

El diseño de campañas sobre el ictus y su evaluación. Una revisión de 10 años de literatura científica (1999-2009)

Patricia Estevez Jimenez*, José Luis Terrón Blanco **

* Observatorio de Comunicación y Salud (OCS), InCom-UAB, Spain

** Director del InCom-UAB y del Observatorio de Comunicación y Salud (InCom-UAB). Profesor Titular del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad de la Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen

Ictus es el nombre que reciben las manifestaciones agudas de un conjunto de enfermedades que tienen en común producir el taponamiento o ruptura de una arteria, lo que provoca que la sangre no llegue a una parte del cerebro y que las células cerebrales mueran; representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental. La finalidad de este escrito es identificar las metodologías y estrategias de comunicación más adecuadas para la efectividad de los mensajes de prevención de episodios de ictus, centrándonos en si las campañas son evaluadas y en qué forma. Para ello, se hizo una revisión de la literatura científica de campañas de comunicación o intervenciones de educación comunitaria sobre ictus en cualquier revista médica de impacto en castellano, catalán, francés e inglés entre los años 1999 y 2009. La búsqueda de la literatura se realizó mediante palabras claves introducidas en las bases de datos Pubmed/Medline, ISI Web of Knowledge y Scopus y posterior búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas incluidas en los artículos seleccionados. Con posterioridad se rellenaron fichas-cuestionarios para el vaciado de los artículos. Los resultados demuestran que la evaluación de campañas de ictus es escasa y que esta suele ser cuantitativa y basada en el recuerdo.

Palabras-clave: ictus, evaluación, campaña, promoción de la salud.

Stroke campaigns' design and evaluation: a 10-year review of scientific literature.

Abstract

Stroke is the general name given to the acute manifestation of a series of conditions that have in common the production of a blockage or rupture of an artery, causing the blood to be unable to reach the brain and the consequent death of brain cells; it is the third cause of death in the Western world. The goal of this article is identifying the most adequate communication methodologies and strategies for the effectiveness of messages trying to prevent a stroke episode: the focus will be on discerning if the campaign has been evaluated and how. In order to reach this goal, we performed a review of scientific literature about stroke communication campaigns or community education interventions in any impact journal in Spanish, Catalan, French or English between 1999 and 2009. The literature selection was based on a keywords search on various databases (Pubmed/Medline, ISI Web of Knowledge and Scopus) and a subsequent manual search from bibliography included in the selected articles. We created a database with a form per article, later on. Results show that evaluation of stroke campaigns is scarce and, when it exists, it is quantitative and based on remembrance.

Keywords: stroke, evaluation, campaign, health promotion.

1. Introducción

El objeto de este artículo es presentar los resultados obtenidos de la revisión de la literatura científica que trata de las campañas sobre el ictus entre los años 1999 y 2009. Su finalidad es identificar las metodologías y estrategias de comunicación más adecuadas para la efectividad de los mensajes, centrándonos en si esas metodologías y estrategias, así como sus resultados, son evaluados y de qué forma.

Esta revisión surge a partir de la colaboración del [xxxx]¹ con los responsables del [xxx]² para elaborar estrategias comunicativas que den a conocer qué es un ictus, cómo reconocerlo y cómo actuar ante un episodio de ictus. Por tanto, podemos hablar de una investigación que tiene como objetivo la intervención, más allá de que los resultados de la misma tengan en sí mismo un valor académico.

Este escrito no se centrará en qué es una campaña, o para decirlo con más precisión, en qué son las campañas, como tampoco lo hará sobre qué es la evaluación o cómo se evalúan las campañas, dado que no es el objeto del mismo. Nuestras referencias a estas cuestiones no irán más allá de las necesarias explicaciones contextuales que doten de sentido a lo que escribimos.

No obstante, nos parece necesario realizar unas mínimas reflexiones sobre la evaluación de las campañas de salud. Cada vez más expertos reclaman la necesidad de conocer la eficacia y eficiencia de las campañas, lo que conlleva la necesidad de su evaluación. Se trata de saber, en síntesis, si la campaña ha cumplido sus objetivos, si los recursos empleados han servido para los propósitos a los que han sido destinados y, a partir de los resultados de la evaluación diseñar otras campañas más efectivas y eficientes.

La evaluación es consustancial a la campaña, sin embargo, existe la percepción generalizada de que las campañas de salud raramente se evalúan, o sea, que se desconocen los resultados de las mismas. Así, por ejemplo, Juana Bretón-López y Gualberto Buena-Casal (2006:557) escriben que *"por un lado, la atención que están recibiendo las campañas para evaluar su eficacia es escasa. Por otro lado, entre el limitado número de estudios existentes acerca del impacto de las mismas, se aprecia que dichas campañas tienen un efecto muy reducido sobre la población y sus conductas de riesgo sexual (Agha, 2003). En cuanto a este asunto, destaca el trabajo de Páez, Ubillos, Romo, Insúa y San Juan (1992), que encontraron un impacto de las campañas evaluadas del 10% y efectos únicamente a corto plazo. Lo anterior da sentido a la necesidad de desarrollar trabajos enfocados a evaluar la eficacia de las campañas (Bretón-López y Buena-Casal, 2005), de manera que se optimicen los efectos de la publicidad preventiva, entendida como una importante fuente de emisión de conocimientos sobre conductas de prevención (Modeste, Francis y Matshazi, 1994)".*

No cabe duda que evaluar la campaña presupone añadir costes y complejidad, dado que, por un lado, la evaluación ha de ser sistemática, planificada y dirigida para poder aportar información suficiente y

¹ Deleted for double-blind review process

² Deleted for double-blind review process

relevante y, de esta forma, poder fundamentar un juicio. Por otro, porque hay consenso entre estudiosos y diseñadores de campañas al considerar que cualquier evaluación de campaña no sólo debe realizarse en términos ex-post: es necesario evaluar antes (lo que predeterminará a la campaña misma) y durante la campaña. Lo que presupone que toda campaña ha de ser diseñada de forma que pueda ser evaluada.

La complejidad de la evaluación de campañas de salud deriva de que casi siempre debemos medir cambios de conducta, y que las ratios empleadas por la publicidad comercial, como Stats y Adstock, no han sido adaptadas a las campañas de salud: es más, se desconoce la pertinencia de esa adaptación. No basta con estar informado, ni tan siquiera con recordar la información; de lo que se trata, la finalidad última de este tipo de campañas suele ser, recordemos, el cambio de conducta. Como veremos en esta revisión de literatura científica, la evaluación es escasa, y cuando se realiza suele ser postintervención y centrándose en cuantificar *recuerdos*. Por otro lado, cabría que las entidades que promueven las campañas se marcaran objetivos lógicos y realistas, de esta forma la evaluación sería más plausible y la eficacia de la campaña más probable.

Llegados a este punto, cabe preguntarse para qué se hacen campañas si éstas no se evalúan. En un artículo muy crítico y a la vez sumamente recomendable, Alvarado López y de Andrés del Campo (2005) al referirse a la publicidad social (en la que se incluiría la publicidad que promueve la salud), llegan a escribir que *"analizando la publicidad social de emisor estatal, parece llegarse a la conclusión de que tales campañas no se justifican tanto en términos de información y concienciación, como en términos de creación de imagen, notoriedad y opinión, incluso de creación de realidad, una realidad enmarcada en los medios de comunicación y pintada para el deleite del ciudadano, ensimismado en el sueño de un mundo mejor"*. Y donde se escribe *emisor estatal* bien podríamos pensar en otro tipo de institución.

Sin duda, se trata de un asunto que debería preocuparnos y que por si solo merecería más de una reflexión, pero que escapa del objeto de este artículo. Abundando en él, y desde otro punto de vista, merece la pena que recordemos las palabras de Rafael Matasanz (Sánchez-Mellado, L., 2010), responsable de la Organización Nacional de Transplantes, entidad de referencia en todo el mundo:

- ¿Ha hecho un máster en comunicación?
- Mira, lo que es la ONT no me lo ha enseñado nadie. Si tengo una virtud, es la intuición: observo y aplico. Hice mi carrera en la Complutense, con becas, y punto. Los másteres están bien, pero la vida se aprende en otros sitios. Las campañas son una estupidez. Nadie dona por un cartel. Se crea conciencia saliendo en los medios.
- Entonces la ONT era usted.

- Es que no había nada. No tenía un duro, no tenía gente, ni siquiera tenía un cargo. Entonces, ¿de dónde cogí las herramientas? Del Sistema Nacional de Salud. ¿Quién podría ayudarme? La prensa. Es así de sencillo.

Con otras palabras, Rafael Matasanz nos habla también de la importancia que tiene generar o ser parte de la agenda de los medios. Debemos decir que en más de una ocasión las campañas de salud tienen como uno de sus objetivos, cuando no el principal, el crear agenda. Matasanz plantea una disyuntiva campaña-agenda que en cierta medida no se da, pero que si hablamos de eficiencia y efectividad nos debería preocupar y sobre la que tampoco existen estudios. Por nuestra parte, con toda la prudencia del mundo, deseamos remarcar que mientras no se incorpore sistemáticamente la evaluación en las campañas de salud, y la revisión científica de dichas evaluaciones, no sabremos de la pertinencia de promover y realizar campañas de salud; a día de hoy pareciera que seguimos trabajando desde la intuición.

1.1. Ictus

Ictus es el nombre que reciben las manifestaciones agudas de un conjunto de enfermedades que tienen en común el hecho de producir una alteración en la circulación de la sangre que va al cerebro. Esta alteración consiste en el taponamiento o ruptura de una arteria, lo que provoca que la sangre no llegue a una parte del cerebro y que las células cerebrales mueran.

Las enfermedades cerebrovasculares representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física en las personas adultas, la segunda de demencia, la causa más frecuente de epilepsia en el anciano y una causa frecuente de depresión (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009). Cada año, 15 millones de personas de todo el mundo tienen un ictus, de las cuales 5 millones morirán y otros 5 millones desarrollarán una discapacidad permanente (OMS, 2004). Hasta el momento no existen registros paneuropeos unificados que puedan determinar con precisión la incidencia del ictus en Europa. Sin embargo, en el primer estudio (European Registers of Stroke Investigators, 2009) realizado entre población de 6 estados se ha demostrado un doble riesgo de sufrir un ictus entre hombres que en mujeres, y de media, una mayor incidencia entre países del Este que entre países del sur de Europa, tendencias que también apoyan las publicaciones de la Unión Europea (Eurostats, 2009) y de la *European Heart Network* (2008). Se apunta, asimismo, una tendencia europea a sufrir episodios de ictus entre clases socioeconómicas bajas y en países con un nivel de desarrollo menor.

