

Editorial

Salud y medios en la sociedad actual

Health and mass media in the current society

LA SALUD ha sido siempre un don querido y deseado, sentido como una necesidad primaria por toda la población, siendo éste el motivo principal por el que toda la información relacionada con la salud goza de un gran interés por las audiencias. Pero no existe salud sin enfermedad, esta innegable presencia del binomio salud-enfermedad en la opinión pública y sus agentes, así como las posibilidades que ofrece la comunicación para el desarrollo de una sociedad más sana y el interés que todo ello ha generado en profesionales e investigadores de la comunicación, representa un campo de investigación y trabajo profesional en el mundo de la comunicación: la health communication o comunicación para la salud (Martín Algarra, 1997).

La salud suele ser un tema de interés que atrae audiencias, concienciadas de la importancia de realizar hábitos de vida saludables para adquirir mejor calidad de vida y bienestar. Por ello los medios están mostrando más interés por estos contenidos y ofrecen más espacios para temas dedicados a salud. Sin embargo, éstos no siempre dan con los modos y contenidos más adecuados para lograr una sociedad más sana, más consciente de la importancia de la salud, más conocedora

de lo que debe hacer para mantenerla e incrementarla y más proclive a los comportamientos que puedan hacer a los individuos sentirse mejor.

Por otro lado, se está produciendo un continuo aumento del uso de los medios de comunicación como la principal fuente de información para los temas de salud (OMS, 2007). El profesional sanitario ya no constituye la única fuente de información para los ciudadanos, y en muchas ocasiones ni siquiera la fuente principal. La población utiliza cada vez más los medios tradicionales e internet para informarse sobre enfermedades, tratamientos y estilos de vida saludables y, a menudo, recopilan información antes de acudir al médico y luego se presentan en la consulta con una idea preconcebida sobre su dolencia. Pero no sólo los pacientes, incluso los profesionales de la salud también acuden en numerosas ocasiones a los medios para informarse sobre temas sanitarios. Un estudio reciente (MSL, 2012) reveló que el 72% de los pacientes recurre a Internet para buscar información sobre temas de salud y que las fuentes más consultadas en la red son los foros (42%), Google (41%) y Wikipedia (27%).

Por otro lado, los medios de comunicación de masas son considerados una

herramienta potente en los ámbitos de educación para la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades. El Banco Mundial (1996) señaló que ningún programa de salud que pretenda abarcar sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación.

Sin embargo, los medios también pueden dañar la salud de la población, originando esta ambivalencia característica de los contenidos sanitarios en los medios de comunicación que forma el eje principal del estudio e investigaciones sobre la salud en los medios. Los medios pueden ayudar a controlar una enfermedad infecciosa, al mismo tiempo que pueden aumentar la práctica de conductas de riesgo, tales como el consumo de comida basura, tabaco, alcohol, práctica de relaciones sexuales sin protección, etc. Por otro lado, los medios a menudo desarrollan, de forma inconsciente y como parte de la sociedad que son, falsas creencias y estereotipos. Por ejemplo en salud mental son frecuentes titulares como este: “Un esquizofrénico desata el terror en una escuela al asesinar a puñaladas a ocho niños”. Por ello, el estudio de los contenidos sanitarios en los medios de comunicación es de suma importancia debido al enorme potencial que éstos tienen sobre la salud pública y el bienestar de la sociedad.

Por todas estas razones expuestas anteriormente, nos encontramos ante una emergente demanda y necesidad de información sanitaria pública veraz,

relevante, rápida e imparcial demandada por las audiencias. Pero también ante la necesidad de que los investigadores de la comunicación y de la salud profundicen más en este campo mediante la realización de estudios con buena calidad científica que muestren la efectividad y los efectos de los medios en la salud de la sociedad actual.

Daniel Catalán Matamoros

Departamento de Periodismo y Comunicación
Audiovisual
Universidad Carlos III de Madrid
danieljesus.catalan@uc3m.es

Referencias

- Martín Algarra, M. (1997). Las campañas de comunicación pública. La comunicación y salud como campo de estudio. *Comunicación y Sociedad*, 10, 193-201.
- MSL Group. (2012). You Share You Care. Rescatado el 1 de septiembre de 2013 de <http://www.mslgroup.com/insights/publications/2012/you-share-we-care/>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Statement of the Planning Meeting to Develop a European Health Communication Network. Londres: OMS, Oficina Regional para Europa.

Originales

Estudio sobre el trato del colectivo con trastornos mentales de los periódicos El País y El Mundo, desde 1997 a 2011

Study on the treatment of the mental disorders group of newspapers El País and El Mundo, from 1997 to 2011

Ester Mateo Aguilar ^{1*}

¹ Universidad de Almería

Fecha de recepción: 12/11/2012 – Fecha de aceptación: 05/05/2013

Resumen

Introducción. Los pacientes mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, una de las claves para mejorar la percepción de este colectivo está en una correcta divulgación de información sobre el tema en los medios de comunicación. **Objetivos.** Se pretende estudiar si han existido cambios en la cobertura de los periódicos de España, respecto a la forma de escribir en el colectivo a tratar y si hay diferencias en la forma del trato según el trastorno mental del que se hable. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, se obtuvo una muestra de 160 artículos a través del programa Lexis-Nexis, que contenían 18 términos generales y de diagnóstico de los trastornos mentales, en España en los años 1997, 2004 y 2011 de los periódicos El País y El Mundo. **Resultados.** Se aprecia que en el año 2004 aún se seguían utilizando términos de salud mental para dar noticias negativas en periódicos de mayor tirada nacional. **Conclusión.** Un aspecto importante para acabar con la estigmatización social, es que en los periódicos se escriba desde el conocimiento de las enfermedades de Salud Mental.

Palabras clave: Salud Mental, Artículo de Periódico, Estigma Social

Abstract

Background. Mental patients are one of the most stigmatized groups in our society, one of the keys to improve the perception of this group is in a correct disclosure of information on the subject in the media. **Objectives.** Intends to study if there have been changes in the coverage of newspapers in Spain, regarding how to write in the collective to be treated and if there are differences in the form of the treatment according to the mental disorder that we are talking about. **Material and methods.** A longitudinal descriptive study was conducted, a sample of 160 articles through Lexis-Nexis, containing 18 General terms and diagnosis of mental disorders, in Spain in 1997, 2004 and 2011 of the El Pais and El Mundo newspapers. **Results.** You can be seen that in 2004 were still used terms of mental health to give negative news in major national newspapers. **Conclusion.** Important to end social stigma, is that newspapers written from knowledge of Mental health diseases.

