.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Aportes para la construcción de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama-(2013)

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Leticia Rivas

Milca Cuberli, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2013

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Ciencias de la Comunicación

Aportes para la construcción de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama–[2013]

Tesina de Grado

Alumna: Leticia

Rivas

Tutora: Milca Cuberli

DNI: 28910597
Orientación: Políticas y Planificación
Contacto: letu.rivas@gmail.com / (11)156 172 1167

Febrero | 2013

Rivas, Leticia

Aportes para la construcción de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama 2013. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires, 2013.

E-Book. ISBN 978-950-29-1462-6

1. Ciencias de la Comunicación. 2. Cáncer de Mama. 3. Marketing Social. I. Título

CDD 302.2

Fecha de catalogación: 30/10/2013

Esta obra se encuentra protegida por derechos de autor (Copyright) a nombre de Leticia Rivas (2013) y se distribuye bajo licencia Creative Commons atribución No Comercial / Sin Derivadas 2.5.

Se autoriza su copia y distribución sin fines comerciales, sin modificaciones y citando fuentes. Para más información ver aquí: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/

El agente social es, ante todo, un ser de carne, nervio y sentidos, un ser que sufre y que participa del universo que lo crea y que, por su parte, contribuye a construir.
Loïc Wacquant

Hay que pensar los problemas de salud desde los sujetos.
Mario Testa

Si en el oficio de la comunicación, la imagen es el rey, la esencia de esa imagen, el logo, es la joya de la corona.
Paul Rand

Agradecimientos

A María Viniegra, por su confianza y por darme el espacio y el tiempo para realizar este trabajo. A Milca Cuberli, por el acompañamiento, lecturas y el apoyo en todo momento. A mi amiga, Verónica Engler. A mis compañeras que formaron parte: Laura Bidart, Luciana Iummato, Rosana Buffa, Silvina Cazap, Verónica Pesce y Andrea Jait. A Silvina Ramos y su equipo de investigadoras que también me aportaron. A Ruth Keegan, del Hospital Oncológico de Córdoba y Marta Murray, trabajadora social del CeSAC Nro. 7, por convocar a las mujeres a que participaran de los grupos focales y ofrecer un espacio cálido para la actividad. Por último pero no menos importante, a Ariel Aragües, diseñador gráfico del Ministerio de Salud de la Nación.

Y a todas las mujeres que participaron en los grupos de discusión.

Presentación

El presente trabajo consiste en un aporte a la construcción de la identidad visual del Programa Nacional del Cáncer de Mama (en adelante "el Programa"). Éste último es un área de trabajo dentro del Instituto Nacional del Cáncer (INC), perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación.

El INC es un organismo público rector en materia de políticas públicas referidas al cáncer, que fue creado por decreto en septiembre de 2010. Uno de sus objetivos es controlar la incidencia del cáncer y reducir su mortalidad. El Programa se ocupa de todo lo que tiene que ver con el cáncer de mama. A mediados de 2012, conforme a que el Programa crecía tanto en infraestructura como en alcance poblacional, surgió la necesidad de que éste área tuviese su propia identidad visual. Es decir, un signo identificador[1] asociado a una serie de lineamientos gráficos que funcionaran como la impronta visual y que abarcaran a todos los productos (gráficos, de vía pública y televisivos) que el Programa ofreciera. En ese contexto, y en el marco de mi tesina de grado de Comunicación Social se da este trabajo que consta de tres etapas: la primera de búsqueda bibliográfica y de relevamiento de símbolos gráficos sobre cáncer de mama; la segunda de definición de los atributos y lineamientos para el signo identificador del Programa, posterior diseño de propuestas gráficas y testeo de esas piezas elaboradas; y la última, de análisis, tanto del universo simbólico sobre la patología que nos convoca, del paradigma de salud en el que se inscribe el Programa para definir su identidad, como de los resultados de los grupos focales.

En este marco, el trabajo se estructura de la siguiente manera:

Primero explicaremos la situación epidemiológica actual del cáncer de mama en Argentina y en otros países, y hablaremos de la patología, sus factores de riesgo, las formas de prevención y

[1] Comúnmente conocido como logotipo o isologotipo, más adelante explicaremos la diferencia entre uno y otro.

detección temprana. Luego, presentaremos al INC y con él, al Programa con sus objetivos, misión, valores y líneas de acción.

En un segundo momento, nos abocaremos a la cuestión de la comunicación en el Programa, sus lineamientos estratégicos y objetivos programáticos. En el marco de la estrategia comunicacional del Programa, definiremos la necesidad de instituir una identidad visual y definir los atributos identitarios con que esta última deberá contar.

Luego, daremos cuenta del estado del arte de estudios que involucran comunicación, cáncer de mama e identidad visual. Abarca tesinas de comunicación sobre cáncer de mama, trabajos académicos sobre comunicación y cáncer de mama, estudios que cuestionan la simbología de la concientización del cáncer de mama y sus campañas de marketing, y estudios sobre diseño de identidad visual en organizaciones de salud.

Después daremos cuenta de la elección metodológica que estructura el trabajo y el marco teórico bajo el cual se analizan los diferentes componentes.

Una vez definidas estas cuestiones, realizaremos un relevamiento del amplio universo de símbolos que existe sobre cáncer de mama: desde el signo internacional representado por un lazo rosado, pasando por ilustraciones abstractas de pechos, hasta el uso de recursos asociados al mundo femenino: las flores, los tacos, las siluetas esbeltas. En un momento posterior, se definirán los atributos que la identidad visual del Programa debiera representar y se expondrán las propuestas gráficas diseñadas. De éstas últimas, presentaremos las opciones elegidas para ser validadas con una muestra representativa del público objetivo del Programa, recurriendo a la técnica del grupo focal. Por último, expondremos el análisis de los resultados arrojados en los grupos focales.

De la conjunción de estos elementos, resulta la propuesta de identidad visual para el Programa. Para cerrar, volcaremos las conclusiones sobre este trabajo, recomendaciones empíricas y posibles líneas de continuidad.

ÍNDICE

EL CÁNCER DE MAMA, UNA CUESTIÓN DE SALUD MUNDIAL 7
Detección temprana 9
La mamografía como práctica preventiva 10
Creación del Instituto Nacional del Cáncer 11
El Programa Nacional de Cáncer de Mama 12
HACIA LA DEFINICIÓN DEL TEMA
La comunicación en el Programa Nacional de Cáncer de Mama 16
En busca de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama 17
Objetivos 22
ESTADO DEL ARTE 23
CÁNCER DE MAMA, SÍMBOLOS Y CAMPAÑAS MEDIÁTICAS
La historia del Lazo Rosa 31
Campañas de concientización no rosas 33
Cáncer y usos del lenguaje 40
METODOLOGÍA
Relevamiento de imágenes y signos identificadores de cáncer de mama 41
Definición de los atributos del signo identificador 41
Diseño y selección de símbolos gráficos para ser testeadas 42
Validación de diseños 43
MARCO TEÓRICO
Figuras retóricas 46
Perspectiva de Cuidado 47
Identidad visual 49
Representación Social / Percepciones / Concepciones 53
ANÁLISIS
Relevamiento de símbolos sobre cáncer de mama 56
Definición de los atributos del signo identificador del Programa 60
En busca de los atributos identitarios 62
Diseño y elección de los símbolos 64
Elección de los signos identificadores a ser validados 68
Los Grupos Focales 70
Significaciones en torno al cáncer de mama 74
Logotipos, marcas y consumo 78
Signos identificadores diseñados: Resultados 83
CONCLUSIONES 103
BIBLIOGRAFÍA 108

EL CÁNCER DE MAMA, UNA CUESTIÓN DE SALUD MUNDIAL

Todos los días, miles de mujeres alrededor del mundo y de cualquier condición social son diagnosticadas con cáncer de mama. Se trata de la neoplasia[2] maligna más común entre mujeres (alrededor de 1.200.000 casos de cáncer de mama por año) y la principal causa de muerte por cáncer en países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo, con más de 500.000 muertes por año (American Cancer Society, 2011). En la medida en que otras causas de mortalidad son controladas y la población envejece, las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muerte y discapacidad en el mundo.

En Argentina, el cáncer de mama causa 5400 muertes por año es decir que representa la mayor mortalidad por tumores en mujeres. Además, es el cáncer de mayor volumen en incidencia ya que se estima que anualmente se producen 18.000 casos nuevos, lo que corresponde a un 17,8% del total de la incidencia por cáncer del país. En comparación con otros países del continente, Argentina se encuentra entre los de mayor tasa de incidencia y mortalidad por tumores malignos de la mama (Ferlay *et al.* 2010). El acceso a la detección temprana y el tratamiento adecuado permitiría disminuir la mortalidad femenina por esta causa ya que de esta manera, según las estadísticas de los países más desarrollados, se ha obtenido más de un 90% de probabilidades de cura (Chacón, 2008).

En cuanto a las tasas de mortalidad[3] al interior del país, se presenta una gran diferencia entre provincias: Jujuy y Santiago del Estero están entre las que tienen un índice más bajo (14 y 14,2 cada 100.000 mujeres, respectivamente), mientras que Tierra del Fuego y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son los lugares en donde se da una mayor mortalidad (26,5 y 28 respectivamente).

A diferencia de otras neoplasias frecuentes, el cáncer de mama es difícilmente prevenible. Es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un

[2] Usamos la palabra neoplasia maligna o tumor maligno como sinónimo de cáncer.

[3] La tasa de mortalidad es el número de defunciones por cierta causa en un período dado, dividido por el número de personas a riesgo. En este caso sería: muertes por cáncer de mama de enero a diciembre, dividido por el número de habitantes mujeres estimado a la mitad del año en que se hace el cálculo (1° de julio)

tumor maligno: las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Algunas veces este proceso se descontrola formando una masa de tejido que es lo que se conoce como tumor.

Es una enfermedad que afecta mayoritariamente a mujeres entre cuarenta y cinco y setenta años de edad, sobre la cual se desconocen son los causantes aunque se reconocen algunos factores que aumentan el riesgo de enfermar: ser mayor de 50 años; tener antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama; tener antecedentes familiares de cáncer de mama; haber realizado tratamiento con radioterapia dirigida a la mama o el pecho; tomar hormonas, como estrógeno y progesterona; la menstruación a edad temprana; la edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos.

Que una mujer tenga un factor de riesgo no significa necesariamente que vaya a tener cáncer de mama; la mayoría de las mujeres que presentan factores de riesgo nunca desarrollan la enfermedad. No obstante, conocer los factores de riesgo sirve de alerta a la hora de tomar medidas preventivas a edades más tempranas que las aconsejadas para las mujeres que no poseen estas características. Por otro lado, existen otros factores de riesgo sobre los que se puede actuar que incluyen a cualquier mujer: el tabaquismo, la mala alimentación, el sedentarismo, la ingesta moderada de alcohol. Evitar estos hábitos conforma lo que se llama la *prevención primaria* de la enfermedad. Ahora bien, no fumar, tener una vida saludable, o no tomar alcohol, no le garantiza a la mujer que ella no vaya a tener cáncer de mama. Como decíamos antes, se desconocen cuáles son los causantes de las neoplasias mamarias. Por eso, cuando en cáncer de mama se habla de *prevención* se refiere a *prevención secundaria* que supone la detección temprana de la enfermedad. Es decir que el tumor es detectado en etapas incipientes, cuando es pequeño, y puede actuarse sobre él sin necesidad de recurrir a tratamientos agresivos, como la mastectomía (extirpación del seno).

Detección temprana

El tamizaje poblacional o *screening*[4] es una estrategia de salud que consiste en realizar estudios preventivos a mujeres asintomáticas a fin de detectar nódulos en estadios tempranos y así reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. La mamografía es el método más efectivo para detectar tumores mamarios en estadios tempranos, incluso antes de la aparición de cualquier síntoma que pueda ser identificado por medio de la palpación mamaria (Youlden, et al., 2012), por lo cual, es posible recurrir a mejores posibilidades de cura, con tratamientos menos agresivos que los que se realizan cuando el cáncer está más avanzado.

En nuestro país, la edad aconsejada para comenzar a realizarse mamografías en mujeres que no son población de *alto riesgo*[5] varía según las diferentes sociedades médicas y también al interior de los programas provinciales de tamizaje. Sin embargo, a nivel poblacional y como política de Estado, la recomendación es realizar mamografías a mujeres de 50 a 70 años, con una frecuencia bienal, es decir, cada dos años, en tanto que la evidencia científica muestra que en ese grupo etario el estudio brinda mayores réditos (Viniegra, 2010). Esto no quiere decir que mujeres que estén por fuera de ese rango no deban hacerse mamografías (mujeres desde los 40 años y mayores a 74 años) si las condiciones lo permiten.

[4] Del inglés: revisión médica, chequeo para la detección precoz.

[5] Las mujeres de alto riesgo son aquellas que tienen más predisposición a enfermar por poseer alguna de las características que explicamos en la página anterior.

La mamografía como práctica preventiva

De acuerdo a un estudio realizado por la Fundación para la Investigación, Docencia y Prevención del Cáncer (FUCA) en nuestro país, la mamografía no está tan incorporada al cuidado preventivo de la salud de la mujer como lo están el Papanicolaou y la colposcopía, y se estima que menos de la mitad de las mujeres en edad de riesgo realizan mamografías en forma regular (Kornfield, et al. 2010).

La curabilidad del cáncer de mama depende altamente de la evolución de la enfermedad al momento del diagnóstico. Las tasas de curación para los tumores menores de dos centímetros superan el 80%. Asimismo, el diagnóstico de tumores más pequeños, potencialmente, permite aplicar tratamientos menos agresivos, por lo que se necesitarían menos mastectomías y quimioterapias (Viniegra, 2010).

Para que la estrategia de tamizaje sea efectiva y pueda asegurarse la curación de la enfermedad, es importante que las mamografías que se realicen sean de calidad y esto requiere de todo una estrategia al interior de los servicios de salud. Pero además es importante que las mujeres asistan a la consulta médica oportunamente y que, aquellas a quienes se les encuentre anormalidades, continúen con el tratamiento.

Existen obstáculos que impiden que la mujer se acerque a realizarse chequeos médicos que podrían resumirse en: la falta de tiempo para dedicar al cuidado de la salud, las barreras que el mismo sistema de salud impone (falta de turnos, distancias) la asociación entre el sentirse y el saberse enferma, el no querer saber, el pudor o el miedo a tener alguna enfermedad, el desconocimiento de las ventajas de la mamografía, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes, la persistencia de tabúes incorporados en la socialización (Kornfield, et al. 2010; Ponce, 2012).

Creación del Instituto Nacional del Cáncer

El 10 de septiembre de 2010 la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner crea por decreto, el Instituto Nacional del Cáncer (INC). Este organismo pertenece al Ministerio de Salud de la Nación y aparece con la función de ser responsable del desarrollo y la implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y el control del cáncer en el país. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer, además de mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

La creación del INC se encuadra en un cambio en la visión de la salud pública hacia el control y prevención de enfermedades no transmisibles junto con las cardiovasculares, que son las responsables de la mayor parte de las muertes que ocurren en el país. La aparición en la escena sanitaria nacional de una institución rectora que promueva la investigación, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado y oportuno tiene la potencialidad de mejorar la eficacia de los equipos activos y definir la necesidad de nuevas líneas de trabajo que cubran áreas postergadas.

El cáncer de mama ocupa un lugar destacado entre las causas de mortalidad y morbilidad en la República Argentina; por eso, una de las prioridades del INC tiene que ver con activar un programa de control de la enfermedad.

El Programa Nacional de Cáncer de Mama

El Programa Nacional de Cáncer de Mama (a partir de ahora "el Programa") funciona dentro del INC desde el momento en que éste se creó, y tiene por objetivo reducir la mortalidad por cáncer de mama y mejorar la calidad de vida de las mujeres con esta patología, así como también garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con diagnóstico de esta enfermedad.

Para poner en marcha el programa se realizó un diagnóstico sobre la organización, cobertura y calidad de las acciones de control de cáncer de mama en nuestro país[6]. A tal efecto se efectuó un relevamiento a través de una encuesta dirigida a los referentes de los programas provinciales de cáncer de mama[7] y se llevó a cabo un análisis de los datos epidemiológicos y datos de cobertura disponibles. Como problemas identificados por este diagnóstico podemos mencionar: ausencia de equipo a cargo de la implementación del programa a nivel provincial, provincias sin programa de prevención y control de cáncer de mama y desfinanciamiento de los programas; en cuanto a la detección precoz de la enfermedad, se detectó baja cobertura, especialmente en las mujeres pobres y sin cobertura de salud, o mujeres que llegan a los servicios con cánceres avanzados; en cuanto a los recursos para la toma y lectura de mamografía, se reconoció la sub-utilización de los equipos, problemas de mantenimiento, y ausencia de controles de calidad; en lo que refiere a los recursos humanos, los hallazgos hablan de falta de capacitación para la toma de mamografías de mujeres en tamizaje y falta de seguimiento en la entrega de resultados (en especial con los casos positivos).

A partir de los resultados arrojados por el diagnóstico, se fijan los ejes de acción y objetivos específicos del Programa:

[6] Este diagnóstico se llevó a cabo antes de la creación del INC. Fue impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación y financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

[7] Los referentes provinciales son profesionales de la salud que trabajan en relación al cáncer de mama en las distintas provincias. Con ellos se establecen trabajo en conjunto para poder llevar a cabo las líneas de acción del Programa.

1. Lograr la institucionalización del programa.

2. Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento.

3. Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las mamografías sospechosas o no diagnósticas.

4. Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

5. Establecer un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama detectadas en el Programa.

6. Fortalecer el trabajo de los registros regionales de cáncer, implantando las medidas necesarias para conseguir la adecuada validez y exhaustividad de los datos obtenidos.

7. Lograr una cobertura del tamizaje de al menos el 70% de la población objetivo, focalizando en aquellas mujeres que en general no acceden a los servicios de tamizaje.

8. Lograr una retención de mujeres dentro del programa a través de la cobertura en segunda ronda superior al 75% de las mujeres que participaron de la primera. Este objetivo deberá cumplirse fuera del período programado, pero estará implícito en las acciones a desarrollar.

Entre las recomendaciones que surgen del diagnóstico se apunta que las estrategias para la captación de mujeres a incluir en el programa deben ser definidas conforme a las características y necesidades de cada segmento, en especial en lo referente a los sectores más vulnerables. En general, las acciones para promover la participación masiva de mujeres en el tamizaje son esporádicas y asistemáticas, y como resultado, las actividades de tamizaje son, en su mayoría,

oportunistas. Más adelante se indica que las tareas de concientización de la población se limitan, casi exclusivamente, a campañas masivas realizadas en octubre en ocasión del Mes de la Lucha Contra el Cáncer de Mama: “si bien tienen un efecto potencialmente favorable, deben desarrollarse en el contexto de una política de educación para la salud más comprensiva, que tenga en cuenta las características sociales y culturales de las mujeres a las que está destinado el mensaje” (Viniegra et al. 2010: 95).

Misión, visión, valores

La misión del Programa es promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres a riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama.

La visión es que en nuestro país se garantice a las mujeres un acceso equitativo al cuidado continuo, integral, adecuado y oportuno del cáncer de mama. Continuo implica el espectro de intervenciones que van desde la prevención primaria hasta los cuidados paliativos; integral implica reconocer a la persona como una integralidad física, psicológica y social; adecuado implica basado en la evidencia científica y en estándares de calidad aceptados; oportuno implica en el tiempo óptimo.

Los valores:

- Equidad en el acceso al cuidado
- Respeto a la diversidad
- Sustentabilidad de las acciones
- Intervenciones basadas en evidencia
- Calidad de los procesos
- Trabajo en equipo y lazos con todos los sectores

HACIA LA DEFINICIÓN DEL TEMA

La comunicación en el Programa Nacional del Cáncer de Mama

La comunicación es un eje fundamental en el Programa en tanto y en cuanto es una herramienta que acompaña a los objetivos en términos de políticas públicas, es decir, la estrategia comunicacional del Programa es una pieza clave dentro de las acciones tendientes a reducir la mortalidad por cáncer de mama, sensibilizar a la población acerca de este tema y ofrecer información y cuidado oportuno a las pacientes diagnosticadas con esta patología. Se espera que la comunicación involucre más que la producción de mensajes y materiales de divulgación, es decir que incluya estrategias basadas en la investigación para darle forma a productos y determinar los canales más efectivos para que los mensajes lleguen a las audiencias elegidas. De esta forma la comunicación es concebida como estrategia en el sentido de implementar mensajes que, a través de la investigación, puede promover salud en individuos y comunidades (Roper, 1993).

Las estrategias comunicacionales son un recurso organizacional básico para asegurar que la misión, los objetivos y las prioridades programáticas sean apropiados y promovidos en el trabajo con la comunidad, en base las realidades particulares que ésta presente (Petracci et al, 2010:13). El Programa se propone generar productos comunicacionales que tengan en cuenta las características sociales y culturales de las personas a las que se dirige, a través de la promoción de mecanismos de participación de las mujeres en las diferentes etapas del proceso: diagnóstico, ejecución y evaluación.