En España el ictus es la segunda causa de muerte directa y también la primera entre las mujeres. Casi la mitad de los afectados (un 44%) sufren alguna dependencia funcional. En España murieron 32.887 personas en el 2006 por esta enfermedad, de las cuales 19.038 eran mujeres. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2006 del Ministerio de Salud del Gobierno de España, un 13.75% de la población es un

enfermo crónico que ha sufrido una embolia (y solamente este tipo de ictus) en los últimos 12 meses. Por su parte, en Cataluña, por ejemplo, se produce un ictus cada 45 minutos. Anualmente ingresan 13.000 pacientes por un ictus establecido, un total de 4.000 personas sufren un ictus transitorio o ataque isquémico transitorio (AIT). En el 2007, específicamente, se registraron 4.599 muertos por ictus, de los cuales 2.598 fueron mujeres y 2.001 fueron hombres. Estos episodios se traducen, por otra parte, en más de 5.000 personas al año con diferentes grados de discapacidad. El ictus es la primera causa de muerte en mujeres, la primera causa médica de discapacidad y la segunda de demencia en esta comunidad autónoma. Para poder mitigar su incidencia, tanto las enfermedades cerebrovasculares como otras enfermedades prevalentes, han sido objeto preferente de planificación integral en los modelos recientes de organización sanitaria, sobre todo del mundo occidental³.

Tras la demostración de la eficacia de la fibrinólisis precoz en el tratamiento del infarto cerebral agudo y la aprobación por la *Food and Drugs Administration* (FDA) del activador tisular del plasminógeno (rTPA), la isquemia cerebral ha pasado de ser considerada una de las enfermedades neurológicas con peor pronóstico, a la enfermedad neurológica con mayores posibilidades terapéuticas⁴. La evidencia científica demuestra que para que el tratamiento del ictus sea efectivo ha de producirse dentro de las cuatro horas y media de haberse producido el evento. Pero esa necesaria rapidez en el tratamiento contrasta con los retrasos en su atención⁵, lo que se debe en gran medida a que la población no reconoce correctamente sus síntomas. En un estudio prospectivo impulsado por el PDEVC entre octubre de 2007 y octubre de 2008 sobre el funcionamiento del código ictus en Cataluña, se evidenció el desconocimiento sobre los síntomas del ictus y, como consecuencia, la demora en la alerta por parte de pacientes que han sufrido un evento⁶.

Esta tendencia, que ya se había identificado en la totalidad de países occidentales en las que se estaba trabajando en la prevención del ictus, hace necesaria campañas de comunicación que incidan en el conocimiento sobre la enfermedad con el objetivo de que la población esté bien informada: es necesario que pueda reconocer los síntomas de un ictus e identificarlo como una urgencia médica⁷ y, de esta manera, poner al paciente en manos del personal sanitario adecuado lo más rápidamente posible, e intentar paliar sus efectos al máximo⁸.

³ Pongamos algunos ejemplos: la *Helsingborg Declaration on Stroke Management*, en Europa en 1995 (esta declaración establecía cinco áreas principales de atención: la organización de los servicios, la evaluación, el cuidado en los episodios agudos, la rehabilitación y la prevención secundaria. En la segunda conferencia de Consenso, celebrada en la misma localidad diez años de experiencia después -2006-, se redefinió la prevención ampliándola también a objetivos de prevención primaria, que recomiendan la reducción de factores de riesgo mediante la acción comunitaria directa); la *National Stroke Strategy*, en Gran Bretaña en 2007; la *Canadian Stroke Strategy* en Canadá en 2008; o en unidades de gestión territorial como: el *Ontario Stroke System* y su red regional en el año 2000; el *New South Wales* (Australia) en 2001; o el del Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares (PDECV) del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, cuya andadura se inicia a finales de 2003.

⁴ The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rTPA Stroke Study Group, 1997.

⁵ Kwan, J.; Hand, P.; Sandercock, P., 2004.

⁶ Abilleira, S.; Ribera, A.; Permanyer, G.; Salvat-Plana, M.; Gallofré, M., 2009.

⁷ Blades, L.L. et al., 2006.

⁸ "No perdi el temps. Guanyarà cervell", Campaña de prevención del ictus (2005), Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/Sala%20de%20Premsa/Documents/Arxius/6786.pdf>

Por este motivo, la *Estrategia para el ictus* de noviembre de 2008, enmarcada dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Gobierno de España⁹, recoge como objetivo específico "*desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación*".

En los países occidentales, la planificación de la atención de episodios agudos se ha focalizado en algunos temas concretos, como podrían ser las unidades de ictus, ampliamente probadas como un método eficaz en la reducción de la mortalidad y de la institucionalización de los pacientes tras el episodio de ictus. Sin embargo, las unidades de ictus, aunque suponen un elemento central, no pueden ser el único a tener en cuenta: se requiere una planificación integral para el cuidado del ictus. Los resultados del proyecto MONICA de la OMS (2003) para medir la incidencia de enfermedades cardiovasculares entre los años 80 y los 90 mostraron que la disminución en la mortalidad durante el periodo estudiado se debió en un tercio a la mejora de la supervivencia por la aplicación de mejores tratamientos; sin embargo, los restantes dos tercios devinieron de la disminución de la incidencia de estas enfermedades en general, lo que conlleva el enfatizar en la importancia de la eliminación o disminución de factores de riesgo.

Las posibilidades de sufrir un ictus aumentan con la acumulación de factores de riesgo vascular. Entre los factores modificables destacan la hipertensión, el colesterol alto, la diabetes, la obesidad, la falta de ejercicio físico o el tabaquismo. Entre los no modificables sobresale la edad. Ya que nuestra población envejece, y este es un factor de riesgo sobre el cual no podemos actuar, es especialmente relevante tanto que se insista en la prevención de los otros factores de riesgo sobre los cuales podemos actuar, como en el reconocimiento de los síntomas entre la población en general. Estos dos enfoques responden, por una parte, a la prevención de la enfermedad, y por otra a la promoción de la salud, ya que se intenta generar una conducta de salud distinta entre la población: actuar a partir de la generación de un nuevo conocimiento.

Ya existen experiencias en países occidentales que muestran la pertinencia de establecer campañas sobre el ictus para conseguir una respuesta en la población¹⁰. Las campañas parecen importantes no sólo para sensibilizar a la población general de la gravedad de la enfermedad y cómo reconocerla, sino también para poder estimular la percepción de la misma y ayudar a las personas que acumulan factores de riesgo. Este sería un primer paso para colocarse en el camino del cambio de comportamiento, la finalidad de toda intervención de este tipo. Ahora bien, hasta el momento, ningún estado ha conseguido incidir de forma

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

¹⁰ Hodgson, C.; Lindsay, P.; Rubini, F., 2007; Blades, L.L. et al., 2006; Brice, J.H.; Griswell, J.; Delbridge, T.; Key, C., 2002; Becker, K.; Fruin, M.; Gooding, T.; Tirschwell, D.; Love, P.; Mankowski, T., 2001.

notable en la mejora de conocimiento de la población al completo sobre el ictus¹¹, de tal forma que reconociendo sus síntomas actúen de manera apropiada: llamando a los servicios de emergencias.

1.2. Prevención y promoción: cómo actuar de forma complementaria

La prevención de la enfermedad, según define la OMS (1998:13) abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Existen tres niveles de actuación preventiva, en relación con las fases del desarrollo de las enfermedades: primaria (cuyo objetivo es disminuir la incidencia de las enfermedades), secundaria (cuyo objetivo es disminuir la prevalencia de las enfermedades), y terciaria (cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.)

La concepción de prevención de la enfermedad, siguiendo a la OMS, se utiliza en ocasiones de forma complementaria al de promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta ya que la acción normalmente emana del sector sanitario, y considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos, también de riesgo. Pero se debe tener en cuenta que la causalidad de la incidencia es tan o más importante que la acción etiológica sobre la persona¹².

La promoción de la salud –“*el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla*” (OMS, 2004:10)-, por su parte, adopta una perspectiva más amplia, aplicándose no sólo a los factores de riesgo, sino también a grupos de población, enfermedades y entornos diversos, y se centra en obtener mayor control sobre los determinantes de la salud e incidir en las conductas saludables, y no sobre los factores de riesgo. Esto conlleva que la participación de la población es esencial para la acción en promoción de la salud.

Las estrategias de promoción de la salud se han aplicado ampliamente en las dos últimas décadas en el campo de las enfermedades transmisibles, uno de los grandes azotes de los países en desarrollo. Sin embargo, la OMS ya apuntó en su 57ª Asamblea General que las actividades destinadas a mejorar la educación, el desarrollo comunitario, las políticas, la legislación y las normativas son tan válidas para prevenir las enfermedades transmisibles como para luchar contra los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y prevenir los traumatismos, la violencia y las enfermedades mentales. Algunos ejemplos de este tipo de estrategias, desde la OMS, serían la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco o la estrategia *Por tu salud, muévete*. Hemos de subrayar que en la conferencia sobre

¹¹ Rudd, A.; Williams, L.S., 2009.

¹² Rose, G., 1985. Este investigador destacó que cuestionar la etiología en los individuos (causalidad de los casos) es distinto que hacerlo en las poblaciones (causalidad de la incidencia en la población). Y afirmó que si bien ambas estrategias no entran en conflicto, si lo hicieran la prioridad se debería centrar en el control de las causas de la incidencia, es decir, en el carácter colectivo o social de la salud.

promoción de la salud celebrada en Kenia¹³ (2009), la OMS ha incidido en el fomento de la planificación de campañas para enfermedades no transmisibles.

Sin embargo, si reflexionamos sobre la mayoría de programas de salud pública que se realizan en el mundo occidental, nos daremos cuenta de que, en realidad, las estrategias se han centrado más en la prevención de la enfermedad que en cualquier otro tipo de intervención. La OMS (2002), en su momento, ya hizo autocrítica sobre el enfoque de la formación de educadores en salud, que incidía en la prevención de las enfermedades y no en la promoción y la protección de la salud.