Key words: Mental Health, Newspaper Article, Social Stigma.

*Correspondencia: emateoag@gmail.com

Introducción

A lo largo de la historia, los pacientes mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, a la incomprensión de los trastornos mentales y a la despreocupada publicidad otorgada a los pocos pacientes que manifiestan conductas disociadas o violentas (Pacheco & Cibanal, 2008).

El trastorno mental se sigue asociando con la violencia y la agresividad; y a quienes lo padecen, se les cataloga como: insociables, intratables e incontrolables. También existe la creencia de que pueden hacer daño a su entorno familiar y social. Con el fin de desmitificar la cantidad de percepciones socio-culturales creadas acerca de paciente mentales, en 1992 la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH), junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecieron el 10 de octubre como el "Día Mundial de la Salud Mental", con lo que se pretende dar a conocer una forma de visualización y sensibilización del trastorno mental y de quienes lo padecen (Márquez & Carrasco, 2011).

Actualmente hay un área de intervención creciente de interés tanto por parte de los servicios de atención a la salud mental, como por las asociaciones de pacientes, familiares y allegados, que intenta mejorar la percepción de este colectivo. Y si bien es cierto que afecta a cualquier individuo que padezca un trastorno mental, hay diferencias de actitudes sociales entre las personas con esquizofrenia, cuya imagen tradicional suele ser la "locura" y otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o depresión. Pero sigue existiendo una base común que es el rechazo (Pacheco & Cibanal, 2008).

Se conoce que los medios de comunicación juegan un papel decisivo en la producción, propagación y reforzamiento de los estereotipos sociales asociados a los procesos de estigmatización, al constituir mecanismos de conformación de la identidad colectiva. Los medios de comunicación son el modo de información más importante que tiene la población acerca de la salud mental, con lo cual están fuertemente implicados en la estigmatización de los puntos de vista de la opinión pública de las personas con trastornos mentales (Goulden et al., 2011 y Lima, Sáez & Lima, 2012). La utilización inadecuada de términos, la presentación sensacionalista de crímenes cometidos por personas con enfermedades mentales o la escasez de noticias positivas referidas a este colectivo, contribuyen a alimentar la imagen pública de las personas con enfermedad mental distorsionada y sesgada, sosteniendo la discriminación (Marco, 2011).

Por consiguiente para mejorar el estigma social del enfermo mental, se debería intentar disminuir las imágenes públicas negativas de él. Es por ello que a través de este estudio se pretende estudiar si ha existido cambios en la cobertura de los periódicos de España en tres

momentos distintos: 1997, 2004 y 2011 respecto a la forma de escribir en el colectivo a tratar y si hay diferencias en la forma del trato según el trastorno mental del que se hable.

Los objetivos de este estudio son:

- Conocer cómo se menciona al enfermo mental en los periódicos El País y El Mundo, en tres años distintos (1997, 2004 y 2011).
- Comparar los tres periodos de tiempo de los dos periódicos.
- Estudiar si hay o no diferencias en la forma del trato según el trastorno mental del que se habla.

Material y métodos

El diseño del estudio es descriptivo longitudinal. El estudio quería analizar los artículos que hacían referencia a los trastornos mentales en tres periodos distintos. Se analizaron los dos periódicos que durante el primer año móvil del 2011, tenían la mayor tirada nacional, excluyendo la prensa deportiva; estos dos periódicos fueron El País y El Mundo (Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación, 2011).

Se accedió a un total de 160 artículos de los cuales solo 108 acabaron constituyendo la muestra, debido a que 52 artículos no hacían referencia al tema en cuestión. Se utilizó el programa Lexis-Nexis para buscar los artículos de los dos periódicos, durante los periodos 1997, 2004 y 2011 los cuales en su título contuviesen uno de los términos del estudio que hacen referencia a los trastornos mentales. Se escogió el 2011 por ser el último año recién finalizado al empezar el estudio y a partir de ese año se quiso estudiar dos periodos anteriores más, con el mismo intervalo de tiempo entre ambos. Con lo cual se acabaron analizando los años: 1997, 2004 y 2011.

La búsqueda consistió en 18 términos generales y de diagnóstico que cubre los trastornos mentales más importantes, teniendo en cuenta como referencia a otro estudio similar realizado en el Reino Unido. (Robert et al., 2011). En aquella investigación se estudiaron 36 términos, de los cuales, al traducirlos del inglés al castellano utilizando el descriptor internacional Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), han surgido los siguientes 18 términos generales y de diagnóstico:

Salud mental, enfermo mental, trastornos mentales, hospital psiquiátrico, depresión, depresivo, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno del pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del estrés postraumático, trastornos fóbicos, agorafobia, esquizofrenia, psicosis, psicótico, anorexia y bulimia.

Destacar que al hacer la búsqueda de los términos: Trastorno bipolar, trastorno del pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del estrés postraumático y trastornos fóbicos no se han encontrado en los títulos de los artículos de ninguno de los dos periódicos estudiados.

También se ha visto que algunos titulares contemplaban más de uno de los términos que se estudian, pero solo se han clasificado en uno de los términos y no en los dos. Esto solo ha ocurrido con el término anorexia y bulimia y se ha decidido clasificar únicamente en anorexia, por ser el tema principal de lo que después se hablaba en el artículo.

Para la clasificación de los artículos encontrados, se ha utilizado una codificación que ya ha sido utilizada con anterioridad en otros estudios (Goulden, et al., 2011). Esta codificación se basa en dos categorías con sus respectivas subcategorías, y, para la contabilización, se ha utilizado una tabla de Excel.

La primera categoría versa sobre las malas noticias que se han escrito sobre los enfermos mentales, dentro de la cuál se incluyen las subcategorías de los artículos que hagan alusión al peligro que supone el enfermo mental hacia los demás (M-a), al suicidio y autolesión de estos mismos (M-b), al victimismo y maltrato grave (M-c), y a que se hable de este tipo de enfermo como una persona extraña, inepta y onerosa (M-d).