Para esta etapa inicial de trabajo, la estrategia comunicacional del Programa tiene como objetivos:

- Influenciar percepciones, creencias y actitudes que pueden cambiar comportamientos sociales en favor de un mejor cuidado de la salud.
- Incrementar el conocimiento y la sensibilización sobre el cáncer de mama en la población objetivo.
- Reforzar el conocimiento, las actitudes y conductas saludables.
- Incrementar la demanda o apoyo en los servicios de salud.
- Refutar mitos e ideas falsas sobre el cáncer.

En busca de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama

Al momento de plantear una propuesta para el desarrollo de una estrategia de comunicación sobre cáncer de mama, surge la necesidad de establecer ciertos lineamientos que abarquen a todas las piezas y acciones de comunicación. Estos lineamientos refieren, por un lado, al lenguaje a utilizar en los mensajes, y por otro, a la identidad visual gráfica que enmarque y sea la impronta del Programa.

En cuanto al lenguaje, tiene que ver con transmitir mensajes adecuados, comprensibles y despojados de cualquier connotación estigmatizante. Es decir, mensajes en los cuales se le ofrezca a la población toda la información necesaria a fin de empoderarla en cuestiones de salud, esto es, brindar las herramientas útiles para que puedan adoptar conductas preventivas y de cuidado respecto de la enfermedad que nos compete. Estos mensajes deben incluir las características culturales, sociales, económicas y geográficas de la población, y deben ser expresados en un

lenguaje claro, sencillo, respetuoso y evitando cualquier segundo sentido o metáforas que puedan llevar a lecturas desafortunadas.

En cuanto a la identidad visual, un primer paso es encontrar un signo identificador para el Programa, una marca que sea la imagen institucional de éste, que dé cuenta de los valores que el Programa quiere transmitir a la población y que a la vez, sea aceptado y entendido por los diferentes públicos. Ese signo identificador deberá conformar un sistema de identidad visual que impacte en las distintas piezas y elementos de comunicación, los cuales se elaborarán según los lineamientos y pautas que surjan de esta identidad.

De esta manera, nace la necesidad de diseñar un signo identificador y con él, un sistema de identidad visual que sea la impronta del Programa y que se proyecte en todos los materiales de comunicación. Esa identidad visual deberá transmitir atributos que deberán surgir de los valores, la misión y la visión del Programa. Al mismo tiempo, la marca diseñada deberá ser novedosa sin dejar de apelar a convenciones generalizadas, paradigmas socialmente instalados y reconocibles que legitimen los significados atribuidos a esa signo (Chaves, 2010).

Es de esta forma que se dan una serie de interrogantes que es el puntapié inicial del proceso de este trabajo:

¿Cuáles son los atributos que debería comunicar la identidad visual que represente al Programa Nacional de Cáncer de Mama? ¿Cuál es el imaginario de signos que las mujeres de nuestro país conocen sobre el cáncer de mama? ¿Los elementos icónicos que circulan sobre cáncer de mama son efectivamente representativos para las poblaciones a las que se quiere llegar? ¿Qué características debería poseer este símbolo que lo defina como de un organismo de salud pública a diferencia de las imágenes que utilizan las fundaciones, ONGs y sociedades científicas?

En resumen, aparece la necesidad de desarrollar un planeamiento sistemático para el diseño del signo identificador como parte de la identidad visual del Programa. Este plan incluye etapas de

análisis, diagnóstico, propuesta y evaluación: la revisión y análisis del imaginario de símbolos que circulan sobre cáncer de mama, definición de los atributos de la identidad visual del Programa y su posterior plasmación gráfica, el testeo y evaluación de los símbolos diseñados para arribar a un signo identificador eficaz y pertinente tanto en el aspecto tipológico, estilístico y semántico.

La elaboración de este trabajo no se reduce al mero diseño de un símbolo gráfico sino que sirve como ejercicio reflexivo y de construcción de la propia identidad, tanto para los actores internos (del Programa y del INC) como el entorno externo. En este sentido, coincidimos con Petracci:

> *Intentar hacer explícitas las implicancias comunicacionales desde una mirada organizacional implica, entre otras cosas, diseñar e implementar estrategias que le permitan a una organización (…) construir de manera conjunta interpretaciones sobre sí misma, sobre su entorno, el lugar que ocupa en éste y la forma en que se organiza para enfrentar sus responsabilidades* (Petracci, 2010:10).

Objetivos

Objetivo general:

- Diseño de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama.

Objetivos específicos:

- Conocer las características de la comunicación visual del cáncer de mama.
- Establecer los atributos identitarios del signo identificador del Programa
- Diseñar propuestas para el signo identificador y testearlas.

ESTADO DEL ARTE

El propósito de la búsqueda bibliográfica estuvo relacionada a identificar trabajos en los que se abordara la comunicación y la identidad visual sobre el cáncer de mama en Argentina; estudios sobre construcción de identidad visual en el ámbito de la salud pública, estudios que trataran sobre las campañas de sensibilización del cáncer de mama y su simbología.

La primera búsqueda corresponde a las tesinas de grado de la Carrera de Ciencias de la Comunicación. En este punto, el único trabajo que aborda el tema del cáncer de mama es la de Karina Leone y Karina Duchein (2000). Al momento de realizar esa investigación (año 2000) no había en la Argentina un organismo gubernamental que tuviese políticas rectoras en la materia. Las autoras desarrollan temas como 'lo femenino' antes de hablar del cáncer de mama y luego trabajan sobre los aspectos médicos, y psico-sociales y las estadísticas de la enfermedad. Se encuentran con que no hay muchas campañas mediáticas que traten este tema, por lo que recurren a ejemplos de campañas de bien público de otras cuestiones del momento: HIV, educación, niñez, etc. Luego, diferencian a las campañas sobre cáncer de mama en dos categorías: de "screening" y de "detección temprana". Las autoras enumeran pocas campañas y ninguna de nivel local. Por último realizan una estrategia de comunicación en medios masivos (televisión, gráfica y vía pública) donde se le aconseja a la mujer atender su salud y concurrir a la visita médica.

Por otra parte, algunos trabajos que indagan en las percepciones y actitudes de las mujeres en cuanto a las prácticas preventivas del cáncer de mama abordan cuestiones relativas a la comunicación. Es el caso del estudio de Marinho *et al.* (2008) que trabaja en las actitudes respecto al cáncer de mama de mujeres usuarias del sistema de salud público de Campinas, Brasil. Allí se subraya la importancia de realizar campañas permanentes para la detección temprana del cáncer de mama y se critican las campañas esporádicas que muchas veces responden más a intereses políticos que al bienestar de las personas. Al mismo tiempo, se desaconsejan las campañas que muestran al

cáncer en sus estados avanzados ya que refuerzan la creencia de que el cáncer es incurable y aumenta la asociación entre cáncer y muerte. De esta forma, se recomienda dar prioridad a la divulgación de la probabilidad de curación en las primeras etapas de la enfermedad. También, en las campañas que van acompañadas de imágenes, se sugiere utilizar aquellas que minimizan las secuelas de la cirugía (Marinho *et al*., 2008).

Smith *et al.* (2010) investiga el impacto emocional que pueden tener los mensajes sobre cáncer de mama en la medida que condicionen comportamientos favorables a la prevención. Los autores proponen que los mensajes de sensibilización, detección, prevención y tratamiento solo pueden ser efectivos si las mujeres son capaces de recordarlos. Utilizan la categoría "mensajes memorables" para definir aquellos mensajes que la gente recuerda por largos períodos y perciben que han tenido influencia en el curso de sus vidas. Estos mensajes suelen ser breves y prescriben reglas que permiten resolver problemas. Para graficar la idea, citan trabajos donde los mensajes sobre cáncer se asocian con el miedo, la tristeza y el disgusto, emociones que son potentes en la persuasión. Los autores establecen diferencias entre las emociones positivas (esperanza, alivio) y las negativas (disgusto, tristeza y miedo), según conduzcan o no a la acción. Sugieren que los mensajes que mejor conducen a comportamientos se dan en relaciones interpersonales, por lo que los amigos y familiares de las mujeres con cáncer de mama podrían ser entrenados en la producción de mensajes para que tengan el máximo impacto positivo en las vidas de sus seres queridos. Los medios de comunicación como Internet y la televisión podrían ser utilizados para la difusión de esa formación. Por otra parte, los médicos podrían dar estos mensajes a sus pacientes durante las visitas y alentar a sus pacientes para que los compartan con sus amigos y familiares.

Por último, el trabajo de Kim et al. (2010) *"Saber es prevenir",* presenta la experiencia de una intervención pedagógica en una sala de espera del Servicio de Salud Básica de Brasil. Los profesionales de la salud identificaron a la sala de espera como un lugar ideal para que los usuarios preguntaran y discutieran sobre temas de salud. Los resultados indican la pertinencia de brindar

información sobre prácticas preventivas de cáncer de mama en el momento de la espera, que de otro modo podría considerarse una oportunidad perdida. La actividad permitió el fortalecimiento de los conocimientos existentes y la adquisición de nueva información sobre el cáncer de mama. También se habla la creación de una red de multiplicación de información sobre el tema, ya que se les solicitó a los participantes que difundieran los conocimientos que habían recibido, en especial los que reforzaban la idea de la mamografía como método más exitoso para el diagnóstico precoz.

Si bien no se encontraron trabajos que analizaran la comunicación visual y los símbolos asociados al cáncer de mama, existen trabajos que problematizan o cuestionan las campañas de concientización sobre cáncer de mama encabezadas por la retórica del Lazo Rosa.

Uno de ellos es el film dirigido por Léa Pool, *Pink Ribbons, Inc.* (2011) un documental canadiense basado en el libro *Pink Ribbons, Inc: Breast Cancer and the Politics of Philanthropy*, escrito por Samantha King (2004). La película muestra cómo algunas compañías usan la causa del lazo rosa o el llamado "pinkwashing" para mejorar su imagen pública mientras elaboran productos poco saludables o que en algunos casos, pueden ser cancerígenos. Es el caso de la compañía de comidas rápidas KFC, que en 2010 se unió a la Fundación Komen for the Cure y lanzó la campaña "KFC Buckets for the Cure" (Cubos por la cura) que consistió en recaudar dinero para la cura del cáncer a partir de la venta de baldes (cubos) de pollo frito. KFC, como otras cadenas de fast food, tiene sus locales asentados en barrios de bajos recursos que, por necesidad y por falta de opciones saludables, recurren fácilmente a este tipo de comida que es dañina para la salud. Otro ejemplo de *pinkwashing* es el caso de la Liga Nacional de Fútbol Americano de Estados Unidos (National Football League): como muchos futbolistas estaban vinculados a hechos de violencia y tenían problemas con la ley, buscaron una forma de recomponer su imagen y lo hicieron a través de la causa "Detengamos al cáncer de mama por la vida" (Stop breast cancer for life). Otro aspecto que muestra el film es que de los millones que se recaudan con las campañas de concientización (maratones, caminatas, acciones en vía pública) no todos son destinados a la prevención de la

enfermedad o a la investigación. Por otro lado, se cuestiona el excesivo uso del lazo rosa como baluarte de la lucha contra el cáncer de mama. Para ello, entrevistan a un grupo de mujeres en estadio IV de la enfermedad (cuando el cáncer ya se diseminó hasta otras partes del cuerpo; con más frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro) que confiesan no sentirse interpeladas por el movimiento del Lazo Rosa.

En tanto que el documental de Léa Pool se basa en el libro escrito por Samantha King, es interesante esbozar algunas líneas sobre el trabajo de la autora. Uno de ellos, *Pink Ribbons Inc: breast cancer activism and the politics of philanthropy* (King, 2004) se explora la reconfiguración cultural del cáncer de mama en los Estados Unidos desde los años setenta. Por ejemplo, cómo el cáncer de mama se ha transformado en el discurso público, de ser una enfermedad estigmatizante, llevada en la privacidad y el aislamiento, a convertirse en una epidemia valorada en el debate público y en la política, para luego ser en una experiencia "enriquecedora" mediante la cual la mujeres que están pasando por la enfermedad, son raramente pacientes y mayormente sobrevivientes. Aquí es cuando las sobrevivientes emergen como símbolos de esperanza, quienes a través de su coraje y vitalidad suscitan un efusivo sentimiento de filantropía. Al examinar algunos ejemplos de este asunto (la política, el marketing del cáncer de mama y las Carreras por la Cura de Susan G. Komen Foundation) la autora intenta mostrar cómo y con qué efectos, esta transformación cultural del cáncer de mama se ha dado.

Otro trabajo es *Pink Ribbon Pin-Ups: Fotografiando femineidad después del cáncer de mama* (Regehr, 2012). Se trata de un calendario en el que todas las modelos son mujeres que tuvieron cáncer de mama. La finalidad del proyecto era recaudar fondos y concienciar sobre la investigación del cáncer de mama para crear un espacio en el que las sobrevivientes pudiesen explorar y expresar su sexualidad tras el cáncer. Se utilizaron enfoque de observaciones, junto con entrevistas semiestructuradas, con la finalidad de analizar cómo percibían su cuerpo las mujeres que habían sobrevivido al cáncer de mama y el consiguiente impacto en las relaciones y su identidad

femenina. Al examinar los debates actuales sobre el cáncer de mama, la imagen corporal y la objetivación de las mujeres, se llegó a la conclusión de que aunque este enfoque fotográfico podría generar controversias en los grupos de activismo contra el cáncer de mama, parecía responder a las necesidades expresadas de un grupo particular de mujeres afectadas por esta enfermedad.

Por otro lado, *El poder del rosa: Marketing relacionado a una causa y su impacto en el cáncer de mama* (Harvey, et al., 2009), analiza los pro y los contra de las campañas de marketing encarnadas en el lazo rosa. Por un lado, los autores reconocen que el lazo rosa simboliza más que la concientización del cáncer de mama. De acuerdo a ciertos datos, para muchos hombres y mujeres el lazo simboliza esperanza, responsabilidad, fuerza, empatía y además, el permiso de hablar sobre esta enfermedad. Por otro lado, el lazo ofrece al público un método de identificar al cáncer de mama sin tener que recurrir a imágenes de tumores, sufrimiento o efectos del tratamiento. Al mismo tiempo, el uso del lazo generó paralelismos con lo que es "una cruzada" en tanto que el lenguaje que se utiliza es propio de un estado de guerra: "luchamos contra el cáncer", "perder la batalla", "sobrevivientes". Las compañías que se asocian a la causa del cáncer de mama son por lo general, aquellas que ofrecen productos para la mujer: joyería, cosméticos, ropa. Además, son productos de consumo público (remeras, brazaletes) ya que aquellos que los usan quieren mostrar su alianza con la causa. Los autores mencionan como impacto positivo de las campañas del lazo rosa, el incremento en un 29% de las mujeres que se realizaron mamografías entre 1987 y 2000. Esto se debe a que uno de los roles del lazo rosa fue recordarles a las mujeres el cáncer de mama y la responsabilidad en el cuidado de la salud. Como impacto negativo, se menciona la disminución en un 3% de las mujeres que se dijeron haberse hecho mamografías entre 2003 y 2005. Como motivo, se menciona la posible saturación en la que se encuentra el público en cuanto a campañas de concientización de cáncer de mama. Otro punto controvertido es el uso del lazo rosa por parte de compañías que en sus productos no mencionar estar donando dinero para luchar por el cáncer de mama, o por parte de compañías cuyos productos pueden incrementar el riesgo de tener cáncer de mama (bebidas alcohólicas, yogurt hecho con hormonas, cosméticos con posibles cancerígenos).

En el ámbito local, la investigación llevada a cabo por FUCA, *Concientización de la detección del cáncer de mama* (Korinfield, et al., 2010) indaga en los conocimientos y los comportamientos que tienen las mujeres acerca del cáncer de mama y su detección temprana en Argentina. El universo estudiado fue la población femenina de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la franja etaria de riesgo (de 40 a 70 años). En una primer instancia de indagación cualitativa, se realizaron entrevistas a las mujeres a quienes se les preguntó sobre el rol de los medios de comunicación y las figuras mediáticas del tema de las campañas de salud. Se destacó la importancia que tuvo la actriz Tita Merello[8] en años pasados, para la prevención del cáncer de útero, y la necesidad de encontrar una figura similar para el cáncer de mama. No obstante, apuntan que la mención de la enfermedad por parte de una figura mediática, solo podría servir como llamado de atención, pero no se considera muy influyente para el comportamiento. En una segunda etapa de encuestas, se les preguntó a las mujeres acerca de campañas de salud sobre cáncer de mama. El 37% de las encuestadas recordaban campañas de concientización de cáncer de mama, y de ellas, solo un 11,1% concurrió a la consulta profesional a raíz de ver la campaña. Las campañas que cuentan con la participación de un personaje famoso (principalmente a través de la televisión) son las que generaron mayor concurrencia al médico. Entre las campañas recordadas, las que no generaron ninguna consulta fueron el lazo rosa y la iluminación de rosa del obelisco y el puente de la mujer. El 71,4 % de las mujeres encuestadas desconocía el significado del lazo rosa. De acuerdo a la investigación, el recuerdo de una campaña no es un factor determinante para provocar la consulta al médico, ya que el 82% de las que recordaron campañas no concurrió al médico. Esto podría vincularse con aspectos propios de las campañas de salud (alcance, masividad, continuidad, adecuación de acuerdo a cada público), o podría vincularse a aspectos de carácter subjetivo (emocional) y de accesibilidad (económica, de localización).

[8] La actriz, Tita Merello, repetía en su programa de radio "Hacete el PAP, muchacha".

En cuanto al estudio y desarrollo de la identidad visual para una institución de salud encontramos el trabajo de Cortez (2011), de la carrera de diseño gráfico. El autor se propone crear un nuevo diseño y un manual de identidad visual para para la ONG FOS de Bolivia que trabaja generando proyectos en sectores de salud y trabajo. Para ello, realiza un recorrido sobre algunas concepciones como identidad e imagen corporativa. Utiliza concepciones actuales respecto al diseño, como ser la idea de “identidad visual” que no es más que modelar la identidad corporativa de la ONG. El estudio se realizó con los miembros de la organización para tomar sus inquietudes e identificar posibles potencialidades para el rediseño.

CÁNCER DE MAMA, SÍMBOLOS Y CAMPAÑAS MEDIÁTICAS

Cada nuevo mes de octubre, en nuestro país y en otros países del mundo podemos ver cómo compañías privadas, organizaciones y fundaciones se tiñen de rosa y lanzan campañas para alertar a las mujeres sobre la toma de conciencia por el cáncer de mama. El lazo rosa es el símbolo por excelencia y el rosa el color que lo engalana.

Desde 1985, en Estados Unidos, octubre es elegido como el "Mes de la concientización del cáncer de mama" (National Breast Cancer Awareness Month –NBCAM-). El NBCAM es una colaboración de organizaciones públicas, asociaciones médicas y agencias de gobierno de Estados Unidos, que trabaja en conjunto para promover la sensibilización del cáncer de mama, compartir información y ofrecer acceso a los servicios. La conmemoración de esta fecha se inició en Estados Unidos pero rápidamente se extendió más allá de sus fronteras y atrajo, además, a empresas privadas que vieron provechoso sumarse al llamado "cause-related marketing" es decir el marketing asociado a una cusa de bien público como forma de mejorar su imagen.

Para mencionar los casos locales más recientes: en 2012, Yogures Ser y la Liga Argentina de la Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) lanzaron la campaña "*Ayudar está en tu ser*" que consistía en *hacerse fan* de esta acción en Facebook[9] y teñir de color rosa la foto de perfil del usuario de la red social como forma de sumarse a la lucha; al mismo tiempo, por cada compra de productos Ser que tuvieran el lazo rosa en el envase, la compañía contribuía para que las mujeres se informasen sobre el cáncer de mama y pudieran hacerse una mamografía gratis.

[9] Facebook es una red social donde las personas comparten sus intereses (fotos, frases, videos, etc.). Las compañías y empresas que forman parte de esta red social lo hacen con una página de la cual los usuarios pueden "Hacerse Fan", que es indicar que al usuario le gusta esa página de forma tan que pueda acceder a todas las actualizaciones de los contenidos.



Campaña Yogures Ser:
Ayudar está en tu Ser.
2012



Otro caso conocido y de gran convocatoria es el de la Fundación Avon que cada mes de octubre realiza caminatas multitudinarias por la lucha contra el cáncer de mama.



Campaña de Fundación Avon:
Caminata alrededor del mundo contra el cáncer de mama
Costanera Sur, Ciudad de Bs. As., 2012.

Ante la imponencia de este símbolo es que nos preguntamos, ¿desde cuándo y por qué el cáncer de mama es representado por este lazo rosa? ¿Qué relación tiene el rosa con esta enfermedad?

