preponderantes del contexto colombiano, cuya incidencia negativa afecta el normal desarrollo de las competencias municipales predispuestas por la reforma del 95 (Ayala, 2004).

Apéndice C. Esquema de modelación de conductas por medio de información, educación y comunicación

Funciones	Propósitos a que sirven	Canales que usualmente emplean	Públicos a que se dirigen	Principales competencias a que se dirigen
Información	Crear un clima general propicio. Divulgar conocimientos. Fijar actitudes	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Teléfonos. Correos.	General. Líderes de opinión. Forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo.	Periodismo. Publicidad. Relaciones públicas. Encuestas de opinión. Mercadeo social.
Educación	Impartir orientaciones y destrezas.	Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula.	Maestros. Estudiantes de primaria y secundaria. Estudiantes de universidades e institutos de salud. Funcionarios del sector salud.	Pedagogía. Psicología educativa. Técnicas de contacto individual. Dinámicas de grupo.
Comunicación	Divulgar conocimientos. Forjar actitudes. Inducir prácticas.	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Recursos de contacto interpersonal y presencial fuera del aula y no formal.	Individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas.	Principios de comunicación para el desarrollo. Técnicas de contacto individual, de grupos y de masas. Antropología cultural. Psicología social.

3. Esquema en el cual, se deben basar los programas de promoción en salud pública, integrados por comunicación social. (Beltrán, 1997)

Apéndice D. Preguntas guía para recolección de datos investigaciones base

Investigación No. 1. Estudio Sobre no Adherencia al Tratamiento Anti-Tuberculosis en Comunidades Indígenas Ticuna en el Departamento del Amazonas Colombia.

Entrevistas a profundidad:

Entrevista 01	
Áreas	-Alcalde / Secretario de Gobierno / Secretario de Planeacion
	-Funcionario de asuntos indígenas
Política Publica: Inclusión de la problemática en la agenda publica	1. Cómo valora usted el problema de la morbi-mortalidad por Tuberculosis en las comunidades indígenas del Departamento?
	2. Cómo se aborda el tema de la tuberculosis y de otras enfermedades inmunoprevenibles en el Plan de Desarrollo de la presente administración?
	3. Existen específicamente programas o proyectos para el tratamiento de enfermedades inmunoprevenibles en comunidades indígenas, si han existido, como ha sido la experiencia: dificultades / fortalezas
	4. A su juicio, existen factores sociales, económicos, culturales, políticos y/o administrativos que dificulten el tratamiento de estas enfermedades en poblaciones indígenas del depto?, explique.
	4.1 Qué estrategias o acciones se han adelantado para superar estas barreras en el tratamiento de las enfermedades inmunoprevenibles, -en particular de la tb- en las comunidades indígenas de su jurisdicción?
Política sectorial: Acceso y Cobertura	5. Cómo es el acceso de las comunidades indígenas a los servicios subsidiados de salud?
Política Publica: Inclusión de la problemática en la agenda publica	6. Cómo es la relación del gobierno local con las organizaciones indígenas existentes en el departamento: comunicación, confianza, colaboración.
	7. Cuál cree usted que es el papel de las instituciones en el tratamiento de enfermedades inmunoprevenibles y en particular de la TB en las comunidades indígenas
	8. Recomendaciones para mejorar el tratamiento de enfermedades inmunoprevenibles, especialmente de la TB, en las comunidades indígenas