El informe *The atlas of heart disease and stroke* (OMS, 2004) enuncia tres valores elementales de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: la lógica humana de que es preferible evitar enfermedades y lesiones en la medida de lo posible; los beneficios económicos, probados, para los sistemas de salud que implantan estas estrategias; y la importancia de hacer ver a la profesión médica y a la ciudadanía que la medicina abarca mucho más que la salvación y el tratamiento de los que ya están enfermos.

Es difícil valorar el fracaso o acierto de las campañas de prevención frente a las de promoción, porque en general, la evaluación en este tipo de intervenciones es escasa, como también se desprende del estudio que presentamos. Sin embargo, es bastante plausible el afirmar que las campañas de prevención por sí solas no están teniendo un gran impacto.

La población parece consciente de la necesidad de adoptar estilos de vida sanos. Y lo saben sobre todo a través de estrategias de comunicación para la salud (*health communication*), con las que aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. La comunicación para la salud abarca la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social, adoptando todas ellas formas muy variadas. Resulta indudable que la comunicación para la salud es un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de la población.

Ahora bien, de la información al cambio de comportamiento hay un gran paso. Para cambiar de comportamiento antes hay que estar informado, pero estar informado no conlleva automáticamente un cambio de comportamiento. Precisamente es en este punto, el más complejo, en el que debería incidir toda campaña de promoción de la salud. Su diseño¹⁴ ha de contemplar no sólo la evaluación, sino también la monitorización –como veremos más adelante– para asegurar, de esta forma, su eficacia.

¹³ Para un listado completo de las conferencias sobre promoción de la salud organizadas por la OMS y los documentos relacionados visitar www.who.int/healthpromotion/conferences/en y www.who.int/healthpromotion/milestones/en/index.html.

¹⁴ O sea, que las campañas se conciben desde su inicio para ser monitorizadas o, como mínimo, evaluadas.

2. Metodología

Para la realización de esta investigación se hizo una revisión de artículos de publicaciones científicas de referencia en los que se trataba de campañas de comunicación o intervenciones de educación comunitaria sobre el ictus entre los años 1999 y 2009. Esta búsqueda se complementó, como veremos más adelante, con el análisis de campañas de comunicación de referencia en el ámbito de la prevención del ictus.

Los artículos se obtuvieron, en primer lugar, a partir de las siguientes bases de datos: Pubmed/Medline, ISI Web of Knowledge y Scopus. Para su búsqueda se utilizaron palabras claves, tanto en singular como en plural, en el título, el resumen, los descriptores y las palabras clave de los potenciales artículos.

- Palabras claves relacionadas con la promoción de la salud: *education materials, awareness, knowledge, promot**¹⁵.
- Palabras claves relacionadas con los medios de comunicación y la persuasión: *Mass Media, media, television, TV, radio, news, newspaper, multimedia, campaign*, publicity, Persuasive Communication, Information Dissemination, Pamphlets, internet, internet, web, Communications Media, advertis*, message*, target**.
- Palabras claves relacionadas con el ictus y la enfermedad cerebrovascular: *Cerebrovascular Disorders, stroke, cerebrovascular*.

Las fechas de publicación de los posibles artículos comprendían el periodo entre el 1 de enero de 1999 y el 1 de julio de 2009. Las búsquedas se acabaron de hacer el 1 de septiembre de 2009. Los artículos debían centrarse en la evaluación de campañas de comunicación o de instrumentos de comunicación específicos para la intervención de promoción de la salud o de educación para la salud, bien dirigidas a pacientes, bien dirigidas a profesionales de la salud y debían estar publicados en castellano, catalán, francés o inglés.

Asimismo, y a partir de los artículos seleccionados en primera instancia, se realizó una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas incluidas en los artículos seleccionados, para identificar e incluir a aquellos artículos susceptibles de tenerse en cuenta y que no hubiesen quedado incluidos en la estrategia de búsqueda anterior, lo que se complementó con una búsqueda general en Tripdatabase y Google.

En resumen, los documentos se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios:

- Artículos originales o de revisión publicados en revistas científicas de referencia. Se decidieron incluir algunos comentarios, artículos de opinión y editoriales, debido al interés de su contenido.
- Fecha de publicación: enero de 1999 a julio de 2009.
- Publicaciones o documentos en castellano, catalán, francés o inglés.
- Los artículos debían centrarse en la evaluación de campañas de comunicación o de instrumentos de comunicación específicos.

¹⁵ El asterisco es un carácter comodín (*wildcard*) para realizar búsquedas sobre cualquier cadena de texto que comiencen con las palabras anteriores a dicho asterisco.

Para trabajar con la información extraída de los artículos científicos seleccionados y posterior identificación de variables, se creó una base de datos a partir de la cual poder analizar los resultados; esta base de datos está dividida en tres bloques:

- Bloque A: referencias bibliográficas (título, autor/es, publicación, fecha, enlace)
- Bloque B: la intervención (descripción, fecha, país, colectivo a quien va dirigida, relación con otras intervenciones, implicación de profesionales)
- Bloque C: metodologías de evaluación (objetivos, muestra, tipo de metodología utilizada, inclusión de evaluación y tipo de evaluación, resultados)

3. Resultados

En la búsqueda bibliográfica realizada se identificaron 174 artículos, de los cuales 34 eran artículos repetidos. Una vez leídos título y resumen, de los 140 restantes se excluyeron 53, por no cumplir algunos de los criterios de inclusión establecidos. De ahí se pasó a una lectura completa de los escritos, tras la cual se excluyeron otros 36 artículos y se incluyeron 26, escogidos a partir de las referencias bibliográficas de los previamente seleccionados. En total se han analizado 79 artículos.

Estos 79 artículos pertenecen a 30 revistas biomédicas (77 artículos) y a 2 de comunicación especializada en salud (2 artículos), tal como se puede observar en la Tabla 1.

TABLA 1. Artículos revisados, clasificados por revistas.

Publicación	Número de artículos
<i>Stroke</i>	33
<i>Patient Education and Counseling</i>	6
<i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>	4
<i>Cerebrovascular Disease</i>	3
<i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i>	3
<i>Age and Ageing</i>	2
<i>Circulation</i>	2
<i>Journal of Neurology</i>	2
<i>Acta Neurologica Scandinavica</i>	1
<i>American Journal of Preventive Medicine</i>	1
<i>Anales del Sistema Sanitario de Navarra</i>	1

<i>Archives of Internal Medicine</i>	1
<i>Archives of Family Medicine</i>	1
<i>Axone</i>	1
<i>BMC Public Health</i>	1
<i>Computers, Informatics, Nursing</i>	1
<i>Disability & Rehabilitation</i>	1
<i>Health Communication</i>	1
<i>Health Promotion Journal of Australia</i>	1
<i>Journal of Advanced Nursing</i>	1
<i>Journal of the American Medical Association</i>	1
<i>Journal of Clinical Neuroscience</i>	1
<i>Journal of Health Communication</i>	1
<i>Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry</i>	1
<i>Journal of Neuroscience Nursing</i>	1
<i>Journal of Public Health</i>	1
<i>Neurology</i>	1
<i>Prehospital Emergency Care</i>	1
<i>Preventing Chronic Disease</i>	1
<i>Southern Medical Journal</i>	1
<i>The Journal of Emergency Medicine</i>	1
<i>Women's Health</i>	1
TOTAL	72

Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia en la Tabla 2, el año de mayor publicación fue 2007 (14 artículos), seguido por el 2008 (14), los meses del 2009 incluidos en el estudio (11) y 2003 (10). Tras consultas a especialistas, no se ha podido establecer ningún nexo entre cantidad de artículos publicados por año y un acontecimiento científico-médico relevante.

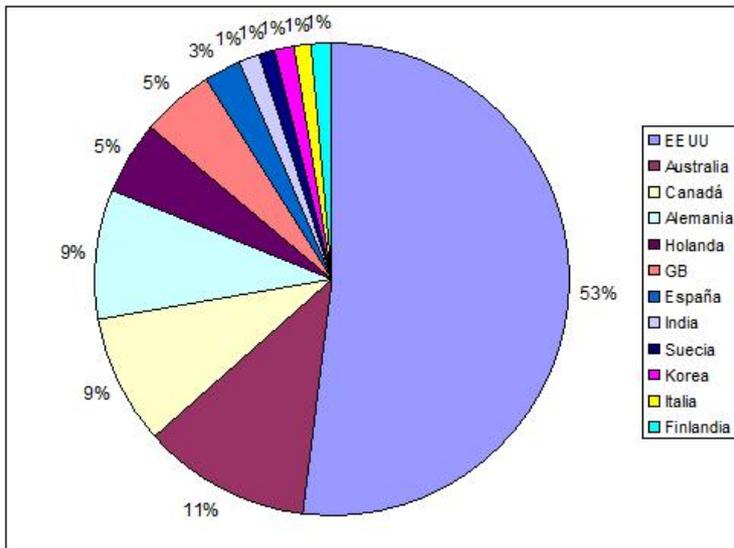
TABLA 2. Artículos revisados, según el año de publicación.

Años de publicación	Artículos
1999	2
2000	6
2001	4
2002	4
2003	10
2004	2
2005	6
2006	5
2007	15
2008	14
2009	11
TOTAL	79

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los artículos se publican en revistas de EE.UU., seguidas de las australianas (11%), canadienses y alemanas (9%) y holandesas y de Gran Bretaña (5%).

GRÁFICO 1. Países de origen de las investigaciones



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, si tomamos como referencia el *target* al que se refieren los artículos, obtenemos los siguientes resultados:

- 22 artículos se centran en pacientes post-ictus y/o cuidadores y familiares de pacientes post-ictus.
- 10 artículos hacen referencia a la población en general.
- 10 artículos, en los mayores de 45 años.
- 8 artículos se dedican específicamente a las mujeres, de los cuales:
 - 4 a las mujeres en general;
 - 2 a las afroamericanas;
 - 1 a mujeres mayores de 25;
 - 1 a mujeres entre 50 y 70 años.
- 7 artículos en niños o adolescentes.
- 6 artículos en adultos (más de 18 años).
- 6 artículos se centran en la población de riesgo.
- 3 artículos en la población Méxicoamericana o latina que habita en EEUU.
- 3 artículos hacen referencia a profesionales de diverso tipo.
- 2 artículos se centran en población afroamericana en general.