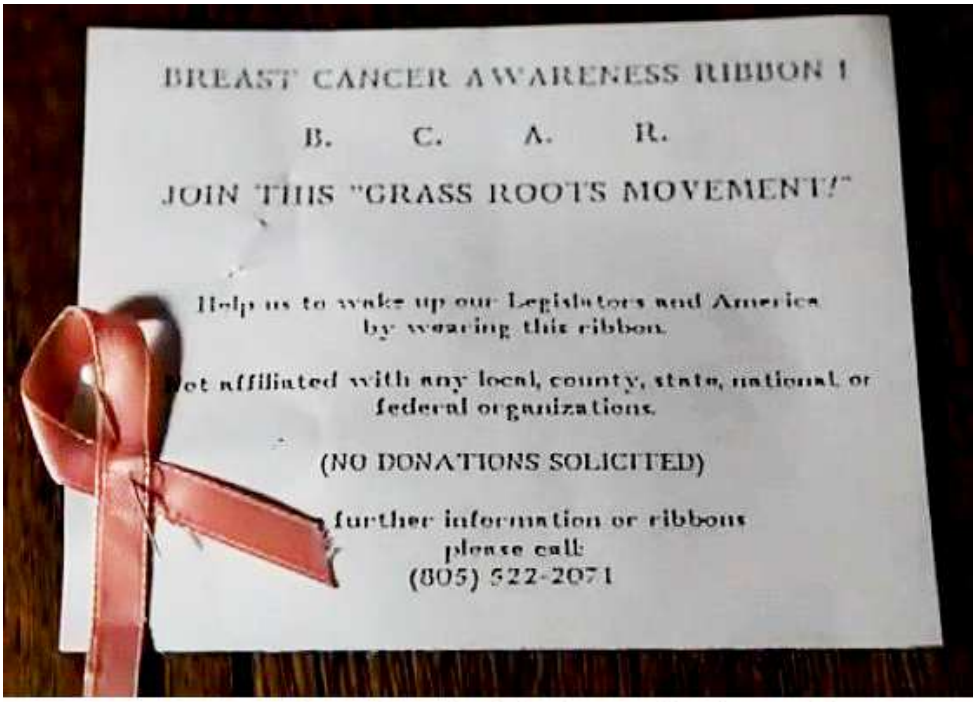
La historia del Lazo Rosa

La idea de usar un lazo cruzado como símbolo político se originó en Estados Unidos y se dio en dos etapas. La primera fue en 1979, cuando Penney Laingen, una mujer cuyo marido estaba capturado como rehén en Irán, escuchó una canción que la inspiró a atar lazos amarillos alrededor de los árboles del frente de su casa. Quienes lo vieron, entendieron que el lazo simbolizaba el deseo de la mujer de tener a su marido de vuelta en su casa. Desde ese momento, el lazo se convirtió en un mensaje y los lazos amarillos empezaron a aparecer en diferentes ciudades como forma de solidaridad. La segunda etapa se dio en 1992, cuando el grupo activista y artístico "Visual AIDS" vio que los soldados que habían participado de la Guerra del Golfo usaban el lazo como forma de protesta por sus condiciones de vida al regresar de la guerra. Así es que los artistas de Visual AIDS decidieron tomar la idea del lazo pero de color rojo ya que, argumentaban, "es el color de la pasión". El lugar elegido para dar a conocer el lazo fue en los Premios Tony, donde se lo vio al actor estadounidense, Jeremy Irons luciéndolo en su pecho. Ese año, el diario New York Times declaró que 1992 era "el Año del Lazo".

En cuanto al lazo del cáncer de mama, la primera aparición en escena fue la de Susan G. Komen Breast Cancer Foundation. Komen repartía viseras rosadas a las pacientes de cáncer de mama que participaban en la Maratón por la Cura, a fines de 1990. A fines de 1991, luego de la aparición de Jeremy Irons luciendo el lazo rojo, la fundación Komen optó por repartir lazos rosados a los participantes de la maratón que se hacía en Nueva York. Este primer uso del lazo rosa fue algo casual en la larga historia de maratones de la fundación y no tenía por intención instalar alguna simbología respecto al cáncer de mama.

En 1992, Alexandra Penney, editora de la revista femenina Self, se encontraba diseñando el ejemplar anual dedicado al Mes de la Concientización del Cáncer de Mama. El año anterior, el número consagrado a este tema había sido un éxito gracias a la participación de Evelyn Lauder

(vicepresidente de la firma Estée Lauder y sobreviviente de cáncer de mama). Para ese año querían que le edición tuviese mayor repercusión y mayor alcance por lo que buscaban una acción que llamara la atención. Una semana más tarde, se conoció la noticia de una mujer de 68 años, Charlotte Harley, que estaba realizando rulos con cinta de tela color durazno como forma de luchar por el cáncer de mama. La abuela, la hermana y la hija de Harley habían tenido esta enfermedad. Así que se decidió a armar cintitas a las que acompañaba con una tarjeta que decía: *"El presupuesto anual del National Cancer Institute es de $1.8 billones de dólares y solo el 5% es destinado a prevenir el cáncer. Ayúdenos a despertar a nuestros legisladores usando este lazo"*.



Tarjetas con lazos color salmón hechos por Charlotte Harley, como forma de concientización por el cáncer de mama.

La noticia de los lazos color salmón de Harley se difundió rápidamente y es así que los directivos de la revista Self y de Estée Lauder llamaron a la mujer y le ofrecieron sumarse a su acción dándole respaldo y financiamiento. Pero Harley fue determinante, no le interesaba el apoyo de una firma con fines comerciales. Ante la negativa, en septiembre de 1992 Self y Estée Lauder le pidieron a Harley que cediera el concepto del lazo. Como la mujer no quiso, Self y Estée Lauder se

asesoraron con sus abogados, quienes sugirieron que hicieran un lazo de otro color. Entonces, convocaron a mujeres a participar de grupos focales para decidir el color apropiado para el lazo que representara al cáncer de mama. Se les pidió a las mujeres que eligieran el color que les generaba más confort, tranquilad y confianza, “todo lo que un diagnóstico de cáncer de mama no es”, apunta Barbara Brenner, directora ejecutiva de Breast Cancer Action San Francisco (Léa Pool, 2011). Fue así que el color elegido fue el rosa.

Campañas de concientización no rosas

Fashion Targets Breast Cancer[10] es una campaña internacional que comenzó en 1996 en los Estados Unidos, por iniciativa del Council of Fashion Designers of America Foundation, y que continúa en la actualidad en varios países (Australia, Brasil Canadá, Grecia, Irlanda, Portugal, Reino Unido). Tiene por objetivo recaudar fondos para ayudar a programas que ofrecen acceso a los recursos para prevenir el cáncer de mama, generar concientización sobre esta patología, apoyar iniciativas que promueven hábitos saludables, etc. En 1996 sus promotores delegaron en FUCA la responsabilidad de realizar la campaña en Argentina. Ésta se llevó a cabo en asociación con la marca de remeras Hering, y consistió en asociar a diseñadores, fotógrafos, modelos, conductores de TV del país que fueron los que promovieron la venta de la remera. Del valor de la venta, un tercio se destinó para FUCA. La campaña tuvo un gran impacto medido por venta, mamografías realizadas y llamados recibidos (FUCA, 2012).



[10] Sitio web: www.fashiontargetsbreastcancer.com

Otro proyecto que se distancia de las campañas de tinte rosado es SCAR Project[11], del fotógrafo David Jay, que consiste en una serie de retratos de mujeres jóvenes que tuvieron cáncer de mama. Como campaña de concientización intenta mostrar “la cara cruda e inquebrantable del cáncer de mama a edades tempranas” mientras rinde tributo al coraje y espíritu de muchas mujeres.

Dedicado a más de 10.000 mujeres que rondan los 40 años y que fueron diagnosticadas con cáncer de mama, SCAR Project es un ejercicio de concientización, esperanza, reflexión y curación. En palabras de Jay “Para las mujeres, tener el retrato pareció representar una victoria personal sobre este terrible padecer. Esto ayudó a reclamar por su femineidad, su sexualidad identidad y poder luego de perder el seno”.

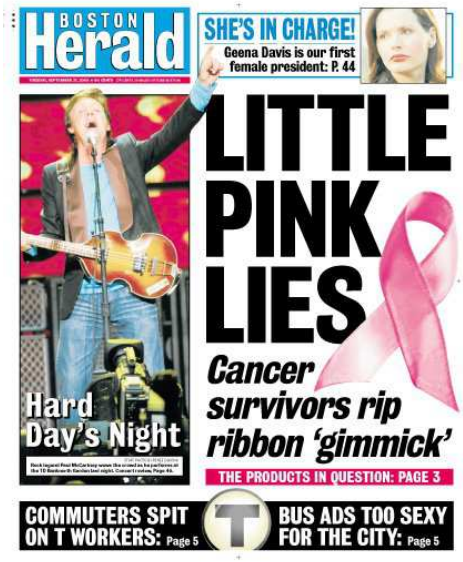




[11] Sitio web: www.thescarproject.org

Por último, hay que nombrar a la campaña Think Before You Pink (TBYP)[12] de Breast Cancer Action (BCAction) de Estados Unidos. Fue lanzado en 2002 en respuesta a la creciente preocupación por el abrumador número de productos rosas ligados a campañas por el cáncer de mama. TBYP lucha por la transparencia y la responsabilidad de las empresas que toman parte en la recaudación de fondos para esta causa, y además, empodera a los consumidores y cuestiona críticamente las promociones basadas en el lazo rosado. Este grupo habla de la categoría "pinkwashing" y refiere a las compañías que dicen estar preocupándose por el cáncer de mama al promover productos rosados, pero que al mismo tiempo venden otros productos que podrían perjudicar la salud e incrementar las posibilidades de tener cáncer. Un ejemplo de pinkwashing refiere a la campaña "Cube for the cure" que llevaron a cabo la casa de comidas rápidas KFC junto a la Fundación Susan G. Komen (que desarrollamos en el estado del arte); otro ejemplo es el de las compañías de autos como BMW, Ford y Mercedes Benz que se sumaron a la campaña del lazo rosa cuando al mismo tiempo producen autos contaminantes.





[12] En español: pensá antes de comprar rosa.

Cáncer y usos del lenguaje

En “La enfermedad y sus metáforas”, Susan Sontag (1978) analiza las formas y los usos metafóricos del lenguaje en torno a las enfermedades, entre ellas el cáncer. Para la autora, las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y por ende, a quienes están enfermos. Su ensayo es una suerte de exhortación, un llamado a la acción para que los pacientes se informen y tomen a la enfermedad como lo que es, una enfermedad:

> *No bien se habla de cáncer, las metáforas maestras no provienen de la economía sino del vocabulario de la guerra: no hay médico, ni paciente atento, que no sea versado en esta terminología militar, o que por lo menos no la conozca. Las células cancerosas no se multiplican y basta: «invaden». A partir del tumor original, las células cancerosas «colonizan» zonas remotas del cuerpo, empezando por implantar diminutas avanzadas («micrometástasis») cuya existencia es puramente teórica, pues no se pueden detectar.* (Sontag, 1978:32)

La metáfora militar apareció en medicina hacia 1880, cuando se identificaron las bacterias como agentes patógenos. En cuanto al cáncer, Sontag apunta que “la enfermedad se convierte en el enemigo contra el que la sociedad entera ha de alzarse en pie de guerra” (1978). Más adelante, cuando la autora escribe “El sida y sus metáforas” (1988), reconoce que las actitudes frente al cáncer han cambiado, que circula mayor información y que la carga estigmatizante ya no pesa sobre el cáncer sino sobre un nuevo enemigo, el sida.

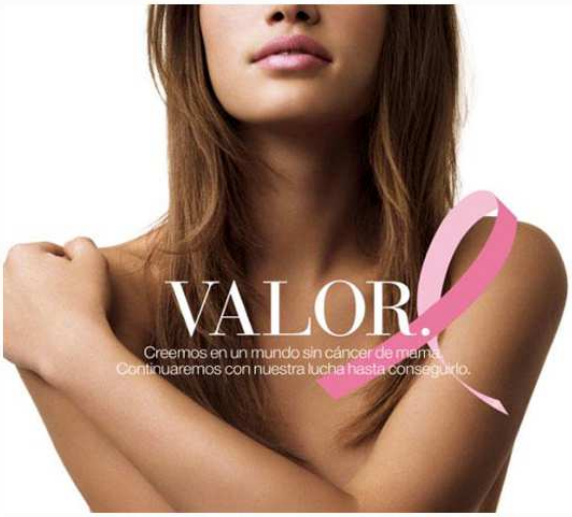
Por su parte, Mendoza del Pino (2006) habla de lo que la palabra cáncer genera en la sociedad y de su condición de “enfermedad tabú”: “aquellos que son curados se desconocen por la población o se consideran diagnosticados erróneamente, por el contrario todo lo incurable o de evolución fatal se le atribuye al cáncer” (Mendoza del Pino, 2006). El estigma que recae sobre las personas que enferman de cáncer tiene que ver, para este autor, con que la enfermedad estuvo ligada durante siglos a la incurabilidad y a profundas alteraciones de la persona (física, sexuales, laborales, sociales, económicas y familiares) por lo que mencionar o sólo recordar la palabra o la posibilidad

del cáncer provoca al individuo un impacto emocional de gran magnitud. De ahí lo que el autor llama el tabú hacia el cáncer o la "cancerofobia": todas las acepciones que recibe el vocablo llevan a la población al horror ante este padecer (Mendoza del Pino, 2006).

En los últimos años podemos ver que, en ocasiones, las metáforas bélicas siguen apareciendo a la hora de hablar de cáncer. Sin embargo, en muchas campañas mediáticas que buscan concientizar acerca de la enfermedad, el uso metafórico tiene más que ver con sumar voluntades para prevenir y curar la enfermedad que en enfrentarse a un enemigo a vencer (ver ejemplos de Yogures Ser y Lalcec de Argentina y Ausonia de España).



"Pelea en la guerra. Termina con el cáncer de mama"
Campaña Fundación Susan G. Komen



Campaña de Estée Lauder





Campañas Ser y Ausonia.

METODOLOGÍA

Como dijimos, este trabajo consiste en un aporte para la construcción de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama a través del diseño de su signo identificador. Para poder construir esta identidad, previamente fue necesario caracterizar el universo de símbolos que existen sobre cáncer de mama y evaluarlo críticamente, y luego definir los atributos identitarios del signo para una posterior propuesta gráfica.

Como señalamos en el apartado anterior, no encontramos investigaciones precedentes que traten sobre estrategias comunicacionales para la construcción de la identidad visual de organismos públicos, ni tampoco un estudio crítico sobre el universo de imágenes sobre cáncer de mama en Argentina. Es por eso que este trabajo comprende un estudio de tipo exploratorio y descriptivo. Se trata de un estudio exploratorio en el sentido de que constituye un primer acercamiento al tema y está orientado a definir preguntas e hipótesis para estudios posteriores más amplios. “Se ubica en las primeras etapas de la investigación y muchas veces se utiliza como prueba piloto a partir de la cual se desarrollan marcos conceptuales y operacionales” (Piovanni, 2007:242).

Por otra parte, comprende una estrategia cualitativa de indagación ya que abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Vasilachis de Gialdino, 2006).

El trabajo se llevó a cabo entre agosto y noviembre de 2012 y se organizó en cuatro etapas:

1. Relevamiento de imágenes y signos identificadores de cáncer de mama a nivel local e internacional.
2. Definición de los atributos de la identidad visual del Programa.
3. Diseño y elección de símbolos gráficos para ser testeados.
4. Validación de los diseños.

1. Relevamiento de imágenes y signos identificadores de cáncer de mama

La primer parte de este trabajo consistió en un relevamiento de signos identificadores[13], es decir, imágenes, símbolos, logotipos de instituciones o campañas referidas al cáncer de mama. Se buscó que hubiera diversidad tanto en los símbolos relevados como en su procedencia. De esta forma, se incluyeron imágenes de organizaciones no gubernamentales, fundaciones, asociaciones de pacientes y médicas y empresas privadas de nuestro país, como institutos de cáncer, grupos de activismo, fundaciones y asociaciones de otras regiones (Venezuela, México, Australia, Francia, Reino Unido, Estados Unidos, Hong Kong). La búsqueda se realizó por internet a través del buscador Google y en sitios específicos de diseño, publicidad y redes sociales. De todos los logos relevados, se eligieron veinticinco, por considerarlos los más representativos (en cuanto a la fundación, asociación u organismo al cual pertenecían) y diversos (variedad de recursos).

2. Definición de los atributos del signo identificador

La definición de los atributos que deberían estar representados en la identidad visual del Programa se llevó a cabo en una reunión de trabajo donde se recurrió a la técnica de *brainstorming*[14]. Esta reunión contó con la presencia de diferentes actores, tanto internos (miembros del INC y el Ministerio de Salud) como externos, a saber:

[13] Usaremos, principalmente, el término signo identificador. "Entendemos por signo identificador o marca gráfica el signo visual de cualquier tipo (logotipo, símbolo, monograma, mascota, etcétera) cuya función específica sea individualizar a una entidad" (Chaves, 2011: p.16)

[14] En español: tormenta de ideas.

- El equipo de trabajo del Programa conformado por profesionales médicas (oncólogas, ginecóloga, médica radióloga) y comunicadoras.

- Comunicadoras, psicólogas y sociólogas de otros Programas del INC.

- Investigadoras de equipos externos al INC: sociólogas y psicólogas sociales que se desempeñan en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

- Comunicadoras y un diseñador gráfico del Ministerio de Salud de la Nación.

El objetivo de definir los atributos en un grupo que excediera al equipo del Programa tuvo que ver con obtener una visión más completa y no limitada a las personas que trabajamos en el tema día a día. La reunión contó con una coordinadora, quien fue dirigiendo la dinámica de la actividad: revisión de los objetivos del programa, misión, visión y valores; revisión y debate sobre las imágenes relevadas y posterior consenso sobre atributos.

El clima de trabajo de esta reunión fue distendido y los participantes se sintieron a gusto. Se manifestaron liderazgos en este grupo (personas más participativas) sobre todo por parte de las personas externas al INC (sociólogas de CEDES), que de alguna manera fue un escenario intencionado en tanto que los miembros del Programa estuvieron en una posición más bien receptiva. Una vez finalizada la reunión, se acordó continuar el contacto para compartir la propuesta gráfica[15].

3. Diseño y selección de imágenes para ser testeadas

El diseño de los signos identificadores estuvo a cargo del equipo de Diseño Gráfico del área de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación. De seis diferentes

[15] La descripción de este encuentro se detalla en el apartado dedicado al análisis.

propuestas, se invitó a las mismas participantes de la reunión anterior a que eligieran, vía correo electrónico, aquellos que más les gustaban y justificaran su elección. De ese intercambio, se definieron los cuatro logos a ser validados en grupos focales.

4. Validación de diseños

La etapa de validación de los diseños tuvo por objetivos: a) Explorar las percepciones de las mujeres respecto a los símbolos gráficos elaborados. b) Obtener información que permita la selección de uno de los símbolos gráficos que represente los conceptos y valores que el Programa propone.

La técnica elegida fue la del grupo focal dado que es una técnica útil para explorar los conocimientos, las prácticas y las opiniones, no solo en el sentido de examinar lo que la gente piensa sino también cómo y porqué piensa lo que piensa (Kitzinger, 1995). Lo que buscábamos era una aproximación al sentido que las mujeres construyen en relación a los mensajes y símbolos elaborados: “El grupo tan solo es un marco para captar las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc. dominantes en un determinado estrato, clase o sociedad global” (Mendicoa, 1998).

La muestra incluyó mujeres de la edad de riesgo para el cáncer de mama (entre los 40 y 70 años de edad) sin vínculos laborales con el sistema de salud, ni formación en publicidad o comunicación. A fin de enriquecer el análisis se buscó heterogeneidad en la muestra en cuanto a la edad, su nivel socioeconómico y lugar de residencia. En un principio uno de los criterios era que las participantes no hubieran tenido cáncer de mama ya que buscábamos percepciones que no estuvieran mediadas por la enfermedad. Pero luego, durante el transcurso del trabajo, pareció pertinente incluir un grupo de pacientes de cáncer de mama a fin de enriquecer el material obtenido.

De esta manera, se realizaron cuatro grupos focales segmentados por edad, nivel socioeconómico, lugar de residencia y vinculación con la enfermedad: mujeres sanas, mujeres que tuvieron cáncer de mama, mujeres que asistían al centro de salud a realizarse controles preventivos.

- Grupo 1: Mujeres sanas, de entre 35 y 65 años, nivel socioeconómico medio y medio-alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Grupo 2: Mujeres sanas de entre 35 y 55 años, nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, que viven en el barrio Piedrabuena, Villa Lugano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Grupo 3: Mujeres que tuvieron cáncer de mama o están en tratamiento, de entre 40 y 60 años, nivel socioeconómico medio y bajo que viven en la provincia de Córdoba.
- Grupo 4: Mujeres sanas reclutadas al momento de los controles preventivos, de entre 37 y 85 años. Nivel socioeconómico bajo o medio, de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano bonaerense.

La construcción de la muestra apuntó a alcanzar el nivel de saturación en el cual se logra la "certeza práctica de que nuevos contactos no aportan elementos desconocidos con respecto al tema de investigación, o no emergen aspectos hasta entonces no tratados" (Piovanni, 2007: 223). En este sentido, el número de cuatro grupos focales cumplió con la meta de saturación en lo que respecta a los objetivos planteados. En cuanto al número de participantes por grupo (entre cinco y doce), el criterio estuvo dado por la cantidad de canales de comunicación que se ponen en juego cuando se relacionan dos o más personas. A mayor cantidad de personas, mayor cantidad de canales, por lo que puede hacerse difícil la discusión, tendiendo a que algunos callen porque otros monopolizan la misma (Mendicoa, 1998). La justificación del límite inferior se da a partir de análisis de perspectivas psicológicas: "si fueran cuatro miembros, se estaría actuando en una tensión constante, de allí la propuesta de un mínimo de cinco por grupo" (Mendicoa, 1998:120).