Entrevista 02	
Áreas	-Promotor de salud

Política Pública, Política Sectorial: Inclusión de la problemática en la agenda pública Adaptación de programas y proyectos a condiciones socio culturales particulares de las comunidades	1. Cómo valora usted el problema de la morbi-mortalidad por Tuberculosis en las comunidades indígenas del Departamento / Municipio?
	2. Qué programas o proyectos se han implementado para el tratamiento de enfermedades inmunoprevenibles(en particular de TB) en comunidades indígenas del departamento/ Municipio?
	3. Se han implementado estrategias para la adaptación del TAS (Tratamiento Acortado Supervisado) a condiciones socio-culturales particulares de las comunidades indígenas?
	4. A su juicio, existen factores, sociales, económicos, culturales, políticos, y/o administrativos que dificulten el tratamiento de la TB en poblaciones indígenas del Depto / Municipio? Explique.
Política sectorial: Acceso y cobertura	5. Como es el acceso de las comunidades indígenas a los servicios subsidiados de salud?
	6. En particular entre los Ticuna, como considera usted la cobertura de los servicios de salud?
Cultural, Social, Económico, Psicológico	7. Cómo ha sido el tratamiento de la TB en la comunidad Ticuna?
	8. Cuáles factores considera usted, son los más relevantes para la no adherencia o abandono de tratamiento de TB en la comunidad Ticuna?
	9. Cuál cree usted que es el papel de la familia, y la comunidad, en la adherencia y mantenimiento del tratamiento anti TB en la comunidad Ticuna
Política Pública, Política Sectorial: Sustentabilidad de programas y proyectos Funcionamiento y calidad de los servicios de salud Adaptación de programas y proyectos a condiciones socioculturales particulares	10. Existen proyectos comunitarios para el tratamiento contra la TB entre los Ticuna?
	11. Identifique 5 debilidades y 5 fortalezas de la organización de los servicios de salud en el Municipio : (tiempo de espera, facilidad en la consecución de citas, comodidad dentro del sitio de atención, consecución de medicamentos)
	12. Como considera usted que afecta la relación paciente-personal de salud, el tratamiento de la TB en comunidades indígenas?
	13. Cómo se planifica el tratamiento con un paciente indígena diagnosticado?
	14. Qué tipo de información se le da al paciente sobre la enfermedad y su tratamiento?
	15. Describa el tratamiento anti-TB con comunidades indígenas
	16. Como es la relación de la ESE con las organizaciones indígenas existentes en el departamento: comunicación, confianza, colaboración.
	17. Cuál cree usted que es el papel de la ESE en la adherencia y mantenimiento del tratamiento anti TB en las comunidades indígenas
	18. Qué recomendaciones haría para el tratamiento de la TB y otras enfermedades inmunoprevenibles, en la comunidad Ticuna.

Entrevista 03

Áreas	-Sabedor / Medico tradicional
	-Curanderos (colonos)
Cultural: Cosmogonía Practicas, percepciones y representaciones sobre la enfermedad Conceptos y sistemas de salud propios Legitimidad social del método alopático	1. Qué lugar ocupa usted dentro de su comunidad?Cuál es su funciona dentro de su comunidad? / Qué relación tiene usted con la comunidad Ticuna?
	2. Qué significa estar enfermo en su comunidad?
	3. Qué se debe hacer cuando una persona de la comunidad está enferma? / En qué casos traen a una persona a que sea atendida por usted?
	4. Cómo podría describir usted la tuberculosis?/(síntomas)
	5. En qué consiste el tratamiento tradicional que su comunidad sigue para superar esta enfermedad? (Descripción)
	6. Qué piensa del tratamiento ofrecido por el centro de salud ? Cree que sirve para curar la enfermedad?
Cultural: Practicas, percepciones y representaciones sobre la enfermedad Psicológico: Severidad percibida	7. Cree usted que es posible curar a las personas enfermas de TB y prevenir que otras personas de la comunidad se enfermen de TB?
Psicológico: Barreras percibidas	8. Existen dificultades para lograr esto? / Cuales son las mayores dificultades que existen para el tratamiento de la TB en su comunidad?
Política sectorial: Adaptación de programas y proyectos a condiciones socioculturales propias de las comunidades Sustentabilidad a programas y proyectos Funcionamiento y calidad de los servicios de salud	9. Existe algún proyecto liderado por la comunidad para tratar la TB?
	10. Cómo es la relación: comunicación? Suya como líder de su comunidad con las organizaciones indígenas presentes en Leticia y Puerto Nariño, y con la Alcaldía?
	11. Cómo es la relación: comunicación? Suya como lider de su comunidad con el promotor de salud o centro de salud.
Cultural: Cosmogonía	12. Qué planes tiene su comunidad hacia el futuro?
Concepción de programas de desarrollo	13. Qué piensa su comunidad de los programas o proyectos dirigidos a poblaciones indígenas?
Política Publica –Política Sectorial: Adaptación de políticas, programas y	14. Qué recomendaciones haría usted para que la TB no afecte a mas miembros de su