Del total de artículos, en 18 casos se citan campañas o intervenciones anteriores. La más mencionada es la campaña FAST (8 artículos), seguida por la "Go Red for Heart Disease" (2 artículos) y la TLL Temple Foundation (2 artículos), siendo el resto menciones singulares (Canadian Stroke Registry, Strokesafe, Berlin Acute Stroke Study, y otras dos campañas de las que hace referencia, pero que no se mencionan sus nombres específicos).

Por otro lado, debemos destacar que 13 artículos mencionan la implicación de profesionales de la salud en el desarrollo de la campaña o intervención. En alguno de estos artículos se habla de más de un tipo de profesional de la salud.

- 5 artículos mencionan a educadores de salud pública;
- 4 a enfermeras;
- 4 a los servicios de emergencias;
- 2 a los médicos de atención primaria;
- 1 a los neurólogos;
- 1 a profesionales de la unidad DE ictus.

De los 79 artículos analizados, 70 evalúan instrumentos específicos de comunicación y/o educación para la salud, incluyendo campañas, y 4 son artículos editoriales centrados en análisis de tendencias. Los 5 restantes son cartas de contenido relevante para la investigación dado su contenido contextualizador.

Del bloque de 70 artículos que evalúan instrumentos específicos, debemos destacar que:

- 28 artículos se centran en evaluar el conocimiento sobre el ictus de una población determinada:
 - 7 evalúan el conocimiento de la población adulta;
 - 7 evalúan el conocimiento de los pacientes tras el ictus;
 - 4 evalúan el conocimiento de la población en general;
 - 3 evalúan el conocimiento de grupos de mujeres (mujeres con riesgos específicos, mujeres mayores de 25 años y mujeres en general);
 - 3 evalúan el conocimiento de adultos de más de 45 años;
 - 2 evalúan el conocimiento de la población latina en EEUU;
 - 1 evalúa el conocimiento de los profesionales de la salud;
 - 1 evalúa el conocimiento de la población afroamericana.
- 24 artículos tratan de intervenciones educativas comunitarias, de los cuales:
 - 6 se centran en niños;
 - 4 en población de riesgo;
 - 4 en pacientes post-ictus y/o sus familiares o cuidadores;
 - 3 en profesionales de la salud: estudiantes de neurología, enfermeras y profesionales de emergencia;
 - 2 en adultos mayores de 45;
 - 2 en la población en general;
 - 2 en mujeres (mujeres afroamericanas adultas y mujeres en general);
 - 1 en adultos en general.

Las intervenciones con los adultos son de carácter preventivo, y se centran en el reconocimiento de los síntomas de ictus y en los factores de riesgo. Las intervenciones dirigidas a los niños se acercan más al concepto de promoción de la salud, ya que no sólo incluyen actividades preventivas y de reconocimiento de la enfermedad, sino que además incluyen actividades en las que los niños participan activamente.

- 8 artículos evalúan materiales de diverso tipo (folletos, vídeos, libros, guías, programas informáticos, etc.) diseñados para pacientes post-ictus y/o cuidadores y familiares.
- 5 artículos analizan campañas, desde cómo se concibió el mensaje de la campaña hasta sus resultados finales. En estos artículos se analiza el uso de los medios de comunicación como herramienta de las campañas.
- 3 artículos se dedican al análisis de sitios web de diverso carácter con información específica sobre el ictus.

- 2 artículos analizan el contenido de noticias publicadas y/o emitidas relacionadas con la salud, en comparación con aquellas relacionadas con el ictus.

Por otro lado, de los 70 artículos que hacen referencia explícita a procesos evaluativos, en 50 ocasiones valoran el conocimiento de la población, en 15 el cambio de conducta del *target* y en 30, otros parámetros (destacan en 9 ocasiones la satisfacción de necesidad de información del *target*, en 5 la percepción de riesgo y en 2, la calidad de los procesos informativos a pacientes y cuidadores, por un lado, y, por otro, al tratamiento informativo de la prensa). El total es superior a 70 dado que en algunas ocasiones tratan de más de un proceso evaluativo.

Por último, si atendemos al tipo de evaluación, vemos que,

- en 60 artículos se ha efectuado una evaluación cuantitativa: en 56 a través de encuestas, en 3 mediante análisis de contenido y en un caso a través de un experimento.
- En 2, cualitativa: uno merced a grupos de discusión y otro mediante análisis de contenido.
- En 3 ocasiones se han evaluado a través de triangulaciones¹⁶.

Como escribimos al principio de este apartado, la selección y revisión de los artículos se ha complementado con el análisis de 5 campañas de referencia y, así, poder contextualizar sus resultados.

Las campañas analizadas han sido las siguientes:

- *FAST*¹⁷, de la *Stroke Association* (cuya efectividad, además, ha sido demostrada científicamente) – Gran Bretaña-;
- *Give me 5*¹⁸, de *The Stroke Collaborative* (*American Academy of Neurology, American College of Emergency Physicians, y la American Heart Association/American Stroke Association*) -EE.UU.-;
- *Strokesafe*¹⁹, de la National Stroke Foundation –Australia-;
- *Signs of Stroke*²⁰, del Washington State Department of Health -EE.UU.-;
- *Be Fast/Bel Direct*²¹, de la Nederlandse Hartstichting –Holanda-.

3.1. La evaluación de los artículos incluidos en la revisión

Para la OMS la evaluación de la promoción de la salud "*es una valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado "estimado"*" (OMS: 1998, 22), y constituye un elemento primordial en dicho proceso "*el grado en que las acciones de promoción de la salud permiten a los individuos o a las comunidades el ejercer control sobre su salud*".

¹⁶ Aplicación al unisono de métodos cualitativos y cuantitativos.

¹⁷ FAST. (Consultado 15/12/2009). Disponible en:

www.stroke.org.uk/information/what_is_a_stroke/department_of_health.html

¹⁸ Give me 5. (Consultado 15/12/2009). Disponible en: www.giveme5forstroke.org

¹⁹ Strokesafe™. (Consultado 15/12/2009). Disponible en: www.strokefoundation.com.au/what-is-strokesafe

²⁰ Signs of Stroke. (Consultado 15/12/2009). Disponible en: http://www.doh.wa.gov/cfh/heart_stroke/For_you/Signs-symptoms/default.htm

²¹ Be fast/Bel direct. Nederlandse Hartstichting (Fundación del Corazón de los Países Bajos). (Consultado 15/12/2009). Disponible en: <http://www.hartstichting.nl/>

Sin embargo, en ocasiones es difícil mostrar la relación entre actividades concretas de promoción de la salud y los resultados de salud, definidos estos (OMS: 1998: 21) como los cambios en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas (políticas y programas gubernamentales, leyes, reglamentos, programas de promoción de la salud, etc), independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud (entendida como la descripción y/o medida de salud en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud).

Por eso, los modelos de evaluación de promoción de la salud distinguen entre distintos tipos de resultados (OMS: 1998, 22 y ss.):

- resultados de promoción de la salud: son el primer punto de evaluación y reflejan las modificaciones de aquellos factores personales, sociales o ambientales que permiten mejorar el control de las personas. La evaluación de las actividades puede ser participativa (implicando a todos aquellos que interesados en la iniciativa), interdisciplinaria (implicando diversas perspectivas) e integrada (en todas las fases de desarrollo y aplicación de una iniciativa);
- resultados intermedios de salud: cambios en los determinantes de la salud, especialmente en los estilos de vida y en las condiciones de vida atribuibles a una intervención/es planificada/s;
- resultados de salud: cambios en *el estado de salud*.

Finalmente, se suele distinguir entre evaluación y monitorización, dependiendo de si la valoración se produce al final de la intervención y de forma única, o si se produce a lo largo de la intervención.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, lo cierto es que la mayoría de evaluaciones que se encuentran reflejadas en los artículos revisados son evaluaciones finales a través de encuestas (93%) cuyos parámetros principales son la valoración de conocimientos de la población.

No hemos encontrado reflejado ningún caso de campaña que haya sido evaluada al completo (entendiendo como tal que atienda a todos los tipos de resultados anteriormente mencionados, de promoción, intermedios y de salud) y, según los datos reflejados en los artículos publicados y contactos con las diferentes instituciones que promueven campañas de prevención del ictus²², sólo ha sido monitorizada la campaña de la Fundación del Corazón holandesa²³.

Este hecho tiene un efecto claro tanto en la carencia de comprobación sobre la efectividad de las mismas, como en el posible feedback de mejora que se puede extraer de las etapas intermedias para etapas posteriores de la campaña, o el feedback para posteriores intervenciones. A pesar de que se ha escrito que las campañas han sido profusamente evaluadas en el mundo anglosajón en contraposición a la falta de

²² Para asegurarnos de la interpretación de los datos nos pusimos en contacto, de forma complementaria, con la Nederlandse Hartstichting y el doctor J. Marx, del Departamento de Neurología de la Universidad de Mainz (Alemania).

²³ Véase nota 12.

evaluación en el mundo iberoamericano²⁴, en este caso la falta de evaluación es, de forma patente, transnacional.

Las evaluaciones que hemos encontrado tratan de valorar la efectividad del uso de materiales dados (como pueden ser las guías para pacientes o un póster), una intervención educativa específica, o el conocimiento que tiene una población dada sobre el ictus; en este caso se suelen llegar a los resultados a través de encuestas de respuesta múltiple pre-campaña y post-campaña. A la par, debemos destacar que casi un cuarto (23%) de los artículos analizados hace referencia a desarrollos de intervenciones a partir de campañas preexistentes²⁵.

3.2. Evidencias científicas sobre las intervenciones. Institución que diseña la estrategia de comunicación.

De la documentación analizada se extrae que hay tres tipos de actores que diseñan las intervenciones:

- gobiernos territoriales: la región, la provincia, la ciudad, etc, y de forma menos frecuente el estado²⁶.
- hospitales universitarios con un equipo de investigación de prestigio, como las diseñadas por el University of Cincinnati Medical Center²⁷ o el Hospital universitario de Mainz²⁸.
- fundaciones/asociaciones privadas²⁹.

A la vez que encontramos tres tipos de intervenciones, atendiendo al mensaje y al *target*:

1. Intervenciones para la población en general

Como se aprecia en el Gráfico 2, el 53% de intervenciones reseñadas por la literatura examinada se dedican al conocimiento sobre el ictus, más específicamente al reconocimiento de los signos y síntomas del ictus, ya que son los elementos clave para aumentar el número de pacientes que reciben el tratamiento (rTPA) si fueran susceptibles de ello, y así reducir tanto la mortalidad como el nivel de discapacidad del afectado. Para ello se utilizan los 3 (*FAST*) ó los 5 (*Give me 5*) signos más frecuentes.