Para convocar a las mujeres se recurrió a la figura de la "contactadora" o "reclutadora" en base a los criterios de selección antes descriptos para ingresar al grupo.

El equipo de trabajo de los grupos focales estuvo integrado por una coordinadora, una observadora y en algunos casos, una médica que pudiera acoger dudas e inquietudes que las mujeres

pudieran tener al finalizar la actividad[16]. Se utilizó una guía de pautas que acompañó las intervenciones de la coordinadora. Los encuentros duraron entre una hora y una hora y media. Las participantes firmaron un consentimiento informado en donde se les aseguraba el anonimato en la información relevada de los grupos y se les avisaba que la actividad sería grabada (el audio). Una vez terminada la actividad, a cada participante se les entregó una bolsa institucional con información importante para la prevención del cáncer de mama.

Se utilizaron pizarrones, afiches, tarjetones con los logos impresos, grabador digital.

La guía estuvo dividida en tres momentos: El primero tenía como eje temático el cáncer de mama y las palabras a las que las mujeres asociaban esta patología; el segundo refería a las imágenes de las marcas comerciales y de salud; y el tercero a opinar, debatir y generar consensos sobre los signos identificadores diseñados.

Los grupos se realizaron durante los meses de octubre y noviembre de 2012.

[16] Fue el caso del Grupo Focal 2, realizado en el Barrio Piedrabuena, en el que una médica oncóloga del Programa respondió dudas de las mujeres; y el caso del Grupo Focal 4, realizado en el Hospital Fernández, en donde la facilitadora era una ginecóloga que se desempeña en esa institución.

MARCO TEÓRICO

En este apartado describiremos las nociones teóricas y abordajes conceptuales que usaremos a lo largo del trabajo. En primer lugar, hablaremos de las figuras retóricas, concepto que utilizamos tanto para analizar las imágenes relevadas de instituciones afines al cáncer de mama, como para los signos identificadores que se diseñaron especialmente para la identidad visual del Programa. Este abordaje servirá para explorar el sentido connotado inscripto en los signos, más allá de los significados que, a priori, el equipo de diseño intentó reflejar.

En segundo lugar hablaremos de la perspectiva de cuidado. Este concepto nos es útil a la hora de analizar la concepción de trabajo que se da a la hora de definir los atributos necesarios para la identidad visual del Programa y discutir la posición que éste tomar de cara a la población.

En tercer lugar, describiremos las concepciones que refieren a la identidad visual: imagen institucional, signo identificador, pertenencia semántica y estilística, connotación y denotación, y otras nociones útiles que también aparecen a la hora de analizar los resultados de los grupos focales.

Por último, hablaremos de representación social, percepciones y opiniones, categorías útiles para examinar los discursos de las mujeres que participaron de los grupos focales.

Figuras retóricas

Jean Cohen en *Investigaciones retóricas II* (1983) describe a la figura como “maneras de hablar alejadas de las de las naturales y ordinarias, que son ciertos giros y ciertas formas de expresarse que se alejan en algo de la manera común y simple de hablar”. Entre esas maneras de

hablar, las que conciernen al sentido son los tropos. La tropología es la parte propiamente semántica de la teoría de las figuras y tiene que ver con el estudio de fenómenos de polisemia, es decir, de los tipos de relaciones que existen entre los diversos significados de un mismo significante.

En tanto que las imágenes también intervienen en los procesos de comunicación y son portadoras de sentido, estás también suelen recurrir a operaciones retóricas para significar.

Existe un amplio abanico de figuras, aunque las más utilizadas son las siguientes:

Metáfora, relación de semejanza; metonimia, relación de contigüidad; sinécdoque, la parte por el todo, el todo por la parte, lo abstracto por lo concreto, etc.; ironía, contrariedad; hipérbole, más por menos, lítote, menos por más, alegoría, representación de algo por medio de figura humana o animal, etc.

Perspectiva de Cuidado

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sistema biomédico es la medicina alopática occidental, aquella que cuenta con una formación académica sistemáticamente estructurada, enmarcada en un paradigma de racionalidad científica. La biomedicina construye una idea de persona centrada en el eje del cuerpo biológico, construcción distante de la experiencia de los individuos en su vida cotidiana. En este modelo, el foco de la atención está en la consideración de causas y soluciones de índole biológica. El resultado es equiparar a la persona con su patología, más que con su totalidad de persona viviente. Los especialistas biomédicos no ignoran que los usuarios eligen otro tipo de estrategias de atención de la salud, sin embargo, en el discurso que dirigen a la comunidad en general, tienden a denostar las prácticas que no se encuadren en su marco cosmovisional (Saizar, 2008).

Al observar cómo se denomina al sujeto de cuidado en su vínculo con el sistema de salud es posible advertir dos paradigmas: el biomédico y el de cuidados enfermeros. La definición del sujeto de cuidado desde las políticas públicas se relaciona estrechamente con el paradigma rector en tanto y en cuanto, al adherir al modelo biomédico se estaría hablando de pacientes o clientes, en cambio, en el paradigma de los cuidado el concepto de salud se amplía con los de bienestar y calidad de vida (Firpo, 2008).

Incorporar la perspectiva del cuidado en el campo de la salud permite cuestionar la racionalidad de la medicina occidental, desde la cual, la definición de la necesidad y la respuesta hacia ésta se constituyen de forma unilateral (Paolino, 2012). Las transformaciones de lo que es definido como “sano” o “enfermo” revelan el carácter transitorio, histórico y social de la salud y la enfermedad oponiéndose a la idea tradicional de la biomedicina de que son fenómenos naturales y meramente biológicos (Foucault, 1975, Herzlich y Pierret, 1988). En el paradigma de cuidados enfermeros se presta atención a la subjetividad del concepto, el ser humano es considerado en su dimensión social y con derecho a la toma de decisiones respecto a su estado de salud (Firpo, 2008).

El cuidado excede su característica individual, privada y se convierte en una práctica colectiva y pública, situada social y culturalmente (Paolino, 2012). El cuidado es entendido como una característica inherente a la condición humana, es considerado un valor ético, estético, y por lo tanto político (Pinheiro 2007) que involucra relaciones intersubjetivas, reconocimiento de un “otro”, articulación entre disposición y acción, y respuesta por parte de aquel que recibe el cuidado (Ayres 2004; Pinheiro 2007).

Roseni Pinheiro (2007) propone reflexionar acerca del cuidado como valor en el marco de las prácticas en salud pública. Para la autora el cuidado es una acción integral, que tiene significados y sentidos desarrollados para la comprensión de salud como un derecho de ser, derecho a ser diferente y a ser escuchado y respetado en esas diferencias.

En el marco de las reformas impulsadas en nuestro país a partir de las políticas neoliberales (caracterizadas por la descentralización, desregulación, focalización y privatización) se han acrecentado las inequidades, agudizando las diferencias y la fragmentación de los servicios de salud, y la distribución desigual de los servicios que se reflejan en los obstáculos para su utilización (Maceira et al., 2006; Garza Elizondo et al., 2008). Estos hechos han dejado marcas objetivas y subjetivas en los servicios y equipos de salud, que repercuten en el proceso de trabajo y en la calidad de la atención brindada a la población (Paolino, 2012). En este contexto, se considera que la perspectiva del cuidado aportaría un marco teórico adecuado para repensar y rehacer las prácticas en salud pública que han encontrado límites o no han logrado los resultados esperados.

Identidad visual

La necesidad por parte de las organizaciones de tener una identidad visual que las represente y las diferencie a la vez de otras alternativas aparece alrededor de la década del ’50. El diseñador neoyorquino, Paul Rand, fue uno de los protagonistas del movimiento que supo catalizar esa necesidad. Es a partir de ese momento que se empieza a tener una mayor conciencia del valor de la imagen, como factor tan importante como el producto o servicio en cuestión. La efectividad del logo[17] empieza desde entonces a recaer en su poder de síntesis, lo que facilita el grado de recordación.

La mayoría de las conceptualizaciones teóricas sobre imagen e identidad visual están dirigidas al ámbito empresarial. Uno de los trabajos que no es útil en nuestro contexto de una organización gubernamental es el de Norberto Chaves (2003; 2010) que aborda la comunicación

[17] Comúnmente se usa la palabra “logo” para reunir a todos los signos identificadores (logotipos, símbolos gráficos) que representan a una entidad. Logo es la forma coloquial del inglés de referirse a un logotipo, y es una palabra que nosotros adoptamos de su uso anglosajón. En rigor, un logotipo es el identificador que sólo recurre a recursos tipográficos; el isotipo está compuesto solo por símbolos (dibujo, ilustración) y el isologotipo comprende tanto texto como ilustraciones.

institucional y la identidad para entidades de todo tipo de sector. Chaves y Belluccia (2003) postulan que en la actualidad la cuestión comunicacional (los valores intangibles como la marca, la imagen, el posicionamiento) ha crecido en importancia al punto de haber abandonado su función persuasiva y táctica para convertirse en una herramienta estratégica que abarca un amplio abanico de funciones: identificar a la institución, transmitir su posicionamiento, informar adecuadamente a sus interlocutores, construir una imagen institucional. Dentro de ella, los signos identificadores cumplen un rol esencial en tanto que: son los de más alta vigencia de todo el sistema de mensajes de una organización, están presentes en todas las piezas y soportes de comunicación, deben cumplir una serie elevada de funciones y requisitos, a pesar de su elementalidad.

Chaves y Bellucia (2003) se oponen a pensar que un signo identificador debe hacer alusión explícita a la actividad de la institución. Para ellos, es una suposición arcaica e ingenua: "la simple observación de la realidad institucional internacional demuestra el carácter prejuicioso de tal suposición"[18]. Por su propio concepto, la identidad institucional es un discurso que alude a los valores, atributos y virtudes específicos de la organización, es un discurso necesariamente más abstracto que el de la propia actividad. Los signos identificadores, infinitamente más limitados que el discurso global de la identidad, deben optar por aludir e, incluso, apenas sugerir algunos de esos valores, los más estratégicos. En muchos casos tal opción exige renunciar a mencionar la actividad. En este sentido, esos valores deben estar manifiestos de tal forma que el público pueda interpretarlos de acuerdo a los paradigmas sociales de su época. Siguiendo a Chaves (2010) el signo cumplirá correctamente su objetivo de la misma forma que lo hace cualquier otro mensaje: apelando consciente e inconscientemente a una serie de convenciones generalizadas, paradigmas socialmente instalados y reconocibles que condicionarán, por asociación y por comparación, los significados atribuibles a esos significantes. El signo debe poder ser interpretado por el público al que se dirige, sin apelar a la atribución de significados arbitrarios:

[18] Ejemplos signos que no hablan directamente de la actividad de su propietario son Apple o Bull, empresas de tecnologías con signos identificadores, a primera vista, arbitrarios, pero fuertemente posicionados.

La exageración del peso de lo semántico suele ir acompañado por aquella interpretación libérrima de los contenidos de los signos. El sentido del signo suele fundamentarse atribuyéndole significado al margen de los códigos socialmente vigentes y, por lo tanto, esos significados no son efectivamente leídos por los receptores reales. (Chaves, 2010: 15)

En cuanto al aspecto semántico, para Chaves y Belluccia (2003), la única condición universal es la compatibilidad semántica: el signo no debe hacer referencias explicitas a significados incompatibles o contradictorios con la identidad de la organización. Es válido que un signo abstracto no aluda directamente a nada, o que aluda semánticamente a cosas desvinculadas de toda referencia a la identidad de la organización[19]. Para los autores, la transmisión de la identidad se da por algo sutil como es el estilo: la identidad circula, básicamente, por el plano retórico del signo. La identidad no se narra: se sugiere. La identidad es esencialmente transmitida por connotación[20].

Otros parámetros que serán útiles a nuestro análisis son: inteligibilidad, pregnancia, vocatividad. Inteligibilidad refiere a la capacidad de un signo para ser comprendido en condiciones normales de lectura, es un parámetro aplicable tanto a las formas abstractas como a las figurativas. Puede entenderse como la claridad y certidumbre con que el público decodifica el sentido del signo observado. La pregnancia es la capacidad que tiene la forma de ser recordada; y la vocatividad es la capacidad del signo para atraer la mirada, llamar la atención. Hay signos que se imponen por fuerza propia y signos que exigen que el receptor vaya en su búsqueda. Los recursos de la vocatividad son varios: agresividad del color, dinamismo de la forma, expresividad de los iconos, protagonismo por tamaño y proporción, etc.

Jorge Frascara (2006) postula que percepción implica una búsqueda de significado y una organización de estímulos visuales en un arreglo significante. Este es un proceso de interpretación.

[19] Como por ejemplo, el signo identificador de la bebida alcohólica Baccardi que es un murciélago.

[20] La interpretación de un mensaje comprende dos niveles: denotación y connotación. La denotación representa los aspectos objetivos del mensaje, constituidos por elementos de carácter descriptivo o representacional de imágenes o textos. La connotación representa los aspectos subjetivos de un mensaje.

Percibir no es recibir información pasivamente. Percibir implica buscar, seleccionar, reconocer, identificar, jerarquizar, evaluar, descartar, aprender e interpretar. De aquí la importancia en nuestro trabajo de validar los signos identificadores y aprehender las formas en que las personas los interpretan. Cuanto más sean considerados los estilos cognitivos del público para la organización de los estímulos, tanto más fácil será la interpretación del mensaje. En el proceso connotativo el público participa más activamente en la construcción del significado que en el proceso denotativo. Los mensajes connotados dependen en mucho de la cultura del público. Es consecuentemente necesario tratar de comprender el perfil cognitivo del público, en relación con su comprensibilidad y las reacciones que genera.

Más allá del entendimiento o no, todo mensaje genera una respuesta emotiva que es más o menos conscientemente experimentada por el público. Esto predispone a la gente a aceptar u oponerse, olvidar o recordar, y obedecer o rechazar el propósito de un mensaje.

Paul Rand (1994) apunta lo que un logo (identificador visual) es y hace:

- Un logo es una bandera, una firma, un escudo.
- Un logo deriva su significado de la calidad de lo que simboliza, no al revés.
- Un logo es menos importante de lo que el producto significa, lo que quiere decir que es más importante de lo que parece.

A su vez, menciona que la efectividad de un logo depende de su singularidad (grado de diferenciación necesario respecto del contexto), visibilidad, capacidad de utilización, capacidad de ser recordado, universalidad, durabilidad, atemporalidad.

El mensaje final –es decir, la interpretación construida por el público- es una unidad cognitiva/emotiva/operativa integrada, que sólo puede dividirse en diversos componentes con el fin de estudiar su estructura. La experiencia del intérprete del mensaje es un continuo que puede predecirse sólo dentro de un margen de incertidumbre. De aquí la necesidad de desarrollar testeos,

particularmente cuando el proyecto intenta algo que intenta algo inusual o intenta cambiar hábitos establecidos.

Representación social / percepciones / concepciones

Cuando analicemos los discursos de las mujeres respecto del cáncer de mama y respecto de los signos identificadores diseñados para el Programa, estaremos analizando las percepciones de las mujeres, como así sus opiniones y sus creencias, y de esta forma nos estaremos acercando a las representaciones sociales (RS) que ellas tienen con relación al cáncer de mama y a los signos alusivos al tema.

De acuerdo a Araya Umaña (2002), cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento del sentido común, que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana. El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar (Reid, 1998).

Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Nuestro abordaje analítico se centrará más que nada en las percepciones que las mujeres tuvieron sobre los signos diseñados, así como sus opiniones sobre éstos y otras categorías más amplias que tienen que ver con el cáncer de mama. Será una forma de explorar las RS de este grupo de mujeres por medio de estas categorías pero sin pretender un

análisis acabado de la RS en tanto que entendemos que es una categoría mucho más completa que superaría los fines propuestos para este trabajo.

Tomaremos en cuenta ciertas categorías propuestas por Umaña que hacen a las RS: objetivación y anclaje. El primero refiere al proceso por el cual lo abstracto se concretiza: temas como la amistad, el amor y otras cuestiones de las que no se tiene una realidad concreta y sin embargo, las personas al hablar, se refiere a ellas de forma concreta y tangible. Por su parte, el proceso de anclaje permite transformar lo que es extraño en familiar, permite incorporar lo extraño en una red de categorías y significaciones por medio de insertar el objeto en un marco de referencia preexistente.

Para acercarnos a las RS, en nuestro análisis tomaremos en cuenta las categorías: concepciones, evaluaciones y percepciones. Daniel Prieto Castillo (1990) entiende que las concepciones refieren a "la manera de entender algo, de juzgarlo" y que "resultan de una mezcla de conceptos y estereotipos, donde los límites entre lo que puede ser demostrado, validado con alguna solidez y lo que proviene de la experiencia, de las creencias, están poco marcados. Un estereotipo es una versión parcial y emotiva de algo, versión que puede ser más o menos rígida. Las prácticas cotidianas se orientan, y a veces determinan, por esas concepciones". Por su parte, las evaluaciones, refieren al "atributo que se le da a algún objeto, ser o situación. En general se evalúa positiva (calificación) o negativamente (descalificación). La vida cotidiana consiste en una infinita trama de aceptaciones y rechazos que tiene que ver directamente con la forma de evaluar. A evaluar se aprende a lo largo de las relaciones familiares, interpersonales y dentro de otros grupos. Concepciones y evaluaciones determinan la forma de percibir, siempre que se ve algo, simultáneamente se lo está interpretando y valorando. La percepción es un problema cultural y no una simple captación del entorno", porque "percibimos a través de nuestros juicios" (Prieto Castillo, 1990:312). Percibir es percibir lo familiar, lo cercano. Desarrollamos de esta manera una serie de costumbres perceptuales que se convierten en un proceso de aprendizaje y que nos permiten vencer

la complejidad del contexto, sentirnos más seguros, disipar las incertidumbres (Uranga, 2007). Entendemos por percepción a la explicación de determinado sujeto, objeto o situación que nunca puede ser independiente de quién la explica, para qué explica, desde qué posición explica y frente a quiénes explica" (Uranga y Bruno, 2004). Se trata de la manera en que un sujeto analiza la información sobre un objeto, la caracteriza y hace inferencia sobre sus estados psicológicos internos. Las percepciones, concepciones y evaluaciones, son siempre vividas por alguien en particular y atravesadas por una cultura colectiva, y constituyen una forma de reafirmación de cada una de las personas en relación con su contexto.

En cuanto a las distinciones entre percepción y RS, podemos decir que ambas aluden a la categorización de personas u objetos. Sin embargo los estudios de percepción social se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información y los de RS en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación con la visión de mundo y la actuación social de los seres humanos (Gilly cfr. Banchs, 1986).

Para cerrar y vinculando estos conceptos con el análisis que realicemos de acuerdo a las interpretaciones que las mujeres hicieron sobre los símbolos diseñados, con Washinton Uranga podemos decir que:

> L*as cosas no 'son' sino que 'devienen' en las interacciones. Las propiedades no están en las cosas sino entre las cosas, en el intercambio" (Najmanovich, 1995). La belleza o el peso o las dimensiones de un objeto no son en sí mismos, no son categorías que puedan aislarse de la relación con las personas. Son bellos, pesados, grandes o chicos con relación a alguien y al contexto en el que se los mira. De la misma manera el sujeto no es aquel biológicamente reconocido, sino aquel constituido en la vida cotidiana, en el complejo sistema de relaciones que la misma genera.* (Uranga, 2007)

ANÁLISIS

Relevamiento de imágenes y signos identificadores de cáncer de mama

Como dijimos antes, la búsqueda de imágenes relativas al cáncer de mama intentó abarcar un amplio universo de símbolos que circulan actualmente sobre el tema tanto en nuestro país como en otros. El símbolo que aparece por excelencia es el lazo rosa, que se repite una y otra vez en los signos identificadores de organismos y fundaciones, principalmente, de Estados Unidos y países de Europa. El rosa, en sus diferentes tonalidades, es el color que prácticamente monopoliza los símbolos de esta patología. Otras imágenes recurrentes son: la síntesis de los pechos y la apelación a símbolos socialmente asociados con la femineidad y la delicadeza, como ser, tacos altos, flores, siluetas.

A continuación, presentamos la selección de imágenes y las analizaremos brevemente recurriendo a las figuras retóricas. En la Figura 1 (próxima página) se presentan los signos identificadores representados por el lazo rosado. Algunos agregan sentido por medio del uso de figuras, como por ejemplo, la personificación del lazo al sumarle zapatos stilettos que apelan a la feminidad (logo de Depistage organicé du cáncer du sein – Francia) o una mujer en movimiento (Fundación Susan G. Komen for the Cure que organiza carreras y caminatas en octubre); el uso de la sinécdoque (parte por el todo) se ve en el signo de Cancer Research UK donde se apela a la idea de lucha a partir del tramado camuflado típico de la indumentaria militar; la idea de investigación está representada metafóricamente a través de un rompecabezas con una pieza ausente (Australian Breast Cancer Research); y por último, las flores como metáfora de las mamas en el signo de Tómatelo a pecho (México)



Figura 1: Association le Cancer de Sein (Francia), Depistage organise du cancer du sein (Francia), Susan Komen Fundation (EEUU), Australian Breast Cancer Research (Australia), Hong Kong Breast Cancer Foundation, LALCEC (Argentina). Cancer Research UK, Tómatelo a pecho (México), Canadian Breast Cancer Foundation.