proyectos a condiciones socioculturales propias de las comunidades.	comunidad y para el tratamiento adecuado de quienes ya la padecen?
---	--

Entrevista 04	
Áreas	Pacientes y su núcleo familiar
Cultural: Organización social, unidad básica de producción, distribución del trabajo Socio –económico: Recursos económicos con los que cuenta el paciente para superar la enfermedad (Condiciones y oportunidades)	1. Con qué personas comparte su vivienda? Qué relación tiene con ellos?
	2. En que trabaja? Recibe algún dinero por su trabajo?
	3. En qué trabajan las personas que viven en su casa? Ellos reciben algún dinero por su trabajo?
Política Sectorial: Acceso a servicios de salud	4. Tiene carné de servicio médico?
	5. Las personas que viven en su casa, tienen carné de servicio médico?
Psicológico: Aceptación y conocimiento de la enfermedad Cultural: Percepción sobre la TB, causas y percepciones sobre enfermedad.	6. Tiene usted tuberculosis?
	7. Cómo me podría explicar la enfermedad que padece?
	8. Porqué cree usted que se enfermó de TB?
Psicológico: Eficacia Percibida Cultural: Percepción y Legitimidad Social del Tratamiento Alopático Percepción sobre prácticastradicionales	9. Cree usted que puede curar su enfermedad?
	10. Cuáles acciones de las que le han recomendado, cree usted que le pueden ayudar a curarse de la enfermedad? (medicina alopática / medicina tradicional)
	10.1 Y las otras, cree que sirven? (medicina tradicional / medicina no tradicional)
	11. Cuál de los tratamientos recomendados ha seguido para curarse de la enfermedad?
	12. Actualmente se encuentra en tratamiento? / Alguna vez ha estado en tratamiento?, Cual? (alopático o tradicional)
	13. Piensa usted continuar con el tratamiento (si la respuesta es NO , Porque?/ Porque interrumpió el tratamiento?

<p>Psicológico: Barreras Percibidas</p>	<p>14. Tiene alguna (s) dificultad (es) para seguir el tratamiento dado por el centro de salud? Cual (es) es(son) la(s) más importante(s)? (La duración del tratamiento, el número de fármacos, incomodidad por las inyecciones, efectos adversos de los medicamentos, relaciones con su familia, servicios de salud, relación con el personal de salud, distancia hacia el centro de salud) .</p>
<p>Psicológico: Severidad Percibida Beneficios Percibidos</p>	<p>15. Qué cree usted que podría sucederle si no sigue / continua el tratamiento? 16. Cómo lo beneficiaría seguir el tratamiento y las recomendaciones dadas en el centro de salud? (estado general de salud, relaciones con su familia, comunidad , trabajo)</p>
<p>Psicológico: Severidad Percibida Socio –Cultural: Redes sociales, cohesión social</p>	<p>17. Padecer la enfermedad ha afectado su vida? (familia, comunidad: rechazo social, trabajo,) 18. Ha recibido el apoyo de algunas personas para superar la enfermedad? Su familia, la comunidad, el centro de salud?</p>
<p>Psicológico: Barreras Percibidas Política sectorial: Funcionamiento de los centros de salud y calidad de los servicios ofrecidos.</p>	<p>19. Cómo es su relación con el médico, las enfermeras y demás personal que lo atiende en el centro de salud? 20. Cree usted que le dieron en el centro de salud toda la información con respecto a su enfermedad?, Hay algo que no haya entendido bien?</p>
<p>Psicológico: Auto eficacia</p>	<p>21. Cree usted que podrá seguir todas las recomendaciones que le han dado en el centro de salud? 21.1 (Si la respuesta es No) Que cosas cree usted que no podría cumplir?</p>
<p>Política Pública, Política Sectorial: Adaptación de programas y proyectos a condiciones socioculturales, Recursos para superación de la enfermedad (condiciones y oportunidades)</p>	<p>22. Qué recomendaciones haría usted para que la TB no afecte a mas miembros de su comunidad y para el tratamiento adecuado de quienes ya la padecen?</p>