La segunda categoría estudia las buenas noticias que se han escrito sobre los enfermos mentales. Incluye los artículos que orienten la comprensión de la enfermedad, a través de explicar las causas, tratamiento, prevalencia y síntomas de ésta (B-1). Explicado desde tres puntos de vista distintos: biológicos (B-1-a), psicológicos (B-1-b) o por el contrario no específica (B-1-c). También incluye los artículos que traten sobre los individuos y grupos afectados por trastornos mentales (B-2). Y por último engloba los artículos que instruyan sobre los servicios y actividades de promoción para este colectivo (B-3), diferenciando entre los que versan sobre mejoras y deficiencias del servicio de salud mental (B-3-a) y los que tratan sobre el estigma, discriminación y educación pública a este grupo de pacientes (B-3-b).

Se añadió una columna en la tabla, para tener contabilizados todos aquellos artículos que, a pesar de que en el título se ha visto reflejado alguno de los términos estudiados, una vez leído el contenido, no hacía referencia al tema en cuestión del estudio.

El análisis de los artículos se ha hecho con el programa Microsoft Excel, en el cual se han realizado los porcentajes de cada categoría, diferenciando en años, términos y periódicos estudiados.

Resultados

La búsqueda se ha realizado con un total de 160 artículos. De estas 160 reseñas, ha coincidido que la mitad pertenecían al periódico El País y la otra mitad a El Mundo.

En el periódico El Mundo no se ha podido estudiar el periodo del año 1997, ya que el programa Lexis Nexis no contenía los artículos de este noticiero hasta el año 2004. En cambio sí se ha podido estudiar los artículos del 1997 del periódico El País, ya que el programa contiene los artículos de éste desde el año 1996. También hay que destacar que a pesar que el programa contiene los artículos del año 2011 de los dos periódicos, en ninguno de los dos se ha encontrado titulares con los términos de la búsqueda realizada.

En el periódico El País ha producido 25 artículos que no han podido ser clasificados por no tener contenido del tema de estudio, 5 pertenecían al año 1997 y 20 al 2004. El mismo hecho se observa con el periódico El Mundo, con 27 artículos del año 2004. Es por eso que al final los artículos clasificados corresponden a 108 (Tabla1).

Tema de la historia principal	Año					
	1997		2004		2011	
	El Mundo	El País	El Mundo	El País	El Mundo	El País
MALAS NOTICIAS	0	0	21	11	0	0
Peligro hacia los demás (M-a)			11	5		
Suicidio y autolesión (M-b)			8	2		
Victimización y maltrato grave (M-c)			1	2		
Extraño, inépto o oneroso (M-d)			1	2		
BUENAS NOTICIAS	0	3	32	41	0	0
Comprensión de la enfermedad mental						
Explicación de las causas, tratamientos, prevalencia y síntomas (B-1)						
Biológico (B-1-a)		0	0	9		
Psicológico (B-1-b)		1	0	3		
No específica (B-1-c)		1	3	3		
Individuos y grupos afectados por trastornos mentales (B-2)			16	8		
Servicios y actividades de promoción (B-3)						
Mejoras y deficiencias del servicio de Salud Mental (B-3-a)		1	7	15		
Estigma, discriminación y educación pública (B-3-b)			6	3		
TOTAL ARTÍCULOS CLASIFICADOS: (N=108)		3	53	62	0	0
TOTAL ARTÍCULOS NO CLASIFICADO (52)	0	5	27	20	0	0

Tabla 1: Temas principales de artículos sobre los trastornos mentales por periódicos y años.

En el primer periodo (1997), se han clasificado 3 artículos en 3 índoles distintas dentro de la categoría Buenas Noticias. Ningún artículo de este periodo tiene contenido de Malas Noticias.

En el segundo periodo (2004), 32 reseñas (30%) se han clasificado en la categoría de Malas Noticias y 73 (7%) en la categoría de Buenas Noticias. La mitad de los escritos de Malas Noticias correspondían a enunciados que hacían referencia a las subcategoría: "Peligros hacia

los demás”, con un 10% le seguía la categoría de “Suicidio y autolesión” y en menor medida les seguía las categorías “Víctima y maltrato grave” y “Extraño, inepto u oneroso.”

Respecto a la categoría de Buenas Noticias se localizan 73 artículos (70%), de los cuales, un 40% corresponden a la subcategoría “Comprensión de la enfermedad mental”, dentro de la cual, predominan, con un 23%, los artículos que hacen referencia a “Individuos y grupos afectados por trastornos mentales”, a diferencia del 17%, que hace referencia a la “Explicación de las causas, tratamientos, prevalencia y síntomas”. El 30% restante, corresponde a la subcategoría “Servicios y actividades de promoción”, dentro de la cual prevalece, con un 21%, los artículos que estipulan las “Mejoras y deficiencias del servicio de Salud Mental”, respecto al 9% de “Estigma, discriminación y educación pública” (Tabla 2).

	Año					
	1997 (n=3)		2004 (n=105)		2011 (n=0)	
Tema de la historia principal	%	n	%	n	%	n
MALAS NOTICIAS		0	30%	32		0
Peligro hacia los demás (M-a)			15%	16		
Suicidio y autolesión (M-b)			10%	10		
Victimización y maltrato grave (M-c)			3%	3		
Extraño, inepto o oneroso (M-d)			3%	3		
BUENAS NOTICIAS	100%	3	70%	73		0
Comprensión de la enfermedad mental			40%	42		
Explicación de las causas, tratamientos, prevalencia y síntomas (B-1)			17%	18		
Biológico (B-1-a)		0	9%	9		
Psicológico (B-1-b)	33%	1	3%	3		
No específica (B-1-c)	33%	1	6%	6		
Individuos y grupos afectados por trastornos mentales (B-2)			23%	24		
Servicios y actividades de promoción (B-3)			30%	31		
Mejoras y deficiencias del servicio de Salud Mental (B-3-a)	33%	1	21%	22		
Estigma, discriminación y educación pública (B-3-b)			9%	9		

Tabla 2: Temas principales de artículos sobre los trastornos mentales por años y porcentajes.