²⁴ Cuesta, U.; Menéndez, T.; García Guardia, M., 2007.

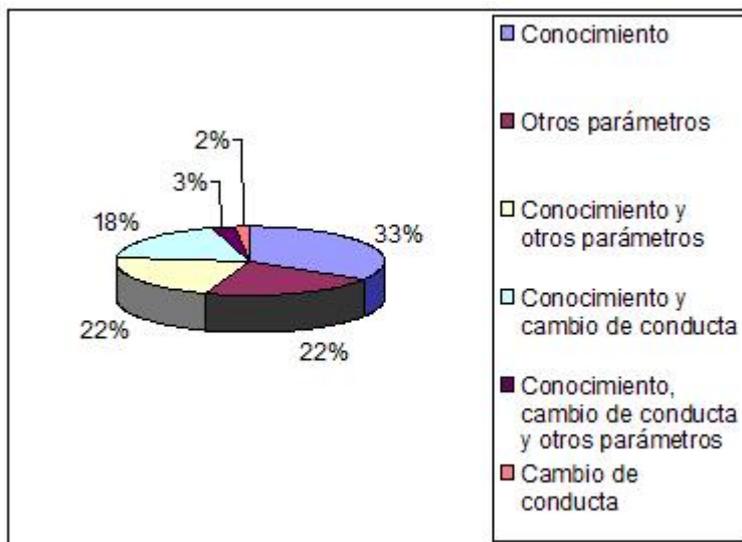
²⁵ En este sentido queremos hacer mención a dos estudios: Kraywinkel, K.; Heidrich, J.; Heuschmann, P.U.; Wagner, M.; Berger, K., 2007, donde se estudia la percepción de riesgo entre los participantes en una campaña de sensibilización y Kleindorfer, D.O.; Miller, R. et al., 2007, en el que se compara la efectividad de campañas que utilizan 3 ó 5 síntomas para el reconocimiento del ictus.

²⁶ Por ejemplo, el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) http://www.cdc.gov/Stroke/cdc_addresses.htm

²⁷ Schneider, A. et al., 2003.

²⁸ Marx, J.J. et al., 2009.

²⁹ Por ejemplo, la Fundación del Corazón, de Holanda.

GRÁFICO 2. Parámetros de evaluación

Fuente: elaboración propia.

Aunque la mayoría de campañas masivas se dirigen a la población en general (ya que normalmente es una segunda persona la que identifica los signos de ictus en la persona que lo está sufriendo), hay tres tendencias específicas de segmentación para poder diseñar mensajes a medida: personas mayores (el segmento de edad con mayor prevalencia), niños (dado que conviven con frecuencia con personas de avanzada edad y, a la vez, aprenden de por vida a reconocer un ictus) y mujeres (por sexo, el que suele tardar más³⁰ en llegar al hospital).

2. Intervenciones para pacientes post-ictus:

Destaca la cantidad de artículos dedicados a evaluar la eficacia de materiales para pacientes post-ictus (27%). Para poder reducir al máximo tanto la afectación de los pacientes como el gasto sanitario general, una buena planificación necesita, además de apelar a la organización del sistema sanitario y a la población de riesgo, reforzar la educación de pacientes post-ictus³¹, ya que con cierta frecuencia son objeto de nuevos eventos. En la revisión se distinguen 22 intervenciones para pacientes post-ictus y allegados/cuidadores:

- 9 artículos evalúan materiales escritos y/o audiovisuales para pacientes post-ictus. De ellos, 4 se refieren a materiales escritos, 4 a herramientas informáticas que personalizan la información que se entrega a los pacientes, y 1 analiza un paquete general que incluye material audiovisual.

³⁰ Gargano, J.W.; Wehner, S.; Reeves, M.J., 2009.

³¹ Jones, D.W., 2008.

- 6 artículos valoran el conocimiento sobre la enfermedad de pacientes post-ictus para la definición de debilidades y nuevos *targets*.
- 4 son intervenciones educativas específicas.
- 3 artículos evalúan la eficacia de un servicio de apoyo a pacientes.

3. Intervenciones para profesionales:

Como parte de la organización del sistema sanitario, es imprescindible reforzar las intervenciones para profesionales; en la documentación revisada aparecen 4 intervenciones:

- 1 para servicios de emergencias, sobre reconocimiento de signos y síntomas del ictus;
- 1 para enfermería, centrada en la educación sobre el cuidado a pacientes;
- 2 que involucran la participación de médicos de atención primaria y de neurólogos y la eficacia de su comunicación con el paciente.

Por otro lado, debemos poner atención a los tipos de intervenciones y a los agentes sociales involucrados. Podemos distinguir entre dos grupos:

1. Intervenciones publicitarias y de incidencia en la agenda de los medios:

- 1.1. Publicitarias. Se utilizan casi todos los soportes publicitarios disponibles en la actualidad, adaptados al área geográfica de cobertura de la campaña. Destaquemos dos circunstancias:
 - a. La mínima utilización hasta el momento de campañas en que las nuevas tecnologías cumplan un papel relevante. El uso de los soportes tecnológicos en las campañas aporta una capacidad de interactuar con la población que los demás soportes publicitarios no traen consigo. Es cierto que algunos de los motores de interactividad más potentes en la actualidad, como podrían ser las redes sociales, sólo han tomado relevancia en el último año como herramienta publicitaria, y que el *target* de las campañas podría relegar la importancia de estas a un papel secundario (si elegimos como *target* de la intervención a la población mayor, especialmente de áreas no urbanas, esta tiene indiscutiblemente menos acceso a las tecnologías); sin embargo, en las sociedades occidentales ya existe un porcentaje lo suficientemente importante de población que utiliza las tecnologías (internet y móvil) como para poder incorporarlas en las programaciones habituales, si el *target* así lo recomienda.
 - b. Se observa una proliferación de anuncios con historias personales, buscando el impacto emocional, y publireportajes informativos.
- 1.2. Incidencia en la agenda de medios de comunicación, para elaboración de contenidos noticiosos. En relación con la planificación de campañas de comunicación desde gabinetes de prensa para la cobertura de temas relacionados directa o indirectamente con el ictus, los artículos revisados ofrecen pocos detalles, por lo que cabe deducir que se trata de un recurso

poco explotado. Lo único que se menciona es la publicación de historias personales de pacientes (recurso muy empleado en cualquier enfermedad para ganar la empatía del destinatario y dar protagonismo al enfermo y, así, que se fomente la ayuda mutua, la autoestima y se promueva al empoderamiento³²) y entrevistas con profesionales.

2. Intervenciones educativas:

- Para profesionales: médicos de primaria, enfermeras y equipos de emergencias.
- Para la población: normalmente con un *target* específico (niños, mujeres, personas mayores,...)
- Eventos públicos: se reportan exposiciones y eventos de carácter lúdico-festivo, aunque en ninguna de estas referencias se explicita el diseño de materiales o el mensaje.

Destaca, por otro lado, el uso de agentes sociales para la planificación estratégica de ciertas campañas³³. Estas figuras, personas reconocidas socialmente o cercanas a la comunidad en la que se programa la intervención (profesionales de la peluquería, de la enseñanza, cantantes, periodistas, etc), pueden propiciar el cambio (de actitudes o de comportamiento) a través de un proceso mediatizado de influencia, como discutiremos más adelante. Estas intervenciones están fundamentadas en el *Health Belief Model* (HBM), que intenta comprender las actitudes de las personas a través de percepciones individuales.

En cuanto a materiales promocionales de campaña, abundan los folletos (dípticos, trípticos, etc) que explican en detalle el lema de campaña (signos y síntomas), los pósters y el merchandising variado: pegatinas, imanes, calendarios y/o carnets con el FAST, etc.

4. Discusión

Uno de los equipos más veteranos en la realización de intervenciones de sensibilización relacionadas con el ictus es el liderado por la doctora Dawn Kleindorfer, del llamado Greater Cincinnati/Nothern Kentucky Stroke Team. En la última revisión de tendencias publicada hasta el momento por este equipo³⁴, se comparan datos de las encuestas realizadas a la población de la zona Cincinnati en 1995, 2000 y 2005, presumiblemente, como investigación previa al planteamiento de la nueva encuesta quinquenal. Es interesante destacar los resultados de esta revisión, debido, por un lado, a su singularidad y, por otro, a sus resultados. Kleindorfer destaca en sus conclusiones que la falta de mejora en el conocimiento público de los signos y factores de riesgo es especialmente sorprendente, ya que el equipo se dedica de forma

³² "Proceso por el que los pacientes reciben una información, que convenientemente adaptada y comprendida (evidencia científica para pacientes) les capacita a tomar mejores decisiones sobre su salud, junto a sus médicos y demás personal sanitario que les asisten en sus procesos de enfermedad" (Casado, 2010).

³³ Véase, por ejemplo, Leifeld, T.; Rau, R.; Mensing, M., 2009; Kleindorfer, D.O.; Miller, R.; Sailor-Smith, S.; Moomaw, C.J.; Khoury, J.; Frankel, M.R., 2008; Williams, O.; Noble, J., 2008; Zahuranec, D. et al., 2008; Rau, R.; Morgenstern, L.B. et al., 2007.

³⁴ Kleindorfer, D.O. et al., 2009.

activa a la organización de campañas para la comunidad desde 1988, tanto para profesionales como para la población en general.

El artículo apunta haber realizado 6.209 encuestas entre 1995 y 2005. En el cómputo final se observó una mejora en el conocimiento del ictus entre la población encuestada entre 1995 y 2000. Mencionemos los siguientes resultados:

- sobre los síntomas y signos de estar sufriendo un ictus: del 48% de la población que conocía al menos un signo en 1995 se pasó al 68% en 2000;
- y sobre los factores de riesgo: del 59% de la población que conocía al menos un factor de riesgo en 1995 se pasó al 71% en el 2000.