Grupos Focales:

- Creencias en salud:

- Aceptación y conocimiento de la TB
- Severidad de la TB
- Percepción y beneficios de la medicina alopática
- Percepción y beneficios de la medicina tradicional
- Concepto y Causas de las enfermedades
- Causas de la Tuberculosis

- Búsqueda de la salud
- Conductas saludables
- Conductas de enfermedad
- Rol del enfermo

Investigación No. 2. Concepciones y Prácticas Frente a la Tuberculosis de la Etnia Ticuna en el Departamento del Amazonas.

Entrevistas a profundidad:

Por ejes temáticos

Concepto de salud

Concepto de enfermedad

Concepto de muerte

Definición de tuberculosis

Causa de la tuberculosis

Tratamiento de la tuberculosis

Percepción de severidad de la tuberculosis

Prácticas curativas en la búsqueda de salud

Barreras y debilidades en la adhesión al TAES

La comunidad como red de apoyo al enfermo de tuberculosis

Percepción de la atención brindada por los servicios en salud

- Aceptación y conocimiento de la TB
- Severidad de la TB

- Percepción y beneficios de la medicina alopática
- Percepción y beneficios de la medicina tradicional
- Concepto y Causas de las enfermedades
- Causas de la Tuberculosis

- Búsqueda de la salud
- Conductas saludables
- Conductas de enfermedad
- Rol del enfermo

Investigación No. 2. Concepciones y Prácticas Frente a la Tuberculosis de la Etnia Ticuna en el Departamento del Amazonas.

Entrevistas a profundidad:

Por ejes temáticos

Concepto de salud

Concepto de enfermedad

Concepto de muerte

Definición de tuberculosis

Causa de la tuberculosis

Tratamiento de la tuberculosis

Percepción de severidad de la tuberculosis

Prácticas curativas en la búsqueda de salud

Barreras y debilidades en la adhesión al TAES

La comunidad como red de apoyo al enfermo de tuberculosis

Percepción de la atención brindada por los servicios en salud

Apéndice E. Preguntas guía del cuestionario abierto auto-diligenciado

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN

Este cuestionario tiene por objetivo, conocer a profundidad los elementos de comunicación propios de la comunidad donde usted se desempeña, con lo cual se aporta información valiosa para el desarrollo de las campañas y estrategias de promoción del tratamiento Antituberculosis. Lo más importante es conocer su criterio personal frente a cada una de las inquietudes aquí planteadas. Muchas gracias por su colaboración.

Nombre: _____ Edad: _____

Cargo: _____ Tiempo en el cargo: _____

Comunidad a cargo: _____

1. ¿Quiénes son las personas o instituciones más interesadas en resolver el tema de la tuberculosis en su comunidad?

2. ¿Quiénes son considerados líderes de su comunidad?

2.1 ¿Cuál es el ámbito de acción de cada uno de estos líderes?

2.2 ¿Quiénes son los seguidores de cada uno de estos líderes?

2.3 ¿Qué rol desempeña cada uno de estos líderes en su comunidad?

3. ¿Quiénes son las personas más cercanas al enfermo de TBC, que le brindan o le pueden brindar apoyo, para dar continuidad al tratamiento?