Como se ha comentado, el tercer periodo no ha arrojado ninguna reseña, debido, con toda probabilidad, a que los artículos han sido localizados en base a una búsqueda exclusiva de términos en los títulos.

Respecto a la terminología a la que se hace referencia en el primer periodo, únicamente se pueden mencionar los siguientes: Salud Mental, Esquizofrenia y Anorexia.

En un segundo periodo, se puede observar que el máximo porcentaje (26%) de las reseñas encontradas, versan sobre la depresión, seguido con un 21% de los términos de Salud Mental y Esquizofrenia. El 11% hace referencia a la anorexia, el 10% son registros de Ansiedad, el 6% está dedicado al término Enfermo Mental, el 5% trata la depresión, el 4% los Trastornos Mentales y con un 2% se encuentra la bulimia, pacientes psicóticos y psicosis. Finalmente, con un 1%, las reseñas encontradas versan sobre la agorafobia.

Los términos Enfermo Mental con un 83%, Ansiedad con un 60%, Esquizofrenia con un 58% y Psicosis con una 50%, son utilizados en la prensa como registros de Malas Noticias.

Los vocablos Salud Mental, Agorafobia, Psicótico y Bulimia a penas o nada se utilizan en artículos de Malas Noticias. Los demás términos son utilizados en un porcentaje entre 11 y 44% en Malas Noticias (Tabla 3).

	Año					
	1997		2004		2011	
	%	n	%	n	%	n
Salud mental	20%	1	21%	22		
Malas Noticias			5%	1		
Comprension de la enfermedad mental			23%	5		
Servicios y actividades de promoción	1	1	73%	16		
Enfermo mental			6%	6		
Malas Noticias			83%	5		
Comprension de la enfermedad mental			17%	1		
Servicios y actividades de promoción			0%	0		
Trastornos Mentales			4%	4		
Malas Noticias			25%	1		
Comprension de la enfermedad mental						
Servicios y actividades de promoción			75%	3		
Depresión			26%	27		
Malas Noticias			44%	12		
Comprension de la enfermedad mental			41%	11		
Servicios y actividades de promoción			15%	4		
Depresivo			5%	5		
Malas Noticias			20%	1		
Comprension de la enfermedad mental			60%	3		
Servicios y actividades de promoción			20%	1		
Ansiedad			10%	10		
Malas Noticias			60%	6		
Comprension de la enfermedad mental			20%	2		
Servicios y actividades de promoción			20%	2		
Agorafobia			1%	1		
Malas Noticias						
Comprension de la enfermedad mental						
Servicios y actividades de promoción			100%	1		
Esquizofrenia	40%	2	21%	12		
Malas Noticias			58%	7		
Comprension de la enfermedad mental	1	2	25%	3		
Servicios y actividades de promoción			17%	2		
Psicosis			2%	2		
Malas Noticias			50%	1		
Comprension de la enfermedad mental			50%	1		
Servicios y actividades de promoción						
Psicótico			2%	2		
Malas Noticias						
Comprension de la enfermedad mental			100%	2		
Servicios y actividades de promoción						
Anorexia	40%	2	11%	11		
Malas Noticias			18%	2		
Comprension de la enfermedad mental	1	2	64%	7		
Servicios y actividades de promoción			18%	2		
Bulimia			2%	2		
Malas Noticias						
Comprension de la enfermedad mental			50%	1		
Servicios y actividades de promoción			50%	1		

Tabla 3: Artículos clasificados según el término de búsqueda

Discusión

Durante el año 1997 los artículos encontrados no han coincidido que fuesen “malas noticias”, pero no por ello se descarta que no estuviesen, simplemente en el titular no aparecen los términos del estudio, pero lo más probable es que a pesar que el término no esté en el titular, sí se encuentre en el contexto de otros artículos. Esto puede suceder en cualquier otro de los periodos estudiados, que no esté en el titular no nos tiene que hacer creer que no hayan habido más artículos que hagan referencia al tema de estudio.

En esta investigación no se han tenido en cuenta 52 artículos, como se ha comentado en los resultados, por no tener relación con el término médico-psiquiátrico. Muchos de estos artículos hacían mención sobre todo a situaciones políticas, utilizando terminología que puede contribuir a la perpetuación de la imagen errónea de las personas que padecen un trastorno mental, es por ello que en futuras investigaciones también se deberían estudiar estos términos en contextos externos al sanitario (Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, 2005).

Los términos Depresión y Esquizofrenia son dos de los que más se han encontrado en los titulares de los artículos estudiados, y a la vez se han utilizado con unos porcentajes del 44% y 58% para notificar Malas Noticias. Siguen siendo porcentajes muy altos que no se deberían permitir. Hemos visto que no todos los trastornos mentales se tratan y se hablan con la misma perspectiva, hay términos que están más estigmatizados que otros, con lo cual, creo que se debería poner esfuerzo en este tipo de terminología médica mal empleada en los medios de comunicación, para que así se puedan reducir los porcentajes de noticias negativas y elevar el de las positivas de estos colectivos.

Para futuras investigaciones, sería interesante estudiar los artículos de los noticieros en su edición de papel, ya que el programa Lexis Nexis no nos permite saber si los enunciados encontrados, van o no acompañados, en su versión papel, de fotografías, que podrían ser a la vez imágenes estereotipadas que agraven el pensamiento negativo hacia los pacientes que sufren estas enfermedades por parte de la población. Con lo cual, poder estudiar estas imágenes junto al texto, nos podría dar mucha más información (Lima, Sáez & Lima, 2012).

Conclusiones

Los resultados de este estudio no se puedan extrapolar debido a sus limitaciones, ya comentadas en el artículo.

En el año 1997 no se encontraron artículos con términos de salud mental en el título, para dar noticias negativas; pero no por ello podemos descartar que no existan. Lo más probable es que los artículos referentes al tema existan con títulos que nada tienen que ver con los términos sanitarios estudiados. Esto ya de por sí nos puede dar a entender que en ese periodo, ni la

propia prensa utilizaba los términos propios para este colectivo. Con lo cual, no ayudaba a que se crease un buen estigma social.

En el año 2004 sí que encontramos términos de salud mental para dar noticias negativas en periódicos de mayor tirada nacional, motivo que podría influir en la estigmatización hacia este colectivo, de la opinión pública. A pesar de que hay un alto porcentaje de artículos (más de la mitad), que versan sobre la comprensión de las enfermedades mentales, sobre los servicios y actividades de promoción y sobre los grupos afectados, sería conveniente que este porcentaje fuese mayor.