En segundo lugar, vemos el grupo de imágenes simétricas y circulares que presentan una síntesis de la mama y que podrían entenderse como sinécdoque (la parte por el todo o lo abstracto por lo concreto). Sobre esta primera figura de la mama aparecen otros significados al conjugar otros elementos como: un corazón (Fundación Oncológica Córdoba), una planta que apela metafóricamente a la idea de conocimiento y esperanza en el símbolo de Beyond the Shock; o la adición- repetición de la figura de la mama en el caso de "Todos contra el cáncer de mama (Lalcec, Macma, FUCA).



Figura 2: Fundación Oncológica de Córdoba, Sociedad Brasileira de Mastología, MACMA (Argentina), Beyond the Shock (EEUU), Senosalud (Venezuela), Fundación Geicam (España), Campaña Todos Contra en Cáncer de Mama (FUCA, LALCEC y MACMA), Senosalud (Venezuela), Fashion Target Breast Cancer (Inglaterra).

Por último, presentamos a un grupo de identificadores visuales que recurren a otro tipo de imágenes que no son ni el lazo ni la síntesis del pecho: las siluetas femeninas, representando a la diversidad de mujeres. Los rayos poderosos de un sol color rosa en Rays of Hope, la pieza del rompecabezas, esta vez como metáfora del ser parte de un conjunto en Breast Cancer Campaign, las flores, esta vez un tulipán de dos colores simbolizando a la mujer en lucha en Ladies Fighting Breast Cancer, y las hojas de una planta en crecimiento para National Breast Cancer Foundation (Beyond the hope pertenece a ésta última y su recurso es similar, como se describe más arriba). Cabe destacar los recursos y los colores usados por Breast Cancer Action (una silueta femenina en negro con un lazo rojo sobre el pecho) considerando que se trata de un grupo activista que critica fuertemente las campañas filantrópicas del lazo rosado.



Figura 3: Breast Screen Western Australia, Ray of Hope (EEUU), Pink Affair (Australia), Breast Cancer Campaign (EEUU), Ladies Fighting Breast Cancer (Inglaterra) Breast Cancer Action (EEUU), National Breast Cancer Foundation (EEUU)

Definición de los atributos del signo identificador

A partir del punto de vista que el Programa toma para definir los valores que lo definen, consideramos que sus ejes de acción se enmarcan (o intentan aproximarse) a la perspectiva de cuidado, en tanto que ésta puede pensarse como valor en el marco de las prácticas en salud pública. El cuidado es una acción integral, que tiene significados y sentidos desarrollados para la comprensión de salud como un derecho de ser, derecho a ser diferente y a ser escuchado y respetado en esas diferencias (Pinheiro, 2007).

Analizar los procesos de trabajo en salud desde la perspectiva del cuidado implicaría y articular las diferentes dimensiones del trabajo (lo que tiene que ver con las tecnologías duras y el saber científico, y lo relativo a las tecnologías blandas asociadas al cuidado) en beneficio del logro del "Buen Cuidado" (Tronto 1994), que incluya tanto las competencias técnicas y los recursos necesarios para llevarlo a cabo, como el reconocimiento del otro diferente y sus necesidades (Paolino, 2012).

Como comentamos al inicio, existen diferentes barreras que impiden que las mujeres accedan al cuidado de su salud, especialmente al relacionado al cáncer de mama: la falta de tiempo, falta de turnos, distancias, el sentirse sana, el no querer saber, el miedo, el desconocimiento, etc. (Kornfield, et al. 2010). Sobre estos aspectos, sería importante preguntarse qué componentes podrían ser atribuidos a la relación entre cuidadores y cuidados que se da en el encuentro de las mujeres con el sistema de salud, o preguntarse sobre la consideración de la dimensión psicológica y emocional que opera y media entre la información que se brinda, las estrategias que se despliegan y las prácticas de las mujeres en torno a la enfermedad. Preguntarse por la dimensión del Otro en las prácticas de comunicación en salud y de salud en general. Considerar a las mujeres usuarias como mediadoras (Bonet y Tavares 2007) y no como meras intermediarias o receptores de las

intervenciones médicas es una herramienta útil para comprender algunas de las dificultades que hacen a la práctica cotidiana, con el fin de alcanzar estrategias sanitarias más efectivas.

Valores como la equidad en el acceso al cuidado (que comprende la cobertura del tamizaje en las mujeres), el respeto a la diversidad, la sustentabilidad de las acciones (asegurar el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama detectadas en el Programa), intervenciones basadas en evidencia, calidad de los procesos, el trabajo en equipo y lazos con todos los sectores; hablan de concepciones de trabajo que se enmarcan en la perspectiva de cuidado, en tanto se valoriza lo preventivo, el tratamiento, el acompañamiento y la integración (en la medida adecuada) de las mujeres en los procesos de trabajo.

El trabajo al interior del Programa tomando como perspectiva el cuidado supera los alcances de este trabajo. No obstante, construir la identidad visual del Programa en conjunto con otros actores sociales que veremos a continuación, e integrar a las usuarias del sistema de salud en la validación y percepción de la identidad construida, intenta ser un primer acercamiento de trabajo en torno a esta perspectiva basada en el reconocimiento del otro como un sujeto con miedos, emociones y necesidades diferentes. La perspectiva del cuidado es una herramienta teórica útil para la transformación de los procesos de atención en el campo de la salud pública (Paolino, 2012)

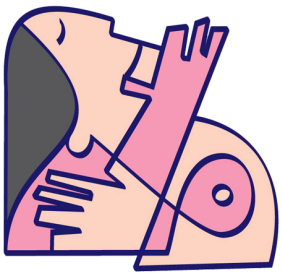
En busca de los atributos identitarios

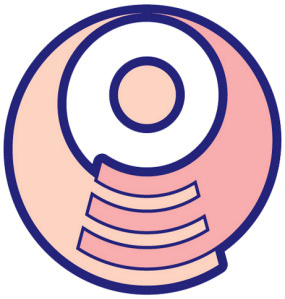
De la reunión para definir los atributos de la identidad visual participaron actores de diferentes áreas de trabajo del INC y también externos: sociólogas, comunicadoras, médicas, diseñadores. En primer lugar, se explicitó el objetivo del encuentro: revisar y opinar sobre las imágenes relevadas en relación al cáncer de mama, discutir críticamente los aspectos de estos diseños y definir los atributos con los que debería contar el signo identificador del Programa. Se revisaron los objetivos del Programa, la visión, la misión y los valores. Al revisar la misión y la visión se consideró como pertinente que el sujeto de derecho (mujer, familia, comunidad) aparezca nombrado, ya que es a quien estarán dirigidas las acciones. A la hora de la observación de los diferentes logotipos de otras instituciones fueron surgiendo opiniones relacionadas con el gusto personal de cada participante y también con la pertinencia o no de sus aplicaciones para un organismo. Se analizaron críticamente las imágenes más típicas con las que comúnmente se asocia el tema de cáncer de mama: el lazo rosado, síntesis de la mama, siluetas femeninas, color rosa, la idea de la lucha. Las opciones con siluetas femeninas fueron bien recibidas, con la salvedad de que se debería evitar recurrir a imágenes súper esbeltas y estilizadas que son las que abundan en las firmas comerciales destinadas a la mujer (cosmética, cuidado del cuerpo, indumentaria). Se llegó a la conclusión de que no necesariamente había que descartar los elementos icónicos que son reconocidos fácilmente por una parte de la población, sino evaluar en qué medida pueden ser resignificados de forma que puedan transmitir los valores del programa. Surgió la inquietud de investigar si estos elementos icónicos son efectivamente representativos para las personas a las que se quiere llegar y cómo serían interpretados por los diferentes colectivos de mujeres. Un punto que generó posiciones encontradas fue la necesidad de instalar la idea de que el cáncer de mama es una problemática que afecta tanto a mujeres como a hombres. A hombres en tanto familiar de la mujer que puede enfermar, como médico, como amigo o sencillamente, como parte de una sociedad en que el cáncer de mama es un problema grave. Es así que surgió la inquietud de si la identidad visual

debía ser claramente femenina o debería apelar a un universo de símbolos más neutros. No obstante, se destacó que muchas veces la salud de la mujer es postergada por la inmediatez de otras cuestiones de su quehacer cotidiano: la vida doméstica, los hijos, el trabajo. En tanto es quien se ve directamente afectada por la enfermedad, se decidió que la mujer debe tener un rol protagónico en la identidad visual del programa. Se subrayó que no hay un único modelo de mujer a transmitir, sino una multiplicidad de formas de ser mujer y en este sentido, la identidad visual debería interpelar a la mujer como colectivo, a la diversidad de mujeres de la forma más universal. Otro punto importante fue la idea de cuidado contra la de atención: el programa deberá referir no tanto a la "atención" de las mujeres como al "cuidado", un concepto con una carga afectiva más importante, que implica una cuestión más integral y no meramente técnica o médica. El cuidado remite al cuidado para las mujeres, que las saque por un momento de cuidadoras de los demás (hijos/as, maridos, parejas, ancianos/as), rol en el que suelen estar ubicadas y que muchas veces las aleja de la posibilidad de cuidarse ellas mismas (por ejemplo, acudir a los controles en salud: control mamográfico, PAP, etc.). El cuidado que excede su característica individual y privada (muchas veces ejemplificada en la relación madre-hijo) sino como práctica colectiva y pública, situada social y culturalmente. El cuidado es entendido como una característica inherente a la condición humana, el cuidado es considerado un valor ético, estético, y por lo tanto político (Pinheiro 2007); que involucra relaciones intersubjetivas, reconocimiento de la necesidad de consiste un "otro", responsabilidad, articulación entre disposición y acción, y respuesta por parte de aquel que recibe el cuidado. De esta manera, los tres atributos definidos para transmitir en la identidad visual del Programa fueron: *el cuidado, lo femenino y la pluralidad*.

Diseño y elección de símbolos para ser testeados

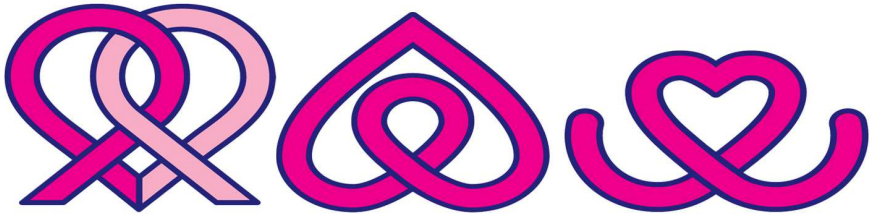
Una vez definidos estos atributos, el equipo de diseño del Ministerio de Salud de la Nación se dispuso a elaborar propuestas que transmitieran los valores acordados. Estas fueron las propuestas resultantes:

1. 

2. 

3. 

4. 

5. 

6. 

Cada uno de estos símbolos estuvo acompañado de una memoria descriptiva donde se justificaban las elecciones gráficas. Esta memoria se vale de descripciones semánticas, es decir, el sentido que se desea transmitir, sobre los significados que se espera sean leídos en los signos, y también cuestiones estilísticas. Como veremos, en algunos casos los significados surgen de la imagen evocada, y en otros, aparecen como atributos que (hipotéticamente) apelan a convenciones generalizadas y compartidas. Citamos algunos fragmentos; es de especial atención la descripción del tercer signo (hipocampo):

1. La propuesta nos ofrece una obra plástica de construcción cubista (en la desfragmentación del plano y las múltiples perspectivas en la que muestra al modelo retratado), que representa una figura humana ambivalente que puede ser decodificada como una mujer o un hombre.
2. La figura iconográfica de formas y construcción simétrica, se vale de la relación de la figura y el plano de fondo, generando así una figura ambigua, ya que el pecho solo puede ser visto como consecuencia de la acción y disposición de las manos y las manos que a su vez, están ahí para cuidar y proteger lo definen.
3. Se elige esta figura por los simbolismos que ha tenido y tiene a lo largo de la historia. Por nombrar algunos de estos atributos:
    - En la tradición Celta el caballito de mar simboliza el coraje y la paciencia.
    - Para los antiguos griegos y romanos el caballito de mar era considerado un símbolo de fortaleza, guía y transformación.
    - Cada ojo del hipocampo se mueve de forma independiente, lo cual lo han convertido en símbolo de vigilancia, percepción y la conciencia de quienes nos rodean y de nuestra situación.
    - Las historias de ninfas cabalgando sobre caballitos de mar que acudían al rescate de náufragos lo convirtieron en un signo de asistencia y ayuda.

- Un aspecto único de los caballitos de mar es que el macho está implicado estrechamente con hembra. Luego de aparearse, la hembra deposita los huevos en una cavidad del macho y es el macho el que protege estos huevos hasta que nacen.

4. La propuesta trabaja conceptos de protección, cuidado y vida: se reconocen dos manos cerradas en forma de cuenco y al verlas reposando sobre dos follajes podemos reinterpretarla como una flor.

5. Toma como punto de partida el símbolo internacional de lazo rosa y pone en interacción otras figuras. Plantea una situación de diálogo, para lo cual vincula los lazos de forma tal que originen una nueva forma: “un corazón” (primer opción). Figura que solo puede ser interpretada como la suma de las individualidades. Se utilizan diferentes tonos de rosa para marca diversidad.

6. Una figura cinética con movimiento óptico en la acción dinámica de manos. Estas manos se reúnen en torno a un punto, un centro: la “mama”, que se dibuja en una síntesis abstracta de un pecho y su pezón.

Hecha esta presentación, nos interesa analizar el plano retórico de los signos, el sentido connotado que surge de la lectura de la superficie de estas imágenes al apelar en la significación a algo instituido (Salabert, 1985).

En la propuesta 1 vemos a la cabeza de una mujer, unos brazos y un pecho. Los tres elementos funcionan como sinécdoque de lo que representan, una mujer, un abrazo (idea de protección), y el cuidado de la salud mamaria. La evocación al estilo cubista variaría de acuerdo a las competencias de quien vea el símbolo. Por su parte, los elementos de la propuesta 2, aunque mucho más abstracta, también juegan a ser la parte por el todo: un pecho y un abrazo, de ahí la idea de cuidado y protección. La propuesta 3, el hipocampo, es una imagen más difícilmente decodificable sin apelar a las descripciones antes citadas y su lectura depende, muy fuertemente, de cada interlocutor o del esfuerzo de instalar su sentido. En este caso, el hipocampo es una alegoría,

consiste en representar una idea figuradamente a través de formas humanas, animales o seres inanimados y que es una representación más o menos artificial de generalidades y abstracciones cognoscibles y expresables por otras vías.

En cuanto a la propuesta 4, vemos unas manos en forma de cuenco y una flor. La flor es utilizada en signos identificadores de temáticas femeninas y, como vimos antes, también se usa para representar a organizaciones ligadas al cáncer de mama. Las manos serían metáfora de protección y la flor, metáfora de vida.

La propuesta 5 se vale de un signo socialmente instituido para nuestra temática, el lazo rosado. A él se le suman elementos: otro lazo unido al primero, un corazón invertido que forma un pecho, un lazo con forma de corazón y curvas en sus extremos para presentar un pecho. Esta serie de símbolos es alegórico y metafórico, recurre a elementos que se asocian fácilmente al amor, al cuidado, y a la concientización del cáncer de mama.

Por último, la propuesta 6 representa de forma abstracta un pecho y en torno a él líneas en movimiento. El movimiento es una metáfora de la acción al tiempo que al estar en torno a un pecho significarían cuidado y protección de la salud mamaria.

Elección de los signos identificadores a ser testeados

Las propuestas fueron compartidas vía correo electrónico con las mismas personas que inicialmente conformaron el grupo que definió los atributos para el símbolo identificador. Se las invitó a que opinaran sobre estas propuestas y eligieran las dos que creyeran más pertinentes para representar al Programa.

La mayoría optó por las propuestas 1 y 6 de forma casi unánime. La 1 por ser la más figurativa y presentar la idea de una mujer. La 6 por lo novedoso en la síntesis de la mama y fundamentalmente por la sensación de movimiento y dinamismo. Luego en un tercer lugar quedó la propuesta 2, que también gustó por las ideas de protección y síntesis de pecho. En cuarto lugar, se decidió testear al hipocampo. Al equipo de diseño del Ministerio de Salud se le presentaba como una propuesta innovadora y original y en el grupo de decisión, a una de las participantes le pareció interesante indagar qué ideas despertaba esta imagen:

> *Invito al grupo a reconsiderar la imagen del hipocampo. Sé que es complejo usar una imagen tan "fuera de foco" pero también podemos intentar cambiar la costumbre de mostrar siempre algo autoevidente o alusivo al tema. En este caso, la figura del caballito -como necesita de cierta explicación o precisamente porque implicará cierto desconcierto, aunque nunca rechazo porque es una imagen apreciada en nuestra cultura- permitiría trabajar sobre sus aspectos simbólicos como parte de la estrategia comunicacional del programa. No lo descartaría desde el vamos, le daría un poco más de chances, más espacio dentro nuestro y más juego en nuestras cabezas.*
> (Silvina Ramos, Socióloga)

De esta forma, quedaron definidos los cuatro símbolos para ser testeados:

1. 

2. 

3. 

4. 

Los grupos focales

Antes de pasar al análisis de los grupos, escribiremos cómo estaban conformados, sus principales características y el clima que se experimentó en éstos.

Grupo Focal 1 (GF1): Mujeres sanas, de entre 35 y 65 años, nivel socioeconómico medio y medio-alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Participante	Edad	Ocupación
1	37	Abogada
2	53	Ama de casa
3	61	Ingeniera
4	59	Economista
5	61	Ama de casa
6	40	Empleada
7	45	Editora
8	44	Diseñadora de ropa

Este grupo focal se realizó en una de las salas de reuniones de las oficinas del INC. La forma de convocar a las participantes fue por medio de compañeros y compañeras de trabajo a quienes se les pidió que invitaran a sus familiares y conocidas que cumplieran con los requisitos para la muestra. La reunión dura una hora y media y se llevó a cabo en un clima distendido en el que todas pudieron opinar. Como facilitadores se pueden mencionar: el lugar confortable y con refrigerios, los materiales de trabajo, la puntualidad y buena predisposición de todas las participantes, el haber podido lograr consensos.

Grupo Focal 2 (GF2): Mujeres sanas de entre 35 y 55 años, nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, que viven en el barrio Piedrabuena, Villa Lugano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Participante	Edad	Ocupación
1	49	Ama de casa
2	40	Ama de casa
3	56	Auxiliar de portería en una escuela
4	47	Ama de casa
5	35	Ama de casa

La actividad se realizó en las instalaciones del CeSAC N° 7 del Barrio Piedrabuena. La reclutadora fue Marta Murray, quien se desempeña en este lugar. Tres de las mujeres participaban del grupo para bajar de peso que se desarrolla en el CeSAC, y otras dos asistían a un grupo sobre violencia. Pese al número reducido de participantes la reunión fue productiva y en un clima de confianza. Los facilitadores fueron: el lugar y clima de intimidad que se generó, el hecho de que algunas se conocieran de antes y que participaran en otros grupos. Contrariedades: el horario elegido para la actividad (mediodía) fue un factor que impidió que vinieran más mujeres, y si bien se logró llegar a un consenso, hubiese sido ideal alcanzar un número mayor de participantes para obtener una muestra más representativa.

Grupo Focal 3 (GF3): Mujeres que tuvieron cáncer de mama o están en tratamiento, de entre 40 y 60 años, nivel socioeconómico medio y bajo que viven en la provincia de Córdoba.

Participante	Edad	Ocupación
1	48	Arquitecta

2	58	Profesora de danza
3	48	Ama de casa
4	38	Empleada doméstica
5	51	Empleada doméstica
6	48	Ama de casa
7	55	Ama de casa
8	50	Ama de casa
9	57	Ama de casa
10	58	Profesora de yoga
11	41	Empleada

Este grupo se realizó en el Hospital Oncológico de Córdoba (Córdoba capital). Nuestro contacto y reclutadora de las participantes fue Ruth Keegan, psicóloga que se desempeña en el hospital y es becaria del INC. En este caso, hubo una gran convocatoria que, por momentos, jugó en contra dado que al ser tantas, algunas no se animaban a hablar o se limitaban a asentir una opinión dicha anteriormente. No obstante, se logró llegar a un consenso.

Grupo Focal 4 (GF4): Mujeres sanas reclutadas al momento de los controles preventivos, de entre 37 y 85 años. Nivel socioeconómico bajo o medio, de CABA y el Conurbano bonaerense.

Participante	**Edad**	**Ocupación**
1	54	Empleada doméstica
2	81	Jubilada
3	47	Ama de casa
4	65	Empleada
5	37	Empleada
6	67	Ama de casa

La actividad se realizó en un consultorio del hospital y nuestra referente fue Rosana Buffa, médica ginecóloga. La convocatoria fue espontánea: se llamó a seis pacientes que estaban en la sala de espera para ser atendidas y se las invitó a participar. Como puntos a resaltar, se destaca la buena predisposición de las mujeres para colaborar voluntariamente, y el hecho de que hubiera una médica del lugar que les daba una sensación de confianza.