Entre 2000 y 2005, sin embargo, el conocimiento general no mejoró de forma significativa, según Kleindorfer, excepto en el crecimiento del porcentaje de personas que reconocen 3 síntomas (del 12% en 1995 al 16% en 2005.) Preguntados en 2005 por su conocimiento sobre el tratamiento que se podría aplicar sobre algunos casos de ictus, sólo un 3.6% de los encuestados fueron capaces de responder por sí solos "*clot buster*", la denominación popular para el rTPA en inglés; según las encuestas, estas personas eran fundamentalmente de población caucásica, con un nivel de educación mayor y, por otro lado, más jóvenes que la media de los encuestados. Por otra parte, parece que aún existe un menor conocimiento sobre el rTPA entre la población afroamericana (precisamente la población de mayor riesgo en esa área geográfica.)

El artículo concluye que los mensajes de sensibilización entre la población deberían centrarse en:

- la existencia de tratamientos urgentes, además de en síntomas y factores de riesgo;
- hacer mensajes a medida para población afroamericana.

Lo que identifica el equipo de la Dra. Kleindorfer como resultado de la interpretación de las tres últimas oleadas de encuestas realizadas por su equipo, es en realidad una regla básica de las campañas de marketing social: no se puede impeler al *target* a la "acción", sin ofrecer un resultado positivo asociado a la misma.

El marketing social³⁵ es el uso de principios y técnicas de marketing para influir en una audiencia *target* a aceptar, rechazar, modificar o abandonar de forma voluntaria, un comportamiento determinado, en beneficio de individuos, grupos, o la sociedad en su conjunto. El marketing social, que se utilizó en sus inicios (años 70) como estrategia para la comunicación en el ámbito de la planificación familiar, pasa después a desarrollarse a través de los sistemas de salud pública en contextos tanto nacionales como internacionales, y se suele utilizar para mejorar la salud, prevenir enfermedades o accidentes, proteger el medioambiente, contribuir al desarrollo de la comunidad, etc.

³⁵ Kotler, P.; Roberto, N.; Lee, N., 2002.

TABLA 3. Comparación del conocimiento de signos del ictus y factores de riesgo entre encuestas, población Greater Cincinnati/Northern Kentucky

	1995 (N=1.880)	2000 (N=2.173)	2005 (N=2.156)
Número de factores de riesgo conocidos			
0	606 (32.2%)	620 (28.5%)	624 (28.9%)
1	827 (44.0%)	899 (41.4%)	829 (38.4%)
2	398 (21.2%)	571 (26.3%)	600 (27.8%)
3	49 (2.6%)	83 (3.8%)	103 (4.8%)
Número de signos de ictus correctos conocidos			
0	845 (45.0%)	689 (31.7%)	689 (32.0%)
1	612 (32.6%)	606 (27.9%)	575 (26.7%)
2	321 (17.1%)	618 (28.4%)	553 (25.6%)
3	102 (5.4%)	260 (12.0%)	339 (15.7%)

Fuente: Adaptación de la tabla de Kleindorfer et al., 2009

En el momento en que queremos cambiar un comportamiento de la población, no sólo hacia la persona individualmente, sino hacia los demás, hemos de utilizar teorías de comunicación participativas que tomen como punto de partida un proceso de toma de conciencia de las personas expuestas al programa, que les ponga en contacto con el conocimiento necesario para poder después llegar a sus propias conclusiones, y con ellas, la necesidad de transformar la realidad a partir de su intervención en los procesos.

En este sentido, todas las intervenciones analizadas centran el enfoque en la información sobre síntomas y signos y en impeler a la acción, olvidando lo fundamental: que cuando se pide un cambio de comportamiento, se debe dar la clave de por qué se está pidiendo ese cambio, ofreciendo un elemento positivo en su resolución. Tanto en las campañas que utilizan el FAST, como por ejemplo en el *Give me 5*, no se incide lo suficiente en el porqué de la necesidad de ir rápido: se dice que es una urgencia médica, que hay que actuar rápido sin explicar que existe un tratamiento y un plazo en el que se debe actuar (cuán "rápido" se debe actuar) para que dicho tratamiento pueda ser eficaz. Una actividad participativa en la que se muestre a la ciudadanía que ayudando a reconocer el ictus podrían llegar incluso a salvar la vida de una persona, ofrece una recompensa inmejorable para impeler a la acción. Una necesidad que también han reconocido Mosley; Nicol; Donnan; Patrick; Dewey (2007), insistiendo en que la clave está en la reducción del tiempo de llegada al hospital.

A esta misma conclusión llegó el estudio de otro destacado foco de investigación en comunicación e ictus en Estados Unidos, el *Stroke Program* de la *University of Michigan Medical School*, liderado por el doctor Lewis B. Morgenstern (2007): en vez de utilizar el miedo para promover a la acción, se necesitaba

motivación, a través de una mejora en el resultado como expectativa general del cambio de comportamiento. Paralelamente, las cifras daban un bajo porcentaje de reconocimiento y recuerdo a una de las mayores poblaciones de riesgo del estado (mexicoamericanos). Recordemos que también Kleindorfer (2009) menciona como posibles causas para la no eficacia de las campañas la posible mala segmentación del público, tanto en ámbito local como nacional.

Para paliar ambos efectos, el *Stroke Program* puso en marcha el proyecto *Kids Identifying and Defeating Stroke* (KIDS), de forma que no sólo formarían a niños, sino también a sus padres y/o personas que les tutelarán (la persona que está sufriendo el ictus rara vez puede avisar a los servicios de urgencias; el 95.5%³⁶ de ocasiones es un familiar, viandante, etc), pensando que la motivación sería más fácil de encontrar entre niños, y que a través de ellos sería más fácil llegar a sus padres.

La intervención, multinivel (abordando los repertorios de comportamiento, las influencias de la escuela y los padres, factores de personalidad, incluyendo análisis de las expectativas, autoeficacia y análisis cognitivo del comportamiento) hizo un seguimiento de los alumnos de tres colegios, durante tres cursos distintos (de 6º a 8º) en Corpus Christi (Texas.) El conocimiento en los tres campos de valoración (fisiopatología, síntomas y signos, e intención de llamar al teléfono de urgencias) entre los niños mejoró en todas sus medias, como se puede observar en la tabla adjunta, aunque el de los adultos no se pudo valorar, ante la falta de las encuestas cumplimentadas adecuadamente.

TABLA 4. Promedio de la proporción de respuestas correctas de estudiantes, pre-test vv. post-test, incluyendo sólo aquellos que cumplimentaron ambos tests

	<i>Fisiopatología</i> <i>Media (SD)</i>	<i>Conocimiento de</i> <i>síntomas</i> <i>Media (SD)</i>	<i>Intención de</i> <i>llamar al 061</i> <i>Media (SD)</i>
<i>Grupo de intervención</i> <i>n=128</i>			
<i>Pre-test</i>	0.30 (0.20)	0.29 (0.26)	0.37 (0.22)
<i>Post-test</i>	0.40 (0.23)	0.59 (0.23)	0.73 (0.26)
<i>Grupo de control n=121</i>			
<i>Pre-test</i>	0.30 (0.20)	0.26 (0.23)	0.32 (0.25)
<i>Post-test</i>	0.23 (0.20)	0.32 (0.25)	0.38 (0.24)

Fuente: Adaptación de la tabla de Morgenstern et al. (2007)

Por último, Kleindorfer (2009) achaca el mal funcionamiento de las campañas a un tercer elemento: el hecho de que no se había realizado una prueba piloto antes de su puesta marcha. Debemos recordar que tanto la segmentación anteriormente mencionada, como una evaluación piloto de las campañas, son dos de

³⁶ Wein, T.H. et al., 2000.

los elementos esenciales para el éxito de cualquier campaña de comunicación³⁷. La monitorización, en definitiva, se debería contemplar en un futuro como un elemento esencial para poder comprobar la efectividad de las intervenciones.

Otro elemento esencial a tener en cuenta es la utilización de agentes sociales, en los que confían las personas participantes en el programa educativo/informativo. El caso del proyecto KIDS, por ejemplo, utiliza las figuras de los profesores, y otro proyecto del equipo de Cincinnati³⁸ para niños mostraba la bondad de exponer a los niños a la interacción con un superviviente de ictus.

En un contexto distinto, el proyecto *The Beauty Shop Stroke Education Project* del equipo de Kleindorfer, en colaboración con la *Emory University* (Atlanta)³⁹, utilizaba las peluquerías para clientas afroamericanas con el objetivo de poner en marcha una campaña en un segmento de alto riesgo. La peluquería es uno de los pocos lugares a los que, por razones intrínsecamente culturales, van las mujeres afroamericanas de manera regular, por lo que las relaciones de confianza que establecen con sus peluqueras podrían ser utilizadas a favor de una comunicación más fluida, en un momento en el que además esas mujeres pueden ser más proclives a escuchar. Los resultados de este programa fueron muy satisfactorios, ya que supone la combinación ideal de una 'audiencia cautiva' y un educador en el que se confía. El artículo reporta que se han puesto en marcha toda una serie de proyectos relacionados con otras enfermedades utilizando el mismo método (cáncer de próstata, hipertensión, cáncer de mama, etc). Finalmente, Kleindorfer menciona que aún no se ha podido conseguir el efecto deseado sobre los resultados relacionados con el cambio de comportamiento ante los factores de riesgo. El artículo plantea como hipótesis el hecho de que no tener una regla mnemotécnica lo hacía más difícil, pero tampoco deja de mencionar lo evidente: la dificultad en conseguir un cambio de comportamiento. Pero insiste en la necesidad de que no se deje de fomentar la educación para la salud, ya que la aplicación del *Health Belief Model* sugiere que el conocimiento de los factores de riesgo, y en particular, del sentimiento de vulnerabilidad de la propia persona hacia el ictus son importantes para cambiar el comportamiento⁴⁰. Kleindorfer concluye, que se deberían dividir los mensajes de las intervenciones y exponer a la población por separado a ellos.

Sin embargo, no todas las campañas están diseñadas utilizando como base la misma línea teórica sobre comunicación y salud. De esta forma, la *American Heart Association* (AHA) explica su planificación de actividades en relación con el público en general (que denominan "consumidores") y pacientes diagnosticados⁴¹, según el modelo transteorético desarrollado por Prochaska, que intenta explicar y predecir los cambios en los comportamientos relacionados con la salud atendiendo a tres aspectos

³⁷ Mosquera, M., 2002.

³⁸ Miller, E.; Miller, K.; Kleindorfer, D.O., 2007.

³⁹ Kleindorfer, D.O.; Miller, R.; Sailor-Smith, S.; Moomaw, C.J.; Khoury, J.; Frankel, M.R., 2008.