En el año 2011 no se han encontrado reseñas con títulos que contuviesen los vocablos estudiados, con lo que no podemos conocer si respecto al año 2004 ha habido o no, una mejoría en el trato del enfermo mental en los periódicos con mayor tirada nacional de España.

Para que no exista una estigmatización por parte de la sociedad del conjunto de personas que padecen trastornos mentales, debe haber previamente una comprensión de las distintas enfermedades mentales (conocer sus causas, síntomas, tratamientos, prevalencia). Conocer los individuos y grupos afectados sin asociación de hechos negativos y conocer las mejoras en los servicios y actividades de promoción de los servicios de Salud Mental. Si se quiere que todo ello sea posible, se debe empezar por no permitir que se escriban artículos de periódicos desde el desconocimiento y que la información empiece a tratar los aspectos comentados, sin centrarse sólo en hablar de situaciones negativas aisladas.

Referencias

- Chopra, A.K., Doody, G.A. (2007). Schizophrenia, an illness and a metaphor: analysis of the use of the term 'schizophrenia' in the UK national newspapers, 100: 423-426.
- Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. (2005). Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación: Recomendaciones para una información no estigmatizante. Sevilla.
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008, BMC Public Health, 11:796.
- Lima, M., Sáez, A., Lima, J.S. (2011). ¿Contribuye la prensa al estigma de personas con trastorno mental?: Análisis de contenidos de ElPaís.com. Rev Presencia, 7(14).
- López, M., et al. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 28.

- Marco, I. (2011). Estigma en Salud Mental y Medios de Comunicación. Noticias de Enfermería. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, (83).
- Márquez, M., Carrasco, M.C. (2010). Percepciones y necesidades de familiares de pacientes mentales. Rev Presencia, 6(12).
- Pacheco, G., Cibanal, M.L. (2008). Estigmatización del paciente mental: ¿es posible una mirada enfermera?. Rev Presencia, 4(8).
- Rigol Cuadra, A. (2006). ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental? Rev Presencia, 2(4).
- Ruiz, M.Á., et al. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc), 5: 98-106.

Estudio de las dimensiones de la salud autopercebida en mujeres adultas

Study of self-perceived health's dimensions in adult women

Alberto Gómez-Mármol^{1*}, María Moya Nicolás²

¹ Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Murcia

² Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia

Fecha de recepción: 17/10/2012 – Fecha de aceptación: 12/01/2013

Resumen

La Organización Mundial de la Salud concibe la salud como el conjunto del bienestar físico, mental y social, así como la ausencia de enfermedad; no obstante, la concepción individual de la salud de cada persona está condicionada por su entorno. El presente estudio pretende comparar la concepción de la salud de once mujeres con edades comprendidas entre los 45 y los 60 años con la de la Organización Mundial de la Salud. Para ello se han realizado entrevistas individuales con carácter semiestructurado, tras una prueba piloto para el diseño del guión de entrevistas. Los resultados han ratificado las cuatro dimensiones de la salud que reconoce la Organización Mundial de la Salud, a las que las informantes añaden la calidad de vida, que a su vez recoge tres categorías: los factores culturales, los factores socioeconómicos y el estilo de vida. Esta nueva dimensión, que enriquece la actual concepción de la salud, debe ser difundida por los profesionales de la salud facilitando una visión más integral de la salud a todos los estratos de la sociedad.

Palabras clave: *Calidad de Vida, Dimensión, Entrevista, Mujer, Salud Autopercebida.*

Abstract

The World Health Organization conceptualizes health as the set of physical, mental and social welfare as well as the absence of disease; nevertheless, individual health conception is conditioned by their context. The present study aims to compare the conception of eleven women, whose ages vary from 45 to 60 years old, with the World Health Organization's conception. In order to that, individual semi-structured interviews has been done, after a pilot test for the design of the script for interviews. The achieved results support the four dimensions of health the World Health Organization recognizes, adding the quality of life, that includes three categories: cultural factors, socioeconomic factors and lifestyle. This new dimension, that enriches the current concept of health, must be issued by health professionals providing a more comprehensive vision of health to all society strata.

Palabras clave: *Quality of Life, Interview, Woman, Self-Perceived Health.*

* Correspondencia: alberto.gomez1@um.es

Introducción

Cualquier persona o colectivo humano se ha preocupado en algún momento de su vida por su estado de salud, si bien es cierto que esta preocupación ha tenido connotaciones diferentes según la sociedad y cultura en la que se halla inmerso (Girón, 2010).

El concepto actual de salud, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Alma-Ata (1978) como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad"* supone que para su evaluación se deben considerar aspectos subjetivos involucrados en la misma. Esta nueva concepción no sólo implica modificaciones en las estrategias de acción y políticas de sanidad pública, sino que conlleva también un cambio en el estudio de las variables y los factores determinantes de la salud de la población (Ruiz, García y Pièron, 2009).

Tradicionalmente la salud de la población se ha evaluado utilizando la prevalencia de enfermedades y el índice de mortalidad ajustado a la edad como únicos indicadores (Blair, Kohl, Barlow, Paffenbarger, Gibbons & Macera, 1995; Bouchard, Shepard & Stephens, 1994). En la actualidad, el objetivo principal de los estudios en materia de salud pública, es el de identificar factores determinantes y establecer modelos de intervención que permitan aumentar la esperanza y la calidad de vida, para lo cual, se debe trascender del mero conocimiento, si bien importante, de los índices de morbilidad y mortalidad, que remitirían a la superada concepción de la salud como ausencia de enfermedad (Robine, Jagger & Egidi, 2000).

Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia (Bernardini, 2012) desde el paradigma médico-biológico hasta un concepto más global e integral que incorpora el paradigma socioecológico (Frutos & Royo, 2006).