El clima de los grupos focales

En los cuatro grupos realizados el clima de participación fue distendido. En todos los casos hubo espacio para el intercambio de ideas y la reflexión conjunta. En el grupo 3 y 4 se manifestaron liderazgos, no en el sentido de querer imponer opiniones sino más bien por la presencia de mujeres más participativas. En el caso del GF3, la participante que se impuso como líder era arquitecta y esto, en algún punto, afectó la dinámica del grupo ya que era la que mayor bagaje cultural y teórico tenía para opinar sobre cuestiones estéticas. Al mismo tiempo, como era un grupo grande (once), algunas mujeres se limitaron a asentir a las preguntas que hacíamos o tan solo coincidir con lo que había dicho otra. En el GF4, realizado en el hospital se presentó un momento de dispersión cuando una de las mujeres quiso compartir una situación traumática que estaba viviendo, por lo que dimos espacio para que hablara sobre el tema y luego continuamos con la dinámica de trabajo.

Las mujeres se sintieron a gusto con la actividad, especialmente cuando hubo que opinar sobre las percepciones que tuvieron sobre los símbolos gráficos diseñados, no tanto en la primer parte donde se trabajó con las representaciones sociales sobre el cáncer de mama.

Significaciones en torno al cáncer de mama

La primer parte de los grupos focales consistió en indagar en las representaciones sobre el cáncer de mama. Utilizamos la asociación de palabras, técnica para abordar una representación social ya constituida, relacionada a la orientación metodológica (Jodelet, 1991) que aborda el contenido como un campo semántico y se intenta esclarecer el núcleo central y los elementos en torno los cuales se cristalizan los sistemas representativos (Petracci y Kornblit, 2004).

Las palabras asociadas en este primer momento fueron:

> *"Mortalidad", "mujer", "prevención", "maternidad", "miedo", "información", "esperanza", "controles", "cura", "incertidumbre", "desconocimiento", "conocimiento", "lo estético", "gran pecho", "enigma", "investigación (desarrollo científico)", "mundo lleno de pechos", "muerte", "estigma", "mutilación", "un llamado de atención", "un camino negro", "valentía"*. (GF1)[21]
>
> *"Que me voy a morir", "que me voy a morir si me sacan un pecho", "miedo", "prevención"*. (GF2)
>
> *"Miedo", "terror", "dolor", "una nueva vida", "un cambio", "nacer de nuevo", "femineidad"," volver a empezar", "unión con la familia", "contención", "experiencia de vida", "un antes y un después", "golpe", "después hay aprendizaje", "luchar y vivir con eso", "no caer"*. (GF3)
>
> *"Miedo", "prevención", "conciencia: escuchar y tomar conciencia", "mutilación", "extirpación de senos", "es malo", "pánico", "algo insuperable", "confianza en sí misma", "ser fuerte ante la adversidad", "necesidad de la contención de la familia", "cuidar mi salud para mi familia"*. (GF4)

[21] Recordemos cómo estaban conformados los grupos: GF1, mujeres sanas (es decir, que no tuvieron ni tienen cáncer de mama), de CABA, clase media y media alta; GF2, mujeres sanas, de CABA, clase media-baja; GF3, pacientes que tuvieron o están en tratamiento por cáncer de mama, de Córdoba, clase media, y media-baja; GF4, mujeres sanas, de CABA y Pcia. de Bs. As., clase media, media-baja.

Como vemos, *miedo* es la palabra que apareció con mayor frecuencia, en algunos casos en primer lugar (GF3 y GF4). También surgieron sinónimos o frases relativas al miedo: *pánico, terror, miedo de que me saquen el pecho, miedo a morir*. En segundo lugar, en los grupos conformados por mujeres que no pasaron por la experiencia del cáncer de mama, apareció la palabra *muerte* o *mortalidad* (GF1), término que no surgió en el GF3, conformado por pacientes de cáncer de mama.

En los grupos de mujeres sanas, la idea de prevención surgió prontamente, tanto en GF1 como en el GF4 (tercer y segundo lugar en orden de aparición, respectivamente), no así en el GF2 que fue una palabra que surgió luego de que la moderadora insistiera para que las mujeres dijeran más palabras:

> Moderadora: *¿Qué otras palabras?*
> M1: *Prevención.*
> M2: *¿Hay prevención?*
> M1: *Sí, hay que ir hacerse los estudios. La mamografía. Autoexamen.…*
> (Diálogo GF2)

Como se ve, la representación que aparece del cáncer de mama tiene que ver con el miedo y la muerte, y como rasgo adyacente aparece la prevención.

La referencia a la *mujer* y la *femineidad* aparecieron en los GF1 y el GF3. También se mencionó el *pecho* y alusiones a éste: *gran pecho, mundo lleno de pechos, mutilación, extirpación de senos.*

Luego, entre los grupos encontramos diferencias que podrían explicarse de acuerdo al *habitus (*Bourdieu, 1997) de cada individuo, los esquemas clasificatorios que, "moldeados por la historia y por intervenciones prácticas y discursivas, le dan forma a lo que la gente (des)conoce, cree que conoce o (mal)interpreta" (Auyero, 2008):

El espacio social es construido de tal modo que los agentes o los grupos son distribuidos en él en función de su posición (…) según los dos principios de diferenciación (…): el capital económico y el capital cultural. De ahí se sigue que los agentes se encuentran allí empleados de tal manera que tienen tanto más en común en estas dos dimensiones cuanto más próximos estén, y tanto menos cuanto más separados. Las distancias espaciales sobre el papel equivalen a las distancias sociales (Bourdieu, 1997:13)

A partir del capital simbólico y económico se determinan relaciones de poder que constituyen el campo (Bourdieu, 1997). Se trata de una estructura que si bien puede modificarse, el sujeto la interioriza desarrollando un *habitus* específico. El *habitus* es el producto de las determinaciones objetivas del campo y es el que define la posición del agente dentro del mismo (Bourdieu y Wacquant, 1995). En este sentido, la posición en el espacio social explicaría las diferencias simbólicas que se dan entre las participantes en cuanto a sus percepciones sobre el cáncer de mama de acuerdo a su mayor o menor conocimiento, experiencia sobre el tema y mayor o menor acceso al cuidado de la salud. Los términos *esperanza, controles, cura, incertidumbre, desconocimiento, conocimiento, lo estético, investigación (desarrollo científico), un camino negro, valentía,* que aparecieron en el GF1 de un estrato social medio-alto se diferencian de las representaciones del GF2, en torno al miedo y la muerte. En el GF1 se generó una dinámica en la que las mismas mujeres empezaron a asociar las palabras con ideas: "*la falta de conocimiento y de prevención hace que se llegue tarde"*. El miedo se asoció a la idea de "*no deja lugar a que te acerques al tema de una forma amable*".

Otra distinción se observa en el grupo compuesto por pacientes de cáncer de mama. Las representaciones que aparecen tienen que ver con la experiencia cercana por estas mujeres en relación a la enfermedad y refieren a construcciones integradas por el conocimiento y las actitudes frente al tema: *una nueva vida, un cambio, nacer de nuevo, volver a empezar, unión con la familia, contención, experiencia de vida, un antes y un después, aprendizaje, luchar y vivir con eso, no caer* (GF3).

Como dato distintivo del GF4, podemos observar que las representaciones centrales tienen que ver con el miedo, pero luego aparece la idea de '*ser fuerte*' y '*confiar en una misma*'. En algún punto, puede tener que ver el contexto en el que se realizó la actividad, es decir una visita ginecológica en la que las mujeres iban a controlarse las mamas.

En pocas palabras, las primeras palabras evocadas tienen que ver con el miedo, la muerte, la extirpación de los senos, el dolor. En segundo lugar, aparece la idea de prevención, y luego, de acuerdo a cada caso particular, la cura, los controles, el enigma, el estigma, la investigación en grupos de mayor nivel socioeconómico (GF1), la femineidad (GF1 y GF3) el volver a nacer, el aprendizaje, la lucha (GF3) la confianza en una misma, la contención familiar (GF3 y G4).

Logotipos, marcas y consumo

En este segundo momento, la intención fue indagar qué logos eran recordados por las mujeres al momento de hacer la actividad y dar cuenta de sus percepciones sobre la función de los signos identificadores. El objetivo fue ver qué factores se ponían en juego cuando las mujeres recordaban signos identificadores, si era por cuestiones atribuidas a los mismos signos (estilo, colores, formas) o tenía que ver con aspectos relacionados a su difusión masiva, fuerte presencia en medios, campañas efectivas, etc.

Primero se indagó cuáles eran las imágenes de marcas en general que recordaban, es decir, no ligadas a la salud. Luego, qué imágenes relativas a la salud podían mencionar. En algunos grupos, la consigna fue confusa y las mujeres sólo respondían lo segundo:

Signos identificadores mencionados:

"Coca-Cola", "el león de Peugeot", "el rombo de Renault", "Las tres niñas", "Adidas", "Nike", "Puma", "la manzana de Apple", "el cocodrilo de Lacoste", "Mamá Lucchetti", "Penguin", "Rosamonte" (GF1)

"McDonald's", "Adidas", "Reebook", "Carrefour", "el muñequito de Vívere", "la vaca de Milka". (GF2)

"El símbolo de la paz", "McDonald's", "el osito de Bimbo", "Nike", "Adidas". (GF3)

"Lazo rosa del cáncer de mama", "el de la Fundación Favaloro que tiene un corazón", "el ancla de Giorgio Armani", "En el Yogur Ser también aparece la cintita". (GF4)

Relacionados a la salud:

Los lazos asociados a diferentes temas de salud, "el logo de Galeno: azul y verde su logo", "el del Hospital Italiano, una cruz roja, verde y blanca", "la cruz verde de las a las farmacias y lugares de atención de la salud", "la cruz roja", "Unicef". (GF1)

"la tirita de la lucha contra el cáncer, esa que es como una ele de color rosa", "Geniol, la cabeza con los alfileres", "los preservativos… Tulipán sí", "Evanol, que da propaganda a las mujeres…cuando las mujeres están con dolor", "Bayaspirina", "cafiaspirina" (GF2)

"Uno de la prevención del cáncer para hacer la mamografía. Es como un tres mirando para arriba", "el del moñito rosa, a lo mejor lo ves en otro lado y lo distinguís. En la publicidad de Ser por ejemplo". (GF3)

El GF4 respondió las dos consignas en una.

De los cuatro grupos, el primero es el que más imágenes relativas a marcas recordó y de mayor diversidad de temas. En los otros, las menciones aparecieron luego de la moderadora diera un ejemplo; a veces, como en el caso del último grupo, se entendía que se preguntaba sólo por logos relativos a salud y había que aclarar o reformular la consigna.

Podría inferirse que las imágenes mencionadas tienen relación con el consumo de determinados productos según el grupo de pertenencia: en el grupo 1 se mencionaron marcas como Apple, Penguin, Lacoste, productos accesibles para un estrato social de poder adquisitivo alto; por su parte, en grupos como el realizado en Villa Lugano (GF2), las marcas mencionadas también refieren a su consumo o experiencia cercana: marcas de comidas, ropa deportiva, productos de limpieza.

Algo de esto puede verse al observar las respuestas a la pregunta de por qué recordaban esas imágenes:

"Es el logo de mi prepaga, Galeno."
"La presencia de estos logos en los medios influye que los recordemos."
(GF1)

"Estamos invadidos de logos."
"Por la publicidad, porque se ve en la tele."

"Lo recordás porque te identificás con algo que ves en la publicidad, por ejemplo, el de Vívere me lo acuerdo porque quisiera tener toda la ropa limpia."
"Porque es lo que usamos, o cuando nos duele algo vamos al médico y nos dice qué podemos tomar." (GF2)

"*Porque se imponen en la tele a través de la visión.*"
"Pasa el tiempo y siguen, entonces ya lo tenés grabado." (GF3)

"En Avon comprás y estás colaborando, en Yogur Ser también, comprás y estás colaborando."
"Yo también compré muchas cosas de Avon para colaborar."
"Por la necesidad de la gente, por lo que la obra de Favaloro representa."
(GF4)

Como vemos, los motivos aludidos para la recordación de las imágenes tienen que ver, principalmente, por su fuerte presencia en los medios masivos de comunicación, en especial, la televisión. El segundo motivo sería el consumo, uso o cercanía con ese producto: consumir tal producto de limpieza, tener tal prepaga, consumir productos para colaborar con una causa. En tercer lugar, aparecen ciertos atributos de las imágenes como el uso de los colores, la sencillez, el valor estético o la permeancia en el tiempo de ciertas imágenes, características que se relacionan con la pregnancia y la vocatividad necesarias en los signos (Chaves, 2010).

"Coca-Cola mantuvo su estilo tipográfico en el tiempo y eso favoreció la fijación del logo."
"El logo de Apple es sencillo. La estética es un valor positivo, el hecho de que sea estético." (GF1)

"Por los colores llamativos."
(GF2)

Luego, las mujeres del grupo 1 atribuyeron a algunas imágenes ciertas características que no son intrínsecas al signo en sí, pero que hacen a su eficacia identificatoria: *El signo deberá*

favorecer la sugerencia inmediata de significados pertinentes y una progresiva acumulación de significados pertinentes a lo largo del tiempo. Para este segundo requerimiento el signo deberá poseer capacidades semánticas latentes válidas y poder asumir los contenidos que vayan siendo asignados por el uso. Esto es posible gracias a que en la cultura gráfica de la sociedad existen unos estándares que brindan una "plataforma de sostén" que son morfológicos y estilísticos. No es que un signo narre sino que su tipo y su estilo sugieran. (Chaves, 2010:41)

Los significados acumulados en el tiempo y que se han incorporado a la identidad de los productos se reflejan en frases de las participantes:

> *"El logo de Peugeot transmite fuerza, empuje y presencia por la figura del león"* (GF1)
>
> *"En mi caso, el logo de Armani representa elegancia. Entonces, lo recordás por lo que representa."* (GF4)

En lo referente a los signos identificadores de cuestiones de salud, se indagó sobre su importancia o no de éstos, su presencia mediática y qué tipo de características creían que debían poseer:

> *M1:"Es fácil incorporar otro tipo de logos que los de salud, quizás por negación, solo llevamos el carnet y recordamos el nombre de nuestras prepagas pero no recordamos los logos."*
> *M2:"un producto de consumo es diferente a un servicio, se recuerdan por cosas distintas y hay menos mensajes también en los medios de comunicación."*
> *M3:"No hay muchos mensajes de prevención"*
> *M4:"Con las cintas se logró masividad, la gente se pone las cintitas, la imagen queda como una foto, más allá del conocimiento que se tenga sobre el tema".*
> (GF1)

> *M1: "Sería importante que pongan un pecho, para el tema del cáncer de mama."*
> *M2:"Y es que en la puerta del médico deben tener algo para identificar a dónde ir… un pecho"* (GF2)

A grandes rasgos, se reconoció que pese a la resistencia a incorporar logos relacionados a la salud (algo del orden de la memoria selectiva), es importante su presencia mediática y la eficacia de estos en los mensajes preventivos. Se destacó la importancia de instalar imágenes alusivas al cáncer de mama, tanto para generar conciencia sobre el tema, como para señalizar espacios de atención de la salud.

No obstante, siguiendo a Petracci, coincidimos en que no se trata meramente del desarrollo de una estrategia a resolver a través de decisiones técnicas y/o publicitarias, “el traslado acrítico de la comunicación publicitaria a las campañas de bien común o de interés público suele no tener en cuenta que no es lo mismo la promoción de un bien de consumo que la movilización de la sociedad en torno a objetivos comunes” (Petracci 1992: 92).

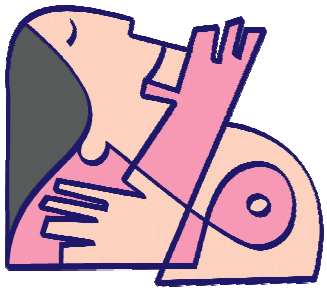
Signos identificadores diseñados: descripción de resultados

El tercer momento de la actividad en los grupos focales estuvo dedicado a indagar las percepciones y opiniones de las mujeres sobre los signos gráficos diseñados para el Programa. El objetivo era evaluar su eficacia y pertinencia simbólica y obtener información que sirviera en la definición de la identidad visual. Se les pidió a las participantes que observaran las imágenes individualmente, que prestaran atención en aquellos aspectos que les gustaba de cada uno de ellos y en los que no, que ordenaran los diseños de acuerdo a la escala de su gusto/elección personal: en primer lugar el que más les agradaba y en último, el que menos.

Una vez que hacían esta actividad individualmente, se trabajaba colectivamente en la discusión de los significados interpretados. En todos los se comenzó a hablar por la imagen A, luego el B, el C, y el D.

Una vez que se terminaba con el debate de cada uno de los diseños, pasábamos a la etapa de votación y consenso: invitábamos a las mujeres a elegir entre todas el símbolo gráfico que mejor se adecuaba para representar a un programa de prevención y control de cáncer de mama que trabaja a nivel nacional, se les pedía que debatieran y eligieran en conjunto el signo de mayor pertinencia simbólica y el más consistente semánticamente, teniendo en cuenta los atributos de cuidado, femenino, pluralidad.

La mujer que se abraza



Esta propuesta fue muy valorada como ‘obra artística’ pero fue poco elegida en primera opción. En el grupo de mayor nivel socioeconómico se leyó rápidamente su referencia al cubismo, en otros destacaron lo atractiva que era la ilustración. Como aspectos favorables veían en la figura:

> *M1: “Un abrazo de mujer, una mujer que se funde en un abrazo, que mira al cielo buscando luz y buscando un desafío.”*
> (Opinión GF1)

> *M1: “Es muy figurativo, está la mujer con la mama, las manos, siento que tiene mucho que ver con el cáncer de mama. Es femenino.”*
> *M2: “A mí me gustó porque tiene las manos cruzadas. No sé, no tiene cara de dolor.”*
> *M1: “No, no tiene cara de dolor. Cara de protección. De preocupación, de tomar conciencia de la enfermedad.”*
> *M2: “A mí me da pensamiento, de que está pensando ella, se lleva las manos así, cruzadas al pecho.”*
> *M1: “Los colores, el pelo largo, muy femenina. Yo le veo cara de cierta placidez.”*
> (Diálogo - GF2)

Como vemos, las ideas que aparecen en torno a esta imagen tienden a resaltar lo femenino, el cuidado, la protección. Aparece la reflexión, la toma de conciencia de la enfermedad y la placidez.

También, en un sentido similar aparece el significado del coraje y el hacer frente a las situaciones:

M1: "Como un abrazo, protegiendo, cuidándolo, amor."
M2: "Por los colores la idea que me da es que no importa raza ni color."
M3: "O "no me quiten" puede estar diciendo. En un sentido positivo. Defendiendo algo, también positivo."
M1: "Protegiendo, en el subte, en el tren, frente a los demás. Porque los demás no saben lo que tengo. También me recuerda a mis hijas. Por medio de la mama, ellas también viven. En alguna parte, si le das de mamar, da la idea de eso."
(Diálogo – GF4)

Aquí la figura refiere a la valentía y el desafío ante el posible dolor, la resistencia a que no le quiten las mamas, la defensa ante el afuera, el amor y también la maternidad. También aparece representada la idea de la mujer universal, aquella a quien se dirigen el Programa como su destinataria.

En cuanto a los aspectos negativos, los significados más recurrentes son la religiosidad, el miedo y la complejidad:

M1: "Me da sensaciones de dramatismo y miedo, el abrazo es más de cuidado y miedo que de enfrentar la situación."
M2: "Un abrazo de rechazo, una mujer que no quiere saber."
M3: "Que esconde parte de su cuerpo."
M4: "Me dio religioso que mire para arriba."
M1: "No es simple, difícil de identificar."
M5: "Es muy complejo, refiere a Picasso y a una imagen fraccionada. No es para un logo para tomar conciencia y aceptar el tema."
(Opiniones del GF1)

M3: "No a mí no me gusta porque parece que está sufriendo."
M4: "Yo le veo sufrimiento, que dice "por qué a mí".