⁴⁰ Véase, por ejemplo, Morgenstern, L.B. et al., 2002.

⁴¹ Jones, D.W. et al., 2008.

fundamentales: estadios, procesos y niveles de cambios ⁴². Aunque este modelo es utilizado fundamentalmente para definir procesos adictivos, la AHA ha aplicado en su diseño de campañas cuatro de las cinco etapas⁴³ en las que Prochaska dividió el progreso en el comportamiento de los individuos frente a un problema de salud: precontemplación, contemplación, preparación y mantenimiento. De esta manera, como se puede comprobar en la Tabla 5, la AHA planifica sus campañas según un objetivo concreto, relacionado con fomentar el paso de un estadio a otro en el proceso de cambio de comportamiento: la sensibilización servirá para pasar de un estadio precontemplativo al contemplativo; la evaluación del riesgo o una intervención educativa, servirá para pasar del estadio contemplativo a la preparación para la acción, y así sucesivamente.

El objetivo de la AHA, en este caso, es “empoderar” a sus ciudadanos⁴⁴ implicándoles en los procesos de salud cardiovascular de forma global y en primera persona, tanto desde la prevención como desde la gestión de la enfermedad, de la misma forma que cualquiera de los programas de promoción de la salud aplicados desde la OMS para intervenciones sobre enfermedades infecciosas en países en desarrollo.

TABLA 5. Programación de actividades de la AHA, según los estadios del modelo transteorético de Prochaska y el objetivo estratégico de la organización

Fases transteoréticas	Estadio precontemplativo	Estadio contemplativo	Preparación para la acción	Mantenimiento de la salud
Estrategia de organización	Campañas de sensibilización	Evaluación del riesgo/educación	Manejo de la salud/enfermedad	Policy advocacy
Ejemplo de iniciativas AHA	Campaña <i>Go Red For Women</i>	Identificación de pacientes de riesgo	Heart360	Cobertura, reformas

Fuente. Adaptación de la tabla en Jones et al., 2009.

4.1. Limitaciones observadas

De los artículos revisados se extraen una serie de limitaciones, que se habrían de tener en cuenta al planificar las intervenciones y, de esta manera, solventarlas:

a. Campañas de sensibilización

- en las evaluaciones casi no existen grupos de control, por lo que no se pueden contrastar los datos recogidos;

⁴² León Rubio, J.; Medina Anzano, S., 2002.

⁴³ Prochaska incluía la acción como cuarta etapa, situada entre la etapa de preparación y la etapa de mantenimiento.

⁴⁴ Jones, D.W. et al., 2008.

- no se ha comprobado que un mayor conocimiento sobre la enfermedad mueva a la población a buscar ayuda con mayor prontitud, ni que se promueva el cambio hacia hábitos más saludables. En este sentido, quizás fuera más efectivo asegurarse de que se utiliza una campaña multinivel⁴⁵;
- falta de segmentación en relación con factores sociales y/o culturales;
- la persona puede saber qué tiene que hacer, pero no estar preparado (ánimicamente, mentalmente) para acometerlo;
- faltan evaluaciones de campañas de sensibilización en zonas rurales;
- las personas no son conscientes de lo que no saben, por lo que es complicado acertar con las necesidades de información/aprendizaje.

b. Intervenciones post-ictus

- el estado de discapacidad del paciente influye, en ocasiones, en el resultado de las intervenciones (dificultad en el entendimiento o asimilación del aprendizaje; discapacidades físicas que le impiden asistir o aprovechar adecuadamente encuentros y/o intervenciones; falta de acompañantes para las reuniones, etc);
- es probable que el estado psicológico del paciente influya en gran medida en los resultados de las campañas: habría que valorar en cada caso si puede o no ser el momento más adecuado para la comunicación. Por otro lado, como sucede con la población en general, el paciente puede saber qué tiene que hacer, pero no estar preparado (ánimicamente, mentalmente) para acometerlo;
- los pacientes podrían no ser conscientes de lo que no saben, por lo que es complicado acertar con las necesidades de información/aprendizaje; por otra parte, un estudio demostró que un mejor conocimiento sobre el ictus no asegura que el paciente vaya a mejorar ni su salud física ni la mental⁴⁶.

5. Conclusiones

La primera conclusión y quizás la más importante a la que llegamos es que tras revisar diez años de literatura científica internacional que nos habla de campañas sobre el ictus, en tan sólo 79 artículos hay algún tipo de referencia a la evaluación. Estos 79 artículos aparecen en 32 publicaciones científicas y están publicados en un 53% en revistas de EE.UU., en un 11% en revistas australianas, en un 9% en publicaciones de Canadá y Alemania y en un 5% en publicaciones de Países Bajos y Gran Bretaña. Los resultados no dejan de remarcar aquello que ya es obvio en estos casos, la concentración de referencias en publicaciones de impacto anglosajonas, pero también que existe una coincidencia entre interés por la

⁴⁵ Goldstein, L. B., 2003.

⁴⁶ Rodgers, H.; Atkinson, C.; Bond, S.; Suddes, M.; Dobson, R.; Curless, R., 1999.

evaluación en aquellos lugares en los desde hace más tiempo y de manera más sistemática se han realizado planes integrales para prevenir y tratar el ictus.

Debemos resaltar que tan sólo 2 de esos artículos aparecen en revistas sobre comunicación y salud (ninguno en revistas que se autodenominen de comunicación). Las 30 publicaciones restantes son biomédicas, siendo *Stroke* (con 33 referencias) la publicación en la que aparecen más artículos, lo cual no es extraño ya que se trata de una publicación de referencia mundial en el tema ictus. Ahora bien, dado que buscábamos campañas –o sea, procesos comunicativos- y cómo habían sido evaluadas, los resultados también nos pueden decir que hay un cierto ensimismamiento en los estudios de comunicación y que son poco transdisciplinarios.

La gran mayoría de los artículos analizados se centran en describir instrumentos o campañas de comunicación y/o educación, siendo un 41% de ellos evaluaciones del conocimiento de un colectivo con *target* definido (28 escritos) y el 34% intervenciones educativas (24 escritos). De estos últimos, recordemos que en 8 se evalúan materiales de diverso tipo (folletos, vídeos, libros, guías, programas informáticos) diseñados para pacientes post-ictus y/o cuidadores/familiares, en 5 artículos se analizan campañas (desde cómo se concibió el mensaje de la campaña hasta sus resultados finales; se dedica espacio a la intervención en los medios de comunicación), en 3 se analizan sitios web de diverso carácter con información específica sobre el ictus y 2 se refieren a comprar las informaciones difundidas relacionadas con la salud con aquellas relacionadas, específicamente, con el ictus. Tan sólo el 7% son artículos dedicados a la descripción y evaluación de campañas masivas.

Por otro lado, prevalece la evaluación cuantitativa: un 81% de los artículos analizados (en el 93% de los casos mediante encuestas). En un 4% se utiliza la triangulación y tan sólo en un 3% de los casos hay exclusivamente evaluaciones cualitativas. Recordemos que desde el ámbito biomédico existe una gran desconfianza a los métodos de investigación cualitativos y que su uso es muy restrictivo. En el 12% de los artículos analizados se describen experiencias no empíricas (9 en total; se trata de 4 editoriales centrados en la revisión de tendencias y de 5 cartas de contenido relevante para la investigación dada la contextualización que realizan). Cabe resaltar que de los 70 restantes (el resultado no es igual a 70 dado que en más de un caso hay referencias múltiples) en 50 ocasiones se valora el conocimiento de la población, en 15 el cambio de conducta, en 9 la necesidad de información del *target* y en 5 la percepción de riesgos.

Debemos constatar que en 18 artículos se hace referencia a campañas o intervenciones anteriores. La más mencionada es la campaña FAST (8 artículos), seguida por la "Go Red for Heart Disease" (2 artículos) y la TLL Temple Foundation (2 artículos), siendo el resto menciones singulares. Por otro lado, en 22 ocasiones se centran en actuaciones una vez ocurrido un primer episodio de ictus.

Entendemos que la comunicación debe ser un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud y, así, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Mosquera, 2002).

Programas o intervenciones que, por otra parte, deberían:

- construir mensajes que partan de la evidencia científica veraz,
- priorizar la segmentación de audiencias,
- llegar a la población a través de canales de comunicación que sean familiares, apoyados si fueran necesarios por la utilización de la influencia interpersonal, a través de agentes sociales que propicien el cambio de conductas,
- fomentar la implicación de la población, convirtiendo las intervenciones en verdaderos programas de promoción de la salud,
- incluir la evaluación y monitorización de los programas desde su planificación inicial, de forma que se utilice no sólo para valorar los resultados obtenidos, sino para contribuir a asegurar la buena marcha de la intervención y evitar eventos o resultados no esperados.

La revisión de la documentación analizada nos demuestra la eficacia en las campañas de:

- el acrónimo "FAST" como regla mnemotécnica. Por ejemplo, en tests con niños el recuerdo del FAST es cercano al 90%. Ahora bien, el nivel de recuerdo de los factores de riesgo es mucho menor;
- las campañas para reconocer el ictus que se basan en 3 síntomas son más eficaces que las tienen en cuenta 5;
- las estrategias de comunicación intensivas (mucho esfuerzo comunicativo en poco tiempo) no funcionan por sí solas, han de estar apoyadas en una estrategia de comunicación extensiva, que refuerce el mensaje periódicamente;
- las campañas multinivel, que utilicen más de un instrumento, y adaptadas al entorno;
- la utilización de agentes sociales que acerquen los contenidos de las campañas al target. La cercanía implica un mayor nivel de confianza, por lo que la comunicación también se muestra más efectiva;
- los mensajes contruidos para niños y preadolescentes, especialmente aquellos programas de larga duración y con la participación de agentes sociales.