La medida de aspectos subjetivos relacionados con la salud está siendo utilizada en muchos estudios epidemiológicos actuales, pues permite descubrir información novedosa sobre los componentes físico, social y psíquico de la salud (Bergner, 1985; March, Prieto, Pérez, Minué & Danet, 2011), los cuales se ha demostrado que están íntimamente relacionados (Ware, 1986). Las personas con una autopercepción negativa de su salud tienden a padecer con más frecuencia trastornos relacionados con la depresión y ansiedad (Barsky, Cleary & Klerman, 1992), y de la misma forma, la propia percepción subjetiva de salud general se relaciona directamente con medidas objetivas del estado de salud y mortalidad de la población (Davis & Ware, 1981; Idler & Benyamini, 1997).

La salud autopercebida está determinada por muchos factores, como por ejemplo, la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, problemas emocionales e incluso el tipo de publicidad televisiva (García & Hita, 2011; Segovia, Bartlett & Edwards, 1989). Se debe reseñar este

fenómeno ya que pone de manifiesto que la valoración que hagan los sujetos de su propia salud tendrá un marco de referencia particular, pues para algunos será más importante la salud física, mientras que para otros lo será la salud social, por ejemplo (Krause & Jay, 1994).

Por tanto entre los indicadores de salud se pueden distinguir dos tipos: los objetivos y los subjetivos. Los primeros se basan en información obtenida mediante registros o censos sanitarios basados en información objetiva (índices de mortalidad, esperanza de vida, etc.) y los segundos se obtienen mediante encuestas o registros basados en la percepción o autovaloración del individuo registrado o encuestado.

El presente estudio pretende conocer qué dimensiones constituyen la definición de salud de una muestra de mujeres adultas y en qué medida éstas se ajustan a la definición propuesta desde la OMS. De este modo, este trabajo puede suponer la ratificación de la concepción de salud de la OMS o, desde la perspectiva de las mujeres participantes, la necesidad de la renovación de dicha concepción.

Material y métodos

Diseño y dimensiones objeto de estudio

Se trata de un estudio de casos de tipo descriptivo cuyo fin último no estriba en la generalización o extrapolación de los resultados, sino en la comprensión del fenómeno de estudio en busca de un enriquecimiento del actual marco teórico.

La técnica principal de la investigación utilizada para la recogida de la información, ha sido la entrevista semiestructurada; del mismo modo, se ha recurrido al análisis de contenido como técnica para el estudio de dichas entrevistas. La elección de esta técnica se justifica en su capacidad para analizar de forma controlada los mensajes encerrados en cualquier forma de comunicación.

Las dimensiones objeto de estudio se corresponden, inicialmente, con las propuestas por la OMS (1978) sobre la salud, esto es: salud física, salud psicológica, salud social y ausencia de enfermedad. Ahora bien, la complejidad del fenómeno comunicativo requiere un diseño de investigación flexible, capaz de adecuarse a la diversidad de factores implicados en este objeto de estudio. Frente a otros “diseños tradicionales”, una propuesta metodológica de estas características permite la emergencia de nuevas dimensiones durante la recogida y análisis de los discursos de las informantes sin, por ello, dejarlo a la aleatoriedad del descubrimiento casual.

Características de la muestra

La muestra de estudio la componen once mujeres de entre 45 y 60 años de edad, residentes en la ciudad de Murcia. Los criterios de inclusión en la muestra han sido: el tipo de familia (con marido e hijos), el nivel de estudios (superiores), así como la ausencia de discapacidades para evitar posibles sesgos de la información.

Procedimiento

El procedimiento seguido en la presente investigación se divide en 3 fases, a saber: fase preparatoria, fase de desarrollo o de trabajo de campo y fase analítica.

En la fase preparatoria, se ha definido el objetivo y el diseño de la investigación; a continuación, se ha construido el guión de la entrevista, para cuya elaboración se han seguido, a su vez, tres fases fundamentales: 1) elaboración de una batería de preguntas (en calidad de borrador) a partir de las dimensiones establecidas por la OMS (1978), 2) prueba piloto en condiciones similares (grabación sonora de la conversación y ambiente de privacidad, por ejemplo) a las de la fase de trabajo de campo y 3) modificación del guión inicial en función de los resultados de la prueba piloto.

En la fase de desarrollo o de trabajo de campo se ha realizado la recogida de información a través de las entrevistas individuales semiestructuradas con carácter presencial (in situ) utilizando las preguntas extraídas de la fase anterior. Para ello, previamente, mediante petición formal y escrita, se ha establecido contacto con las mujeres, considerando la mayor accesibilidad, disposición y voluntad de participación para su colaboración en el estudio.

Finalmente, en la fase analítica, se ha realizado la transcripción literal a formato digital de los registros de audio resultantes de las entrevistas y posterior depuración de la información recogida para proceder al análisis categorizado de la misma.

Análisis de los datos

El análisis de los datos obtenidos mediante las entrevistas, ha comenzado con la transcripción de los archivos de audio a formato digital. Seguidamente, dicha transcripción se ha depurado y analizado partiendo de las dimensiones de la salud para establecer la concepción pormenorizada de las informantes en cada una de ellas, siguiendo por tanto un proceso de tipo deductivo, atendiendo también a la aparición de cualquier nueva dimensión no recogida en la definición de salud de la OMS, es decir, un proceso de tipo inductivo.

Resultados

De acuerdo con la definición de salud de la OMS (1978), los resultados se presentan conociendo la opinión de las mujeres sobre su salud física, mental, social y la ausencia de enfermedad por ese orden.

La salud física, entendida como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo, así como el estado de armonía con el medio, es uno de los mayores condicionantes para la salud integral de las mujeres, basado en el autoconcepto corporal, que se adquiere desde edades muy tempranas y que se va desarrollando a lo largo de sus vidas; proceso del que se derivan los sentimientos que cada una va experimentando hacia el propio cuerpo (sufrimientos, complejos, prejuicios, etc.), tal y como se refleja en los discursos de las participantes:

“Personalmente, a pesar de mi edad, me siento bastante joven. No necesito de nadie para llevar a cabo todo lo que quiero hacer. (...) Cuando me propongo una cosa, (...) casi siempre la consigo.”

“Mis hijas no se quejan de nada pero es normal, el cuerpo cambia con la edad.”

“Desde que apareció el colesterol tengo que cuidarme más (...). También tengo que hacer más ejercicio y eso me quita tiempo para hacer otras cosas.”