M3: "Me da como que está hablando, está rezando por cómo cierra el ojo."
M4: "Me da algo religioso, que cierra el ojo para orar."
(Dialogo – GF2)

M1: "Esta imagen me gusta pero no me parece para un logo porque si bien tiene muchos significados, tiene una lectura muy compleja. Tiene muchas lecturas juntas, ves la mujer, ves el abrazo."
M2: "Como si necesitara protección. Triste también."
M3: "Alguien que le de cariño, abrazarla."
M4: "Claro, pero te lo tienen que explicar. Tiene muchas cosas."
(Opiniones GF3)

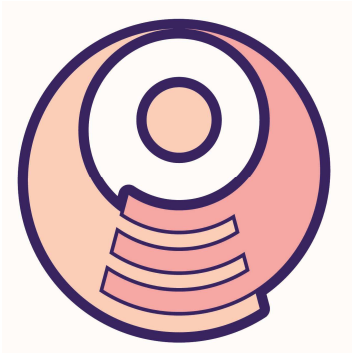
M1: "Me parece rígido, muy geométrico. El amor, el abrazo, es otra cosa, esto es muy rígido y el amor no es rígido. Parece que se chupa el dedo. Yo no veo un abrazo. No me da ternura."
M2: "No le encuentro el significado."
M3: "Logo de desesperación, de: ¡ay, no doy más!"
(Opiniones GF4)

Como decíamos, la cualidad de religioso aparece con frecuencia y siempre en un sentido negativo, es decir, pese a que la religión está presente en la vida cotidiana de muchas personas, el hecho de que aparezca como reminiscencia en una imagen ligada a la salud de las mujeres demuestra ser una característica desacertada. En contraposición a las mujeres que vieron un abrazo de contención, las que no optaron por esta propuesta percibieron la figura de una mujer con miedo, que necesita protección, que no quiere saber, que está desesperada, que sufre y está triste. Otra observación repetida es la de la no sencillez, las múltiples lecturas, y la dificultad en la decodificación. Siguiendo a Chaves (2010) "son muy pocos los significados que se pueden transmitir y bastará con que sean los adecuados". La única condición semántica universal es la compatibilidad: el signo no debe hacer referencias explicitas a significados incompatibles o contradictorios con la identidad de la organización (Chaves y Belluccia, 2003). Sobre los elementos

de la figura que llamaron la atención en las mujeres, el abrazo y la pose contemplativa, se generan tensiones entre los significados atribuidos: por un lado, las que en ese abrazo ven amor, cuidado de sí misma, protección, y por otro, las que ven rechazo, no querer saber, miedo, tristeza. De la misma forma, en la mirada contemplativa, hay quienes ven placidez y toma de conciencia por su salud, y quienes ven un sentido religioso inconveniente para el signo.

A la luz de las observaciones negativas sobre este signo, notamos que éste no cumple con el parámetro de inteligibilidad necesario, es decir, la claridad y la certidumbre con que el público decodifica el sentido del signo observado (Chaves y Belluccia, 2003). Muy por el contrario, es un signo que presta a equívocos que lo frustran. La virtud compartida por todas las participantes a la hora de consensuar atributos era que en este signo la mujer universal está claramente representada.

Menos es más



En segundo lugar, se pasó a compartir las opiniones y abrir el debate sobre el logo B. Esta figura fue elegida como primera opción por tres mujeres del GF1 y dos del GF2. Fue la imagen que más claramente se reconocía como isologo[22] debido a su sencillez y cualidad geométrica.

En el GF1 esta figura fue fácilmente decodificable: las percepciones coinciden en resaltar un abrazo, la contención y el cuidado del pecho, atributos que desde el Programa se quieren transmitir.

> *M1: "Es sencillo, da una idea de abrazo, se abraza a un pecho, y el color da la idea de piel y del pezón".*
> *M2:"Me gusta la idea por detrás, los otros tienen muchas ideas. Va con la idea del cuidado, abraza una teta, es fácil de explicar".*
> *"Un pecho que encierra misterios, lo asocio a la contención y al abrazo también."*
> *"Como es más geométrico, puede dar más relación con la ciencia y la investigación".*
> (Opiniones GF1)

Luego, en los otros grupos van apareciendo significados asociados a la experiencia de la enfermedad:

> *M1: "Me gustó el B por el círculo, porque representa el pecho."*

[22] Recordemos que a las mujeres se les entregó tarjetones (cuatro a cada una, uno por cada diseño) con los signos impresos. Éstos estaban compuestos por la imagen y la leyenda "Programa Nacional de Cáncer de Mama". Es decir, eran isologotipos. Aquí presentamos sólo el símbolo gráfico ya que nuestro análisis se centra en éstos (isologos).

M2: "Para mí esta parte (señala la parte rosa más fuerte) es como un cáncer que está avanzando y toma a la otra parte. Y el cáncer va a ir tapando la otra parte, que es la parte sana. Y esas dos partes entrelazadas."

Moderadora: Y es el que más te gustó… ¿por qué lo elegiste?

M2: "Me representa que nuestro pecho, la mujer que está sufriendo de eso, es así."

M1: "Para mí lo mismo, representa un pecho, el círculo."

M3: "Yo no lo entendí, recién ahora me doy cuenta que es un pecho entrelazado en las manos."

(Diálogo GF2)

Es sugestiva la representación que aparece en una de las mujeres que eligió este símbolo gráfico. Su percepción sobre el objeto es la enfermedad que avanza (por el juego entre los dos colores). Sin embargo, la mujer lo eligió como representativo del tema ya que cuando una mujer tiene cáncer de mama "*la mujer que está sufriendo de eso, es así."(M2- GF2).* Como una referencia a la inevitabilidad del destino. La idea de la mujer atravesando la enfermedad también apareció en el grupo de las pacientes de cáncer de mama:

M1: Yo no sé si está bien, pero… yo me ubicaba acá en el centro (señala el centro del dibujo) después me pasó esto y ahora estoy afuera. Lo puse en 2do lugar.

Otras: Ah, puede ser, puede ser.

M2: Yo también lo puse en segundo lugar, pero por intuición nomás. Ahora que lo veo bien veo otro sentido: es la mama abrazada. Me parecería como que yo abrazo a mi mama, la quiero.

(Diálogo GF3)

Aquí aparece, otra vez, una representación en donde la enfermedad tiene movimiento: la mujer en el centro que va atravesando diferentes etapas en el proceso de curación.

Como vimos, las representaciones sociales tienen que ver con aspectos de la realidad o con cuestiones socialmente significativas (Di Giácomo, 1987). No son homogéneas sino que varían según diferencias sociales y condiciones estructurales (Petracci, 2004). En este sentido la representación de las mujeres de este grupo están fuertemente vinculadas a la experiencia de la

enfermedad. Tanto en quien ve en la imagen un proceso de etapas del tratamiento hacia la curación, como aquella que percibe que “es mi mama, la abrazo, la quiero” (M2- GF3).

M1: “Para mí es un pecho con un abrazo. A mí me pareció interesante, ahora mirándolo lo pondría segundo, representa un pecho, el cuidado, la atención. Es fácil para recordar.”
M2: “La parte blanca es la parte sana, la rosa más clarita es la que se va sanando, y el más oscuro es lo malo.”
(Diálogo GF4)

Por un lado, se subrayan los mismos atributos que el GF1, además de destacar la pregnancia (Chaves, 2003) de este símbolo. Por otro lado, vuelve a aparecer la enfermedad en el juego de colores, esta vez lo enfermo y lo que va sanando.

En cuanto a los aspectos desfavorables aparecen cuestiones vinculadas a la no inteligibilidad del signo (pocas veces), la falta de vocatividad (Chaves, 2003) es decir, el hecho de llamar la suficiente atención en el público, y la alusión a cuestiones no gratas para las mujeres.

En relación a la falta de inteligibilidad, la significación confusa y la falta de atracción, las mujeres opinaron que:

“Parece un ojo más que un pecho”
“El pezón es muy grande”
(Opiniones GF1)

M3: “Es raro, parece una tuerca.”
M4: “La capa de ozono.”
M5: “Me pareció sencillo, bastante literal, pero no me llamó la atención porque como que quedaba vacío. En el sentido de que si lo ves por la calle, no te llama la atención. Es hermético y cerrado y la idea de cuidado no es hermética.”
(Opinión GF3)

M1: “Me parece un ojo. No me dice nada, nada que ver con el tema.”
(Opinión GF4)

En cuanto a significados negativos para las mujeres y contrarios a los esperados:

> *M1:"Me pareció una garra que agarra un pecho".*
> *M2:"Fue el que menos me gustó, me refiere al control y al miedo como sensación."*
> (Opiniones GF1)

> *M1: "A mí también me pareció un pecho, pero me resultó un poco agresivo, por la idea del cáncer, y en esta parte (la unión de las manos) vi un corte de operación. Agresivo, un corte. O como un ensamble pero después de un corte: una operación."*
> (Opinión GF2)

Vemos que, por momentos, la sencillez no es vista como un aspecto propicio en tanto es vista como algo que favorece que el símbolo pase desapercibido; la forma no es fácilmente reconocible por todas, hay quienes no lo entendieron y a quienes les pareció otra cosa: la capa de ozono, una tuerca, una garra, algo poco atractivo. Además, vuelve a aparecer la idea de la enfermedad como algo agresivo, como cirugía, ensamble, o una garra.

Los significados vinculados al avance de la enfermedad (en un sentido positivo y negativo) o la referencia a la cirugía, aparecieron en las mujeres de estrato socioeconómico más bajo, a diferencia de las de nivel más alto donde no surgió esta percepción sino que la imagen se asoció al cuidado de los pechos por medio del abrazo. En este punto, podría inferirse que las personas con menor nivel socioeconómico y educativo tienen menos comportamientos preventivos dada la ausencia de la "capacidad médica" que desarrollan los sujetos cuya simetría en la relación médico-paciente es menor (Boltanski, 1975).

Sensatez y sentimientos



El hipocampo fue, en todos los grupos, el símbolo más elegido. Fue también el que tensiones generó. Hubo mujeres que lo eligieron por los significados que esta figura posee culturalmente y por ideas que el hipocampo les despertaba:

> *M1:"Aunque es solitario es libre, es autosuficiente, es pequeño pero tiene todo un océano para nadar. Yo le agregaría un caballo de mar más y azul para incluir a los hombres".*
> *M2:"Es una imagen bonita, con versatilidad, esperanzadora, fuerte y autosuficiente".*
> (Opiniones GF1)

> *M1:"Es alegre."*
> *M2:"Representa agua, es puro. Es frágil y muy delicado pero por el color es fuerte. Por más que algo sea frágil, no deja de ser fuerte. Impresiona."*
> (Opiniones GF3)

> *M1:"Me gustó mucho el hipocampo por el dibujo, es algo dulce."*
> *M2:"Es impactante, está relacionado con el tema por la familia, el hipocampo muere en pareja, se enamora una sola vez, la familia, la contención, el cuidado. Es grato para verlo, todos los demás están relacionados con la mama y es fuerte. Este es grato. No da un impacto de cáncer, digamos. No tiene tanto que ver con el tema pero es grato. Transmite esperanza."*
> (Opiniones GF4)

Como vemos, las percepciones sobre este símbolo tienen que ver con características como la fragilidad y la fortaleza, la libertad, la esperanza, la dulzura, atributos connotados que no tienen relación directa con la imagen ni, en principio, con la patología. También se lo asocia a significados convencionalizados o contiguos al ambiente en que se mueve el hipocampo.

Hubo otras mujeres que, aunque no lo relacionaban a la temática, veían en él cualidades positivas o no angustiantes:

> *M1: "Si no sabes el significado, te va a llevar a averiguar por qué y eso va a hacer que te quede".*
> *M2:"El caballo podría dar una imagen que se asocie a la figura femenina."*
> *M3: "Fue la única que no le genero angustia, como los otros logos."*
> (Opiniones GF1)

> *M1: "A mí me encanta. Porque si vamos al caso, el de la cintita rosa de ahora no tiene nada de pecho ni nada. El que está actualmente."*
> (Opinión GF4)

De acuerdo a estas opiniones, podemos hablar de lo que Chaves postula sobre la codificación intencional: "el signo puede ir semantizándose durante el uso gracias a su reincidente asociación con el sujeto y sus atributos; o el signo se construye de partida de modo que sus rasgos respondan a códigos semánticos preexistentes que faciliten la lectura social de esas adjetivaciones" (Chaves, 2010:20).

Por otro lado, el hipocampo impactó muy fuertemente en el grupo de mujeres que habían tenido cáncer de mama, atribuyéndoles a éste un sentido íntimo y especial:

> *M1: "Yo lo elegí porque yo quiero ser como él, como el caballito de mar."*
> Moderadora: ¿Y qué relación le ven con el cáncer de mama?
> *M2: "Yo te diría que después de esta experiencia, con decirte frágil, delicado…el cambio mío: de ser una persona fuerte, una persona que se lleva el mundo por delante, de repente cambió, y siento que también puedo llegar a ser así, tan frágil y tan delicada, mirándome*

más adentro, sacándome un caparazón de fuerte que yo tenía y mostrar que también puedo ser delicada, frágil, no como síntoma de algo malo, sino como descubriéndome. El color me da fuerza, como amor, un amor fuerte."

M3: "yo el caballito de mar lo tengo incorporado, lo tengo en una pecerita. Y cuando yo me enfermé, ahora que vos me lo diste, me acordé de eso. Sin ser nada, un caballito, le pedí mucho por mí."

M4: "Me gustó mucho el caballito, además por la distinción de la cintita del cáncer."

(Diálogo GF3)

Por último, están las que no le vieron ninguna relación con el tema, no conocían cuáles son los significados asociados al hipocampo, o directamente les parecía inapropiado:

M3:"Parece una marca más que los otros logos pero que no da la idea de cáncer".

M4:"Una señora de La Quiaca no lo entiende."

(Opiniones GF1)

M1: "Es como para propaganda de preservativos."

M2: "Parece que está embarazada. Tiene la idea del embarazo."

M3: "A mí no me refiere al cáncer de mama, es como de marca de ropa."

M4: "A mí me da de caballito de ajedrez."

M2: "No le encuentro relación, no sé qué simboliza el hipocampo. No tiene que ver con el tema."

(Diálogo GF2)

M3: "El color es lindo, pero le falta algo, algo de pecho. Algo que tenga que ver con la mama. Si se trata de un logo, que la gente lo vea, es difícil a veces, pero si ves algo de mama y decís 'es mama eso'. Si uno ve esto, dice, 'ay qué lindo el dibujito', pero nadie lo asociaría al cáncer de mama."

M4: "Ahí no le podés poner nada de mama porque no va."

M3: "Por ejemplo, la cintita es el de la mama, también se usa la cintita azul, tiene que ser un logo que se conozca que es de mama."

(Diálogo GF4)

En este punto, es interesante señalar lo que Chaves postula sobre la transgresión:

> *En comunicación, transgresión es sobrecodificación, metacodificación: lo opuesto a la "libertad". Pues la transgresión de los códigos vigentes, para que potencie la comunicación, debe ser justificada y exacta. O sea, no debe aparecer como una arbitrariedad sino como "la forma sorprendentemente más adecuada de decir aquello". El valor de la transgresión no reside en el mero hecho de transgredir, sino en que, mediante ella, se logre superar la eficacia de la forma convencional.* (Chaves, 2010: 25)

Si bien a muchas mujeres optaron por el hipocampo como símbolo e incluso a quienes sabían poco de su significado les pareció acertado la opción de instalar una ícono que rompiera con lo acostumbrado para este tema, las percepciones de las que no lo eligieron parece ser causa suficiente para descartarlo ya que su carácter arbitrario no se adecuaría a la eficacia semántica necesaria. Más aún, si tenemos en cuenta la universalidad que del signo se espera, en tanto debe representar a un organismo de salud público y abarcar a amplios destinatarios.

Como dijimos al comienzo de este apartado, luego del debate sobre los cuatro diseños en los grupos, se pasaba a elegir y consensuar entre todas, cuál de las opciones era la más apropiada para representar a un programa nacional de prevención de la enfermedad. En la mayoría de los casos, las mujeres reconocían que el hipocampo les había impactado pero que no les parecía el más pertinente para un programa de cáncer de mama. Tampoco consideraban que fuera un símbolo que interpelara a todas las mujeres del país.

La gran ola de la vida



Por último, el símbolo gráfico D fue poco elegido en primer lugar, pero muchas lo eligieron en segundo. También tuvo posiciones encontradas pero no tan radicales como las anteriores (que daban la idea de miedo, rechazo, rigidez).

En el GF1 es donde menos adeptas obtuvo, lo eligió solo una mujer:

M1: "Protección, cariño, diseño espiralado, con el pecho en el centro como un abrazo. Los dedos son tres pero todas las manos de todos los colores, de todas las formas van a abrazar a esa teta que está sola, chiquita, desvalida y que hay que cuidar".
M2: "Me dio una sensación protectora".
(GF1)

Los recursos de esta figura son similares a los de la figura B (una síntesis de la mama en el centro, un abrazo contenedor que la rodea) sin embargo, la elección estilística genera sensaciones contrapuestas entre uno y otro:

M1: "Yo veo liberación en estas manos. Manos liberadas. Te queda una imagen con esto."
M2: "Como humano. Las manos."
M1: "Yo vi las manos, como ayuda, como protección. Las manos dan una cosa de amor, afecto."
Moderadora: ¿Ven alguna idea más el este?

M2: "Puede ser que haya una mama en el centro. Pero se ve más un espiral de donde salen unas manos."

M1: "A mí me da la idea de liberación, como si ya no tuviera nada. Como la cura, algo así."

(Diálogo GF2)

Como vemos, los significados tienen que ver con la protección y la liberación de la enfermedad. Para el grupo de pacientes de cáncer de mama, esta figura también generó una sensación de protección y concientización sobre el tema y apeló a la situación de la experiencia vivida a partir de la enfermedad:

M1: "Para mi resume muchas cosas. Primero es el contraste que tiene con el fondo y hace que la imagen resalte, y uno la lea y llame la atención rápido. Creo que está simbolizado el tema de la mama y cómo a partir de una situación problema, en nuestro caso, se generan otras situaciones que giran en torno. Y no necesariamente lo que genera tiene que ser malo. Porque a mí, el color rosa me da mucha tranquilidad, paz, entonces en este logo, yo identifico al cáncer de mama en el color rosa, por la iconografía del lazo, y resalta sobre el azul, que no me parece monótono, aburrido como el logo B. Y me parece fácil de representar, uno estando en cualquier lugar, hace el rulo y se imagina el cáncer de mama con este abrazo, que simboliza la fraternidad, la contención, la protección. Por eso lo elegí."

M2: "A mí me gustó más que el B, que es muy estático, en cambio éste te genera un movimiento. Como que a partir del cáncer de mama, te generó toda una serie de cambios y de movimientos afuera y adentro."

(Opiniones GF3)

El relato de la mujer que tuvo cáncer de mama (M1 – GF3)[23] resalta las cuestiones estilísticas que hacen que este signo le parezca satisfactorio en su armonía estética y estilística a diferencia del resto. Además, le atribuye sentido en consonancia con la enfermedad pero con un

[23] La participante era arquitecta por lo cual tenía un bagaje más amplio que el resto de las mujeres sobre cuestiones formales de diseño, como se ve en su relato.

matiz, en principio, no adverso: lo que pasa a partir de la enfermedad no tiene que ser necesariamente malo.

La idea de movimiento es algo que también llamó la atención, frente al símbolo con el que naturalmente lo comparaban que era el B.

> *M1: "Para mí es una gran ola, la ola de la vida, hay que tener la suficiente inteligencia para hacer un buen eslalon[24], y que hay que aceptar las contingencias que se te presenten, no abatirse, tener confianza en sí mismo. Todos los problemas que podés tener a lo largo de tu vida, a mí me significa esto, y que hay que afrontar las vicisitudes que se pueden aparecer. Enfrentar, no tener miedo, y la prevención: no dejar para mañana lo que tenés que hacer hoy."*
>
> *M2: "Me representa la familia, se me hace que es toda la familia. Me da la idea de unión."*
>
> *M3: "Como que es un pecho, y como que tenés que remar, nadando, luchando contra todo. Como algo positivo."*
>
> (Diálogo GF4)

En este caso, las mujeres perciben en el movimiento del símbolo las vicisitudes que ocurren en la vida y la actitud a adoptar frente a una situación problemática como es la enfermedad: enfrentar esa ola como otras que pudiera aparecer. En este sentido, se asemeja a las percepciones que tuvieron las pacientes con cáncer de mama sobre ese mismo signo (GF3).

Pasando a las mujeres que no lo eligieron, los motivos tienen que ver con sentidos asociados al descontrol o la falta de atracción:

> *M1: "No me dice nada"*
> *M2:"Es el segundo más sencillo, da la idea del pecho como el B pero es un poco más complicado".*
> *M3:"para control me da un poco descontrolado, es más veraneo en la costa."*
> *M4: "Descuidado en vez de dar la idea de cuidado y protección".*

[24] El eslalon es zigzagear entre diferentes obstáculos en modalidades deportivas.

M5: "No me gustó para nada, que le parece desprolijo y poco contenedor."
(Opiniones GF1)

M4: "Como una fuerza centrífuga, no me atrajo, me da rechazo."
(Opinión GF4)

Aquí, el movimiento no es entendido como acción, ni contención, aquí el significado es descontrol, desprolijidad, descuido. También es un símbolo que refiere más a la idea de veraneo.

M3: "Para mí… no sé, no tiene nada. Yo no le veo nada de… ni un pecho."
M4: "A mí tampoco. Me parece una bufanda."
(Opiniones GF2)

Mujer3: "Me pareció como que el centro es un bebito que se está gestando y necesita protección. Parece una bufandita tejiéndose alrededor."
Moderadora: Entonces lo ves ligado a la maternidad…
Mujer3: "Sí, buen, me da esa idea. Es algo nuevo que nace, también."
(Diálogo GF3)

M5: "Veo un pecho, pero los dos colores me da la idea de que es un pecho enfermo. Si es un pecho lo del centro, veo un pecho de dos colores, una parte sana y otra enferma."
(Opiniones GF4)

Aparecen alusiones a elementos como una bufanda, la idea de veraneo o la maternidad que demostrarían cierta ambigüedad en los componentes gráficos del signo. También, como sucedió con el diseño B, aparece la idea de sano/enfermo por el juego entre dos colores.