3.1 ¿De qué forma cada una de estas personas, le pueden brindar apoyo al enfermo de TBC, para dar continuidad al tratamiento?

4. ¿Quiénes son las personas a nivel social, que le brindan o le pueden brindar apoyo, para dar continuidad al tratamiento?

4.1 ¿De qué forma cada una de estas personas, le pueden brindar apoyo al enfermo de TBC, para dar continuidad al tratamiento?

5. ¿Cuáles son las instituciones, que le brindan o le pueden brindar apoyo, para dar continuidad al tratamiento?

5.1 ¿De qué forma cada una de estas instituciones, le pueden brindar apoyo al enfermo de TBC, para dar continuidad al tratamiento?

6. ¿A qué grupo o grupos se encuentra adscritos los enfermos de TBC?
7. ¿En qué lugares y actividades invierten los enfermos de TBC, la mayor parte de su tiempo?
8. ¿Quiénes son las personas o instituciones, que llevaron a los enfermos de Tuberculosis a consultar sobre su salud, antes de ser diagnosticado con la enfermedad?
9. ¿Quiénes son las personas o instituciones, que llevaron a los enfermos de Tuberculosis a consultar sobre su salud, después de ser diagnosticado con la enfermedad?
10. ¿Qué personas pueden llegar a influir negativamente, en la decisión de tomar y mantenerse dentro del tratamiento antituberculosis? ¿De qué manera?
11. ¿Qué personas pueden llegar a influir positivamente, en la decisión de tomar y mantenerse dentro del tratamiento antituberculosis? ¿De qué manera?
12. ¿Cuáles son los lugares de encuentro de la comunidad?
- 12.1 ¿Cuáles son los motivos más comunes por los cuales se reúne la comunidad?
- 12.2 ¿Cada cuanto se reúne la comunidad?
- 12.3 ¿Qué personas convocan y lideran las reuniones comunitarias?
- 12.4 ¿Cómo es la dinámica general de estas reuniones?
- 12.5 En cuanto a promoción del tratamiento antituberculosis ¿Qué propuestas atraen con mayor facilidad la atención de la comunidad?
13. Marque con una X los medios de comunicación a los cuales tiene acceso la comunidad:
- Radio:___ Internet:___ Televisión:___ Emisiones en Altavoz:___ Carteleras:___
 Revistas:___ Periódicos:___ Folletos:___ Volantes:___ Guías:___ Películas:___ Radio
 Comunitaria:___ Televisión Comunitaria:___
- 13.1 Marque con una X los medios de comunicación de mayor uso dentro la comunidad:
- Radio:___ Internet:___ Televisión:___ Emisiones en Altavoz:___ Carteleras:___
 Revistas:___ Periódicos:___ Folletos:___ Volantes:___ Guías:___ Películas:___ Radio
 Comunitaria:___ Televisión Comunitaria:___
14. ¿Cuáles son las ventajas de cada uno de los medios de presentes en su comunidad, en la promoción del tratamiento antituberculosis?
15. ¿Cuáles son las desventajas de cada uno de los medios presentes en su comunidad, en la promoción del tratamiento antituberculosis?

16. De los medios presentes en su comunidad ¿Cuáles son los de mayor acceso a la comunidad?

17. De los medios presentes en su comunidad, ¿Con cuál se generaría mayor impacto dentro de la población, la promoción del tratamiento antituberculosis? ¿Por qué?

17.1 ¿De qué manera?

18. ¿Alguna persona de la comunidad ha hecho uso de estos medios, para promover algún fin comunitario? ¿De qué manera?

Apéndice F. Preguntas guía para el grupo de discusión

1. ¿En que localidad se encuentran y hace cuanto tiempo?
2. ¿Cómo es el diagnostico del enfermo de Tuberculosis?
3. ¿Cómo es el manejo del enfermo de Tuberculosis?
4. ¿Qué dificultades tienen para el tratamiento del enfermo?