En segundo lugar, en lo concerniente a la salud psicológica, ésta refiere a un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, no se puede obviar la necesidad de la salud emocional en el día a día. Tanto la construcción social de la identidad de género en la mujer, como las situaciones de crisis vitales que atraviesa a lo largo de su vida, generan en la mujer toda una serie de sentimientos y estados emocionales (tristeza, irritabilidad, culpa, miedo, etc.), en consonancia con las respuestas de las mujeres de la muestra:

“Durante la última semana sí que me he sentido triste (...). También me sentí muy agobiada porque el trabajo en estas fechas siempre es un poco más caótico, más acelerado.”

“En los momentos en que me he sentido estresada, estaba de mal humor pero tengo que poner buena cara.”

“Sí que he sentido cierta nostalgia por las personas que me faltan, que ya no están aquí. [...] Mis hijos me han estresado porque no me permiten llegar a mis citas familiares.”

En tercer lugar, nos encontramos con la salud o bienestar social. Podemos decir que una persona presenta salud social cuando se relaciona correctamente con las personas de su alrededor (familiares, amigos...). Con respecto a estas relaciones, que enriquecen y contribuyen beneficiosamente al mantenimiento y desarrollo de su salud, las entrevistadas señalaron:

“No tengo tiempo para dedicarme a mi familia; no el que realmente necesitarían, ni tampoco el que me gustaría. A veces no tenemos tiempo porque el día a día entra en una espiral de la que es muy difícil de salir.”

“Podría decir que no estoy cuidando mucho mis relaciones sociales pero no a causa de mi salud sino de todas las cosas que tengo que hacer. Me siento tan cansada que no tengo ganas de nada.”

Finalmente, con respecto a la última de las dimensiones estudiadas, esto es, la ausencia de enfermedad la muestra refirió:

“Me duele la espalda y ese problema lo tengo ya de hace tiempo, pero tienes que saber convivir con lo que tienes, con tu dolor, porque por supuesto no siempre estás igual.”

“No tengo dolor todas las semanas ni todos los días pero sí que es cierto que en esta última semana he sentido dolor en los pies y en las piernas y de vez en cuando en la cabeza.”

“He estado cansada y agobiada pero no me he sentido enferma ya que para mí estos pequeños dolores no significan para mí estar enferma, simplemente es mi día a día.”

De este modo, aunque todas las dimensiones de la salud establecidas a partir de la convención de Alma – Ata (1978) por la OMS, tienen su reflejo en la concepción de salud entre las informantes, se debe destacar que de las mismas emerge una nueva dimensión, la calidad de vida, que a su vez presenta tres categorías: el factor cultural, el factor socioeconómico y el estilo de vida.

En este sentido, dentro de la nueva dimensión de calidad de vida se presentan, en primer lugar, los factores culturales como elementos clave en la autopercepción que un individuo puede tener sobre su salud. Se trata de un concepto muy amplio, pues abarca contenidos tales como el nivel educativo habitual de la sociedad, el tipo de régimen de gobierno y/o la posición relativa en la jerarquía social de hombre y mujer. A tal respecto, la muestra defiende:

“Contratamos una chica ecuatoriana (...) ahora que tenemos más confianza, me cuenta cada cosa de su país; eso sí que es pasar dificultades. Me cuenta que no tenían ni para ducharse y que no sabía lo que era una aspirina hasta que llegó a España.”

“Me han buscado una chica para que esté conmigo al menos por la mañana. Con ella sí que hablo de muchísimas cosas; me contó que tuvo que salir huyendo de su país porque su marido la tenía amenazada.”

Por otro lado, también en parte como consecuencia de los anteriores, se erigen los factores socioeconómicos, susceptibles de ser entendidos como el balance entre el estatus social y el nivel económico adquirido. En esta línea, el tipo de trabajo al que se dedica, juega un rol primordial en ambos sentidos. Además una peor situación económica supone una barrera de entrada a diversos servicios que contribuyen al desarrollo, cuidado y mantenimiento de la salud. Las informantes señalan en esta línea:

“Me gusta practicar deporte habitualmente. El miércoles pasado salí a pasear, a ritmo rápido y acabé agotada. [...] Me gustaría poder apuntarme al gimnasio después de la Navidad, pero mi situación económica no me lo permite.”

“Desde que apareció el colesterol tengo que cuidarme más y no salgo tanto como antes lo hacía, como más en casa, que eso en parte al bolsillo también le viene bien y más como estamos ahora.”

No obstante, en este proceso de lucha contra los agentes que perjudican a la salud, también influye el tercer factor presentado dentro de la calidad de vida, es decir, el estilo de vida, el cual condiciona la integración de un sentimiento emocional positivo hacia la propia salud. En este sentido, encontramos distintos ejemplos entre los discursos de la muestra, como pueden ser:

“Llevamos unos días muy locos, lo que más echo de menos es hacer ejercicio porque también es cuando más hablo con mi marido (...) porque realmente disponemos de poco tiempo para hablar; eso es lo que más echo en falta, el salir a hacer un poco de deporte, el caminar, el pasear. Eso me hace sentirme tranquila, me libera.”

“Trabajar, cuidar a mis hijos, llevar mi casa y echarle un vistazo a mi madre, todo esto son cosas que realizo casi todas las semanas y al final termino cansadísima. Ojalá me ayudaran más, pero es lo que hay.”

“Me he sentido un poco estresada en esta semana ya que con una familia, mi trabajo y muchas cosas más, no he tenido tiempo para mí y mucho menos para hacer las cosas que quería hacer.”

Discusión

De acuerdo con resultados obtenidos, se observa cómo las mujeres adultas presentan una autopercepción de su salud peor en comparación con la de otros grupos poblacionales, como por ejemplo las mujeres de menor edad, tal y como las participantes señalan. Este fenómeno concuerda con los datos aportados por el programa Salud y Mujeres, implementado por el Ministerio de Sanidad (2008), en que la salud de las mujeres se mantiene por debajo de los índices estimados. Así, mediante nuestro estudio, valoramos cómo la percepción de las distintas dimensiones de la salud se encuentran alteradas, cada una en un sentido y aun nivel distinto.