El color / el lazo

Una de las cuestiones que necesitábamos indagar era la conveniencia de utilizar el lazo rosado como recurso gráfico que, como hemos dicho, es el signo que se empezó a usar internacionalmente para simbolizar el mes de la concientización del cáncer de mama (octubre), y luego se extendió más allá de ese mes y hoy en día, muchas organizaciones recurren a esta simbología en sus identidades visuales.

Hubo mujeres que no conocían el significado del lazo rosa y otras que lo recordaban por su reciente aparición televisiva[25]. Otras reconocían el lazo en la cola del hipocampo y ahí es donde lo asociaban a dicha simbología.

Lo que tuvo un consenso unánime es en la pertinencia de utilizar el color rosa. Por un lado, por ser un color femenino, por ser un color asociado a la mujer, y por otro, por el hecho de ser el color con el que se representa la sensibilización sobre esta enfermedad:

> *"El color rosa es un código, no se puede opinar, está instalado"* (GF1)
>
> *"A mí el color rosa me da mucha tranquilidad, paz, entonces en este logo (el D) yo identifico al cáncer de mama en el color rosa, por la iconografía del lazo, y resalta sobre el azul, que no me parece monótono, aburrido como el logo B."* (GF3)

[25] Los grupos focales se realizaron durante octubre (y principios de noviembre) mes en el cual se difunden avisos televisivos dedicados al cáncer de mama. Como vimos, el caso de Yogures Ser es uno de ellos.

Resultados de los grupos focales y elección del signo identificador

Una vez terminado el trabajo de campo, el equipo del Programa y el de diseño del Ministerio de Salud[26] se reunieron para compartir los resultados, elegir los símbolos sobre los cuales trabajar y hacer ajustes pertinentes.

La primera reflexión fue la vasta cantidad de significados que surgieron sobre los diseños, y especialmente, la riqueza descriptiva y perceptual de detalles que en un principio, el equipo del Programa no dio cuenta. La significación de lo sano y lo enfermo en los colores, la rigidez en lo demasiado geométrico, la religiosidad en los ojos cerrados de la figura de la mujer. Ninguno había percibido estas cuestiones, y en ese sentido, la experiencia de estos grupos fue un 'abrir los ojos'.

> *Percibir no es recibir información pasivamente. Percibir implica buscar, seleccionar, reconocer, identificar, jerarquizar, evaluar, descartar, aprender e interpretar. Cuanto más sean considerados los estilos cognitivos del público para la organización de los estímulos, tanto más fácil será la interpretación del mensaje. De aquí la importancia de la pertinencia y la organización de los componentes visuales usados en un mensaje gráfico, y de su adaptación al estilo perceptual y cognitivo del público buscado.* (Frascara, 2006: 71)

Lo significativo de este trabajo consistió en la consecuente necesidad de tratar de comprender el perfil cognitivo del público, en relación con su comprensibilidad y las reacciones que genera. En este sentido, se decidió descartar aquellas opciones que generaron mucha confusión o lecturas distorsionadas de lo que se quería trasmitir: de esta forma el signo A, el de la mujer, quedó descartado. Lo mismo sucedió con el hipocampo, por las limitaciones que la propia institución

[26] Esta vez, la reunión estuvo compuesta por las integrantes del Programa (coordinadora técnica, médicas, comunicadoras) y el equipo de diseño del Ministerio de Salud (diseñador gráfico y comunicadora)

impone (ser la máxima autoridad sanitaria del país) se decidió ir por una opción que apele a significados convencionalizados y compartidos culturalmente, más allá de la buena recepción que tuvo esta figura en casi todos los grupos.

La opción B era la que mayor cumplía con los requisitos estilísticos de un signo gráfico debido a su carácter geométrico y su simplicidad. Pero como tuvo muchas percepciones desfavorables, (especialmente en mujeres de sectores medios y bajos, que son las usuarias del servicio de salud pública y es a quienes el Programa quiere llegar) se decidió hacer ajustes para corregir los detalles que apuntaban a lecturas de "lo enfermo que avanza sobre lo sano", o "la cirugía agresiva".

El signo D fue el que mayor aceptación logró, de mejor inteligibilidad y versatilidad. Fue el signo que demostró ser suficiente en el sentido de cubrir las necesidades de identificación del caso (Chaves y Belluccia, 2003). Fue también el de mayor pregnancia y vocatividad, en el sentido de llamar la atención por sus recursos, y a su vez, cumplía con la exigencia de singularidad, es decir el hecho de satisfacer el grado de diferenciación necesario respecto del contexto institucional. "Un diseño es un vehículo de la memoria. Un logo bien diseñado, al final, es el reflejo de la institución que éste simboliza" (Rand, 1994).

De esta forma, se resolvió continuar con estas dos últimas opciones (la B y la D), haciendo los ajustes estilísticos pertinentes para corregir los rasgos que despertaron connotaciones desfavorables. Al momento (febrero de 2013) nos encontramos en espera de estas resoluciones gráficas. Una vez que tengamos las dos propuestas rediseñadas, el equipo del Programa elegirá una y posteriormente, se les hará una devolución a las mujeres que participaron en este proceso. Por un lado, al equipo con quienes definimos los atributos identitarios, y por otro, a las mujeres que participaron de los grupos focales, a quienes contactaremos por medio de las que en su momento fueron las reclutadoras.

CONCLUSIONES

Símbolos, trazos y significados

A lo largo de este trabajo hemos dado cuenta de las formas más conocidas en que el cáncer de mama se comunica, los recursos gráficos que se utilizan convencionalmente y las líneas críticas que se abren sobre esos usos. Sabíamos que el recurso gráfico representado en el lazo rosa tenía gran popularidad en muchos países del mundo y que también se usaba en muchas fundaciones, organismos y asociaciones de pacientes de nuestro país. Pero nos movía la inquietud fundada en cuestionar hasta qué punto sería efectivo utilizar un símbolo importado de otras culturas[27], pensando en su alcance, continuidad y masividad, como también en la necesidad de establecer nuestro propio sistema simbólico que incluyera la voz del "otro" al que nos dirigimos.

Los resultados de nuestro trabajo indicaron que no todas las mujeres conocían el símbolo del lazo rosa, en especial las mujeres de estratos socio-económicos bajos. Se lo reconoció como un emblema que aparece en octubre de la mano de distintas campañas mediáticas, lo que daría la pauta de que es un símbolo que puede aprovecharse para acciones puntuales realizados en el mes de la concientización del cáncer de mama. También comprobamos que las mujeres se sentirían a gusto con que los mensajes de comunicación sobre el tema tengan una simbología propia y local, donde esté representada la mujer y el cuidado. Estos dos atributos fueron mejor recibidos en los signos identificadores más abstractos y con líneas más curvas, más amables y versátiles donde pueda entenderse la protección, el movimiento, la acción de muchas manos juntas en pos de la prevención. También pudimos identificar qué recursos no serían adecuados para simbolizar nuestros mensajes: las reminiscencias religiosas en una mujer de ojos cerrados, los recursos demasiado geométricos o

[27] Como dijimos antes, de acuerdo al estudio realizado por FUCA en 2010 (Kornfield, 2010) el 72% de las mujeres encuestadas no conocían el lazo rosa y además, las campañas representadas por este símbolo fueron las que menos movilizaron a las mujeres a realizarse estudios.

"rígidos", los juegos estilísticos que parecieran estar dando cuenta del avance de la enfermedad, la idea de un pecho ensamblado.

Sin esta indagación hubiese sido imposible llegar a estos lineamientos ya que, como vimos, las percepciones que las mujeres tuvieron sobre los diseños diferían considerablemente de las que habíamos tenido quienes formamos parte del Programa. Ninguna de nosotras había visto en los signos la riqueza de significados que nos ofrecieron las participantes de los grupos. Incorporar en el trabajo la experiencia subjetiva de las mujeres es considerar la perspectiva de cuidado de la que hablamos anteriormente: involucrar relaciones intersubjetivas, reconocimiento de un "otro", articulación entre disposición y acción, y respuesta por parte de aquel que recibe el cuidado (Ayres 2004; Pinheiro 2007).

Alcances y continuidades

Uno de los criterios más relevantes en la conformación de la muestra era el nivel socioeconómico de las mujeres, es decir, el requisito de que participaran mujeres de sectores medio-bajos o bajos en tanto ellas son las usuarias del sistema de salud público. No obstante, también nos interesaba conocer las percepciones de las mujeres de sectores medios y medio-altos ya que como máxima autoridad sanitaria, los mensajes están dirigidos a todas las mujeres del país. Es así que la relación para armar la muestra fue: tres grupos de mujeres de nivel medio o medio-bajo, un grupo nivel medio o medio-alto. Este número bastó para cumplir nuestros objetivos y logró alcanzar con el criterio de saturación. Ahora bien, de la experiencia surge la recomendación de extender el trabajo e incorporar más grupos a los testeos si las condiciones lo permiten. Por ejemplo, sería de mucha utilidad incluir en la muestra a las poblaciones de zonas periféricas de las provincias[28].

[28] Dentro de nuestras posibilidades, pudimos incluir a mujeres de CABA, el conurbano bonaerense y Córdoba capital.

Como propuesta a futuro para quien desee ahondar en el trabajo de la identidad visual del cáncer de mama (en otra organización) queda pendiente la posibilidad de ofrecer universos simbólicos que se alejen de recursos estereotipados (por ejemplo, la asociación del color rosa para referirse a cuestiones vinculadas con la mujer), es decir, proponer una opción transgresora de lo establecido, pero que sepa apelar a los públicos definidos y por ende, sean adecuadamente decodificados.

También surge la necesidad de continuar líneas de trabajo que hagan hincapié, ya no en el imaginario de símbolos, sino en los mensajes producidos para sensibilizar al público en torno a la prevención del cáncer de mama (de los cuales los símbolos también son parte). Es decir, generar mensajes preventivos que sean inclusivos, claros y efectivos, basados en un trabajo de investigación que dé cuenta de las problemáticas que hay que sortear en la población a fin de que sea posible cambiar conductas y sensibilizar sobre el tema.

Otra posible línea de continuidad surge de la inquietud de indagar en alguno de los aspectos que mencionamos en el apartado del Estado del Arte. Puntualmente, lo referido a los trabajos que cuestionan el marketing del lazo rosa y el llamado *pinkwashing*. Sería interesante indagar cuál es la situación con respecto a este tema en nuestro país, es decir, qué implicancias hay entre las campañas del lazo rosa que promueven algunas marcas y su relación con la recaudación de fondos para promover la detección precoz del cáncer de mama y la investigación.

Aportes

Este trabajo sirve como evidencia lo significativo que es el involucrar al público en las piezas comunicacionales y por ende, la constante necesidad de investigar y evaluar nuestras

prácticas de intervención en de comunicación y salud. Podemos decir que no habíamos encontrado investigaciones que abordaran cuestiones de diseño e identidad visual en el ámbito de la salud pública, por lo cual esta experiencia aporta una primera aproximación al tema. Sirve como antecedente en lo relativo a lo importante que es incorporar la visión del otro, y cuán provechoso puede ser si consideremos la cantidad de significados, percepciones e ideas que las mujeres sumaron a nuestra visión un tanto sesgada y cegada al estar tan involucradas intelectual y laboralmente con este tema. Una mirada que ofrece una distancia necesaria.

Una condición favorable a la hora de hacer este trabajo, fue el hecho de trabajar en la institución pública donde se llevó a cabo y tener un vínculo con los 'decisores políticos'. Muchas veces, este tipo de diagnósticos es promovido por estudiantes de comunicación que se acercan a las instituciones para realizar sus prácticas pre-profesionales u ofrecer su perspectiva comunicacional, y por más valioso y fructífero que sea su aporte, suele ser desoído por quienes toman decisiones. El hecho trabajar en el mismo lugar para el que realicé el trabajo facilitó el camino para que los resultados de este trabajo sean escuchados y se tomen decisiones conforme a las recomendaciones que de este estudio se desprendieron. Asimismo, en un principio, muchas compañeras de equipo (médicas, principalmente) no le veían sentido al hecho de evaluar los símbolos gráficos con las mujeres. Luego se vieron sorprendidas por el relato de las participantes y agradecidas por el aporte que significó el evitar salir a difundir imágenes tan contrarias a lo que el Programa quiere comunicar (por ejemplo, la idea de corte en el pecho, o avance de la enfermedad). La mayoría de las veces, en ámbitos como el que refiere a este trabajo, las decisiones estilísticas son tomadas por una o dos personas de jerarquía en base a su gusto particular y rara vez se testean los materiales. En este punto, esta experiencia es un antecedente que justifica la relevancia de las validaciones de las piezas de comunicación sacándolas al encuentro con su público objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN CANCER SOCIETY (2011) Global cancer facts and figures, 2nd ed., Atlanta: ACS.

ARAYA UMAÑA, S. (2002) *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión.* Costa Rica: FLACSO

AUYERO, J. y SWISTUN, D. (2008*) Inflamable: Estudio del sufrimiento ambiental.* Buenos Aires: Paidós

AYRES, J. R C. M., 2003/4. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ.

BANCHS, M. (1986). "Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo": *Revista costarricense de psicología*

BONET O, GOMES TAVARES FR. (2007*) O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica A. Razoes Públicas para a integralidade em saúde o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco

BOURDIEU, P. (1997) *Capital cultural, escuela y espacio social.* Madrid: Siglo Veintiuno Editores

BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*, México: Grijalbo

BOLTANSKI, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Colección salud, política y sociedad: Ediciones Periferia

CHACÓN, R. (2008). "Cáncer de mama: el futuro en el presente". Conferencia brindada en la Legislatura Porteña, Buenos Aires. Octubre.

CHAVES, N. y BELLUCCIA, R. (2003) *La marca corporativa: gestión técnica del diseño de signos identificatorios institucionales.* Buenos Aires: Paidós

CHAVES, N. (2010) Marca: *Los significados de un signo identificador*. Buenos Aires: Infinito

COHEN, J. (1983) *Investigaciones retóricas II.* Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo

CORTEZ, J. (2011) *Rediseño Identidad visual ONG FOS en Bolivia.* La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés.

DENZIN, N. y LINCOLN, Y (1994) *Handbook of Qualitative Research*, Londres, Sage Publications. Introducción: "Ingresando al campo de la investigación cualitativa" (traducción)

DI GIACOMO, J. (1987) Teoría y método de las representaciones sociales. En Páez, D. *Pensamiento, Individuo y Sociedad: cognición y representación social*. Madrid, España: Fundamentos.

FERLAY, J; SHIN, H. R.; BRAY, F.; FORMAN, D.; MATHERS, C. AND PARKIN, D. M. GLOBOCAN (2008) *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*: IARC

FRASCARA, J. (2006) *El diseño de comunicación.* Buenos Aires: Infinito

FOUCAULT, M. (1975) *El nacimiento de la* clínica. Una arqueología de la mirada médica. Madrid: Siglo Veintiuno

HARVEY, J. y STRAHILEVITZ, M. (2009) "The Power of Pink: Cause-Related Marketing and the Impact on Breast Cancer" American College of Radiology

IBÁÑEZ, T. (1988) *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, España: Sendai

JODELET, D. (1991) "Representaciones sociales, un área en expansión" en D. Páez, C. Sanjuan, I. Romo y A. Vergara *Sida: imagen y prevención*, Madrid Fundamentos.

KIM, D. D., ARAUJO, A. L. L., TSAI, A. I. A., KOJIMA, F. H., TAKASHIMA, J. S. I., OTSUKA JUNIOR, L. F., GAMBOA, R. A. B., et al. (2010). Knowledge is prevention: a novel approach to breast cancer prevention: *Ciência & Saúde Coletiva*

FIRPO, R. (2008) "Hacia una 'nueva' planificación en salud' en ENRICI, A. y FIRPO, R. *Pensar el cuidado*. Río Gallegos: Universidad Nacional de la Patagonia Austral.

KING, S. (2004) *Pink Ribbons Inc: breast cancer activism and the politics of philanthropy*. U of Minnesota Press

KITZINGER, J. (1995) "Introducing Focus Group Glasgow". University Media Group, Department of Sociology, University of Glasgow

KORNFIELD (2010) *Concientización de la detección precoz del cáncer de mama Información y comportamiento de la mujer De la ciudad de buenos aires, argentina.* Buenos Aires. FUCA.

LEONE, K. y DUCHEIN, K. *Bien Público: Investigación y lineamientos sobre la comunicación de los métodos de detección precoz del cáncer de mama*. Tesina de Cs. De la Comunicación. UBA. Buenos Aires

MARINHO, L. A. B., CECATTI, J. G., OSIS, M. J. D., & GURGEL, M. S. C. (2008) “Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services.” Revista de Saúde Pública

MENDICOA, G. (1998) *Manual teórico práctico de investigación social*. Buenos Aires: Espacio.

MENDOZA DEL PINO (2006) *Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer.* Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 5, 2006 Centro Provincial de Ciencias Médicas de Camagüey Camagüey, Cuba

MERHY, EE. (2006) Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial

PAOLINO, M. (2012) *(Des) encuentros: reflexiones en torno a la entrega de resultados en el proceso de atención de la salud de las mujeres con Papanicolaou anormal desde la perspectiva del cuidado.* MIMEO

PETRACCI, M. (1992) “Las Campañas... ¿De Interés Público?”. En: Vacchieri, A. (compiladora). *El Medio es la TV*. Buenos Aires: La Marca Editores

PETRACCI, M. (2004) “La agenda de la opinión pública a través de la discusión grupal. Una técnica de investigación cualitativa: el grupo focal” en A. L. Kornblit, *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis.* Buenos Aires: Editorial Biblos

PETRACCI, M. y KORNBLIT, A. (2004) “Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista” en A. L. Kornblit, *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis.* Buenos Aires: Editorial Biblos

PETRACCI, M., CUBERLI, M. Y PALOPOLI, A. (2010) *Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica.* Concurso en honor de la educadora Haydee de Luca "determinantes de la salud". CAESPO. Buenos Aires.

PINHEIRO, R. (2007) “Cuidado como valor: razoes públicas para a integralidade em saúde” en: Pinheiro, R. y Mattos, R. A. Razoes *Públicas para a integralidade em saúde o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco

MARRADI, A; ARCHENTI, N; PIOVANNI, J. (2007) Metodología de las Ciencias sociales. Buenos Aires: EMECÉ

NAJMANOVICH, D. “El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa”, en DABAS, Elina y NAJMANOVICH, Denise (compiladoras), Redes el lenguaje de los vínculos, Buenos Aires: Paidos.

PONCE, M (2012) *Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de buenos aires.* Revista Argentina Salud Pública; Volumen 3, Nro. 13. Ministerio de Salud de la Nación.

PRIETO CASTILLO, D. (1990) *Diagnóstico de la comunicación.* Quito: CIESPAL

PÜSCHEL, K., THOMPSON, B., CORONADO, G., GONZALEZ, K., RAIN, C., & RIVERA, S. (2010). 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. *Family Practice*

QUINTANA, A.; BORGES, Z; TONETTO, A; OLIVEIRA, D; WEBER, B; RUSSOWSKY, I. (2004). Prevenção do câncer de mama: a contribuição das representações sociais en *Ciência, Cuidado e Saúde*; 3 (3):295-302, set.-dez. 2004.

RAND, P. (1994) "Logos, Flags, and Escutcheons*"* en *Looking Closer: Critical Writings on Graphic Design.* Skyhorse Publishing Inc.

ROPER, WL (1993): "Health Communication Takes on New Dimensions at CDC" en Public Health Reps 108 (2).

SAIZAR, M. (2008) "Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico paciente" en Krmpotic *Claudia Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial

SALABERT, P. (1985) *(D)efecto de la pintura.* Barcelona: Antrophos Editorial

SMITH, S., HAMEL, L., KOTOWSKI, M. R., NAZIONE, S., LAPLANTE, C., ATKIN, C. K., STOHL, C., ET AL. (2010) Action tendency emotions evoked by memorable breast cancer messages and their association with prevention and detection behaviors. *Health communication*.

SONTAG, S. (1988) *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas.* Buenos Aires: Taurus

URANGA, W; BRUNO, D. (2007*) Mirar desde la comunicación: Una manera de analizar las prácticas sociales*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales

VASILACHIS DE GIALDINO, I. (2006). "La investigación cualitativa" en I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa

VINIEGRA, M; PAOLINO, M; ARROSSI, S. (2010) *Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud

YOULDEN, D; CRAMB, S; DUNN, N; MULLER, J. (2012) “The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality” Elsevier Ltd.

PYKE, C; BAADE, P; REGEHR, K. (2012) Pink Ribbon Pin-Ups: photographing femininity after breast cancer. Culture, Health & Sexuality

Películas

POOL, L. (2011) *Pink Ribbons, Inc.* (Película) Canadá: National Film Board of Canada (NFB)

Sitios web

Ads of the world www.adsoftheworld.com

American Cancer Society (Estados Unidos) www.cancer.org

Behance www.behance.net

Breast Cancer Action www.breastcanceraction.com

Fashion Targets Breast Cancer www.fashiontargetbreastcancer.com

Instituto Nacional del Cáncer (Argentina) www.msal.gov.ar/inc

National Cancer Institute (Estados Unidos) www.cancer.gov

SCAR Project www.scarproject.com

Think before you pink www.thinkbeforeyouthink.com