Para finalizar, la lógica de la planificación nos dice que la estrategia de campaña ha de adecuarse a las circunstancias espacio-temporales y financieras del momento, además de no poder olvidar el sector social al que intenta apelar. Teniendo en cuenta estos *a priori*s inexcusables que determinarán la elección de estrategia final de la institución o entidad en cuestión, a partir de las conclusiones del estudio se pueden extraer las siguientes recomendaciones prácticas:

- Está suficientemente demostrado que el diseño de una intervención global podría iniciarse con una campaña masiva en medios de comunicación de alta intensidad, para más tarde mantenerla en el tiempo con intensidad menor. Esta secuencia temporal se ha mostrado como la más eficaz para ayudar al refuerzo de conocimiento y al aprendizaje del público. Su capacidad de extraer resultados, sin embargo, es correlativa a la inversión necesaria para llevarla a cabo.
- El diseño de cualquier campaña global debería incluir, igualmente, una intervención educativa comunitaria, que es la forma más efectiva y eficiente de acercar a la población los contenidos, creando además referencias cercanas. De esta manera, el diseño de la campaña se acercaría al concepto de promoción de la salud referenciado en este artículo, con el objetivo de “empoderar” a la población. También es recomendable la utilización de agentes sociales. Este tipo de intervenciones comunitarias se han mostrado muy útiles y no pierden eficacia cuando contamos con un presupuesto ajustado. A la vez, han resultando adecuadas para las comunidades rurales⁴⁷ en Estados Unidos (poblaciones medianas y pequeñas en Europa), especialmente cuando se tratan de campañas multinivel (Morgenstern, L.B. et al., 2007).
- En cualquier caso, es imprescindible incluir la monitorización (es decir, la evaluación en todas sus etapas) de las intervenciones desde su planificación, recomendándose la realización de una prueba piloto sobre los materiales del programa completo en un área de población controlada. Según hemos visto en las limitaciones, además, es necesaria la introducción de grupos de control para poder contrastar adecuadamente los resultados.
- Los mensajes de sensibilización se deberían de centrar en:
 1. La existencia de tratamientos urgentes aparte de síntomas y factores de riesgo: no se puede animar a la acción sin ofrecer un posible resultado positivo con el cambio de comportamiento. Se habría de incidir en:
 - el porqué de la necesidad de actuar rápido,
 - y con qué rapidez se ha de actuar.
 2. Configurar mensajes a medida, específicos para la población de riesgo del área geográfica en la cual se está desarrollando la campaña, sin olvidar los factores socio-culturales.
- En relación con intervenciones para pacientes post-ictus y cuidadores, familiares y allegados, resulta esencial evaluar el conocimiento de pacientes y entorno, una vez pasado un tiempo del evento. Se ha demostrado que el proceso traumático por el que se pasa afecta de tal forma a las personas involucradas que el recuerdo es desigual, así como el impacto de la información escrita y

⁴⁷ Tadros, A.; Crocco, T.; Davis, S.M.; Newman, J.; Mullen, J.; Best, R.; Teets, A.; Maxwell, C.; Slaughter, B.; Teter, A., 2009.

oral que se recibe durante el ingreso. Por ello, se ha subrayado la necesidad del acompañamiento del paciente en intervenciones comunitarias⁴⁸ y grupos de ayuda mutua.

- A pesar de que la mayoría de las intervenciones revisadas en este trabajo han sido lideradas por una sola institución, entendemos que debería haber una mayor cooperación entre administraciones, sociedades científicas, universidades, organizaciones de pacientes y allegados, centros médicos y entidades privadas.
- Nos parece imprescindible que las campañas sean el resultado de la transdisciplinariedad entre las ciencias de la salud y de la comunicación.

Bibliografía:

Abilleira, S.; Ribera, A.; Permanyer, G.; Salvat-Plana, M.; Gallofré, M. (2009). Determinantes de la demora en la alerta tras el ictus. *Neurología*, 24(8), 598-599.

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (2009). Guia de Pràctica Clínica. (2nd ed.). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Alvarado López, M^a C; de Andrés del Campo, S (2005). Una reflexion crítica sobre la publicidad estatal. El Estado: ¿anunciante social? *Telos*, 64. Consultado en <http://sociedadinformacion.fundacion.telefonica.com/telos/articulocuaderno.asp?idarticulo=3&rev=64.htm>

Becker, K.; Fruin, M.; Gooding, T.; Tirschwell, D.; Love, P.; Mankowski, T. (2001). Community-based education improves stroke knowledge. *Cerebrovasc Dis*, 11, 34-43

Blades, L.L. et al. (2006). Impact of a short-term campaign to increase community awareness of stroke warning signs, risk factors, and the need to use 911. *Stroke*, 37(2), 671.

Brice, J.H.; Griswell, J.; Delbridge, T.; Key, C. (2002). Stroke: from recognition by the public to management by emergency medical services. *Prehosp Emerg Care*, 6, 99-106.

⁴⁸ Rimmer, J.; Braunschweig, C.; Silverman, K.; Riley, B.; Creviston, T.; Nicola, T., 2000.

Bretón-López, J.; Buela-Casal, G. (2006). Cuestionario para la evaluación del impacto de campañas publicitarias sobre prevención del VIH/SIDA. *Psicothema*, 18:3; 557-564.

Casado, S. (2010). Empoderamiento de los pacientes. Consultado en:
<http://doctorcasado.blogspot.com/2010/04/empoderamiento-de-pacientes.html>

European Heart Network (2008). *European cardiovascular disease statistics*. Consultado en
<http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=7683>

European Registers of Stroke Investigators (2009). Incidence of stroke in europe at the beginning of the 21st century. *Stroke*, 40(5), 1557-1563.

Eurostats (2009). *Health Statistics. Atlas on mortality in the European Union*. Luxemburgo: European Communities.

Gargano, J.W.; Wehner, S.; Reeves, M.J. (2009). Do presenting symptoms explain sex differences in emergency department delays among patients with acute stroke? *Stroke*, 40, 1114-1120.

Goldstein, L.B. (2003). Editorial comment--Advertising strategies to increase the public knowledge of the warning signs of stroke. *Stroke*, 34(8),1968-1969.

Hodgson, C; Lindsay, P.; Rubini. F. (2007). Can mass media influence emergency department visits for stroke? *Stroke*, 38(7), 2115-2122.

Jones, D.W. et al., (2008). Translating research into practice for healthcare providers: the American Heart Association's strategy for building healthier lives, free of cardiovascular diseases and stroke. *Circulation* 2008, 118(6), 687-696.

Kwan, J.; Hand, P.; Sandercock, P. (2004). A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke. *Age Ageing*, 33, 116-121.

Kleindorfer, D.O. et al (2009). Temporal Trends in Public Awareness of Stroke: Warning Signs, Risk Factors, and Treatment. *Stroke*, 40, 2502-2506.

Kleindorfer, D.O.; Miller, R.; Sailor-Smith, S.; Moomaw, C.J., ,Khoury, J.; Frankel, M.R. (2008). The Challenges of Community-Based Research: The Beauty Shop Stroke Education Project. *Stroke*, 39, 2331-2335.

Kleindorfer, D.O. et al. (2007). Designing a message for public education regarding stroke: does FAST capture enough stroke? *Stroke*, 38(10), 2864-2868.

Kotler, P.; Roberto, N.; Lee, N. (2002). *Social Marketing. Improving the quality of life* (2nd ed.). London: SAGE Publications.

Kraywinkel K, Heidrich J, Heuschmann PU, Wagner M, Berger K. (2007). Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. *Bmc Public Health*, 7. Consultado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1838904/>

Leifeld, T.; Rau, R.; Mensing, M. (2009). Community Stroke knowledge: a new information strategy through a joint project of the public health service and the hairdressers' guild of the Wesel district. *Journal of Public Health*, 17: 6, 371-376.

León Rubio, J.; Medina Anzano, S. (2002). *Psicología social de la salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones.

Marx, J.J. et al. (2009). An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. *European Journal of Neurology*, 16(5), 612-618.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Miller, E.; Miller, K.; Kleindorfer, D.O. (2007). FAST Stroke prevention educational Program for middle school students: pilot study results. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39:236-242.

Mosley, I.; Nicol, M.; Donnan, G.; Patrick I; Dewey, H. (2007). Stroke Symptoms and the Decision to Call for an Ambulance. *Stroke*, 38, 361-366.

Mosquera, M. (2002). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. *La iniciativa de la comunicación*. Consultado en www.comunit.com/en/node/150400

Morgenstern, L.B. et al. (2007). A randomized controlled trial to teach middle school children to recognize stroke and call 911. The Kids identifying and defeating stroke project. *Stroke*, 38(11), 2972-2978.

Morgenstern, L.B. et al. (2002). Improving delivery of acute stroke therapy: the TLL Temple Foundation Stroke project. *Stroke*, 33, 160-166.

OMS (2003). *MONICA Monograph and Multimedia Sourcebook*. Consultado en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>

OMS (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Ginebra: OMS.

OMS (2002). *Education for Health Promotion. Report of an intercountry expert Committee Meeting*. Consultado en http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA_HE_184.pdf

OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: OMS. Consultado en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Rimmer, J.; Braunschweig, C.; Silverman, K.; Riley, B.; Creviston, T.; Nicola, T. (2000). Effects of a short-term health promotion intervention for a predominantly African-American group of stroke survivors. *Am J Prev Med*, 18(4), 332-338.

Rodgers, H.; Atkinson, C.; Bond, S.; Suddes, M.; Dobson, R.; Curless, R. (1999). Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers. *Stroke*, 30, 2582-2591.

Rudd, A.; Williams, L.S. (2009). Advances in health policy and outcomes. *Stroke*, 40, e301-e304.

Sánchez-Mellado, L. (2010). Rafael Matasanz, *El País Semanal*, n. 1762, 24-29.

Schneider, A. et al. (2003). Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *JAMA*, 289, 343-346.

Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14,32-38.

Tadros, A.; Crocco, T.; Davis, S.M.; Newman, J.; Mullen, J.; Best, R.; Teets, A.; Maxwell, C.; Slaughter, B.; Teter, A. (2009). Emergency Medical Services-Based Community Stroke Education. Pilot Results From a Novel Approach. *Stroke*, 40, 2134-2142.

The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rTPA Stroke Study Group. (1997). A system approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. *Stroke*, 28, 1530-1540.

Wein, T.H. et al. (2000). Activation of emergency medical services for acute stroke in a nonurban population: the TLL Temple Foundation Stroke Project. *Stroke*, 31, 1925-1928.

Williams, O.; Noble, J. (2008). 'Hip-Hop' Stroke: A Stroke Educational Program for Elementary School Children Living in a High-Risk Community. *Stroke*, 39, 2809-2816.

Zahuranec, D. et al. (2008). Stroke health and risk education (SHARE) pilot project: feasibility and need for church-based stroke health promotion in a bi-ethnic community. *Stroke*, 39(5), 1583-1585.