El malestar y la incomodidad corporal que viven las mujeres, se presenta como un problema de género y, por ende, finaliza rompiendo la estabilidad establecida entre las distintas dimensiones de la salud. Gismero (2002) hace especial hincapié en la necesidad de centrar el cuidado en la mujer, atendiendo al tratamiento cosificado que se hace del cuerpo de la mujer en nuestra sociedad actual (cirugía, medios de comunicación, etc.), acentuando las presiones corporales, especialmente en las jóvenes, que se valoran a partir de ese ideal de belleza irreal, insano e inalcanzable para muchas mujeres. Del mismo modo, Braden (2010) advierte de las consecuencias patológicas que este modelo corporal puede tener sobre la autoestima de las mujeres.

La salud psicológica se encuentra estrechamente relacionada con la salud física, pues la persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa, con autoestima, con un mejor conocimiento de ella misma y aceptándose tal y como es en todos sus sentidos (Bernardini, 2012). Así, se hace necesario generar salud emocional en la mujer, de modo que ésta tenga un manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, poniéndoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de sus propios valores.

En cuanto a la salud social, ésta no es considerada como prioritaria en las vidas de las mujeres entrevistadas, sino que se relega un plano secundario, el cual adquiere su relevancia cuando otras necesidades están cubiertas. En la mayoría de los casos (García Monge, 2002; Muruaga, 2008), las mujeres no interiorizan la necesidad de autonomía e independencia. Educadas y socializadas en el cuidado y la atención hacia “el otro”, necesitan la evaluación, el visto bueno de los demás para sentirse bien, lo que está en conexión directa con su autoestima. Estas relaciones enriquecen y contribuyen beneficiosamente al mantenimiento y desarrollo de su salud. Sin embargo, la mayoría afirma tener la sensación de no poder dedicar todo el tiempo que, a priori, se quisiera a crear nuevas relaciones sociales o a fortalecer las ya existentes.

Por otro lado, con respecto a la ausencia de enfermedad, las mujeres de este estudio no asocian dolencias con carácter crónico al padecimiento de una enfermedad, si bien, en ocasiones, entienden que dichas dolencias suponen una cierta limitación en el quehacer diario. En este sentido, existen evidencias científicas de que la consideración de pequeñas dolencias como enfermedades está mediada por factores como la clase social (Borrell, Carrillo & Rodríguez- Sanz, 2006; Borrell, García-Calvente & Martí-Boscà, 2004).

Los principales hallazgos del estudio se basan en la emergencia, desde el propio discurso de las entrevistadas, de una nueva dimensión no considerada por la OMS (1978): la calidad de vida, que está mediada por factores de tipo cultural (como el nivel educativo y la clase social), factores de tipo socioeconómico (como el tipo de trabajo y los ingresos mensuales) y factores referentes al estilo de vida (como por ejemplo la posibilidad de emplear el tiempo de ocio en aquellas actividades que se prefieren). Todos los aspectos que conforman la vida cotidiana de las mujeres en cuestiones de salud autopercebida, dan como resultado una baja calidad de vida por parte de las informantes.

No obstante, si bien es cierto que, además de confirmarse las dimensiones de la salud propuestas por la OMS (1978), las participantes sugieren el reconocimiento de la calidad de vida como una nueva dimensión de la misma, no es menos cierto que sus primeras respuestas asocian la salud al mero hecho de no padecer ninguna enfermedad y no es, sino tras la profunda reflexión sobre el concepto, cuando la salud comienza a ser percibida como un conglomerado multidimensional.

Conclusiones

En el presente estudio se ha entrevistado a 11 mujeres de entre 45 y 60 años, buscando dilucidar la óptica desde la que éstas analizan su propio estado de salud, partiendo, en primera instancia, de una concepción de la misma basada en la definición aportada por la OMS (1978) (“el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”).

En este sentido, cabe destacar que en líneas generales, la salud autopercebida de las informantes es, según su opinión, favorable, sin olvidar que la concepción que éstas poseen sobre la salud tiene, a priori, un marcado carácter reduccionista, pues tienden a igualarla con la mera ausencia de enfermedad. Se encuentra por tanto, con frecuencia, consideraciones positivas sobre el nivel de salud, acompañadas de problemas de índole psicológico o social, quedando latente esta incoherencia. No obstante, sí que reconocen el papel clave, para la fijación de la salud autopercebida, de la calidad de vida; la cual comprende a su vez a los factores culturales, los factores socioeconómicos y el estilo de vida.

En consecuencia, los resultados de este estudio, evidencian la necesidad de una labor colectiva desde los profesionales del ámbito de la salud para que la sociedad integre una concepción de la misma más desarrollada, entendiendo que ésta no sólo se restringe a la ausencia de enfermedad, sino que se trata de un concepto de salud multidimensional que comprende la propia ausencia de enfermedad, el bienestar físico, bienestar mental, bienestar social y, además, la calidad de vida.

Referencias

- Barsky, A.J., Cleary, P.D. & Klerman, G.L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine*, nº 34, pp. 1147–1154.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, nº 23, pp. 696–704.
- Bernardini, D. (2012). Salud global en la era de las comunicaciones. *Revista de Comunicación y Salud*, vol.2, nº 1, pp. 35-36.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S., Gibbons, L.W. & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *Journal of the American Medical Association*, nº 273, pp. 1093-1098.
- Borrell, C., García-Calvente, M.M. & Martí-Boscà, J.V. (2004). La salud desde la perspectiva del género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, nº 18, pp. 2-6.
- Bouchard, C., Shepard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Braden, N. (2010). *La autoestima de la mujer*. Madrid: Paidós.
- Burton, N.W. & Turrell, G. (2000). Occupation, hours worked and leisure-time physical activity. *Preventive Medicine*, nº 31, pp. 673-681.
- Canto de Cetina, T.E. & Polanco-Reyes, L. (1996). *Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Borrell, C., Carrillo, P. & Rodríguez-Sanz, M. (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida u la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Davis, A.R. & Ware, J.E. (1981). *Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment*. Santa Mónica: Rand.
- Frutos, J. & Royo, M.A. (2006). *Salud Pública y Epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos.
- García Monge, J.A. (2002). *Autoestima y salud en La Educación Para la Salud del Siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- García Redondo, J. & Hita, I. (2011). La influencia de la publicidad en la salud de la población infantil. *Revista Española de Comunicación en Salud*, nº 2, vol. 2, pp. 87-96.
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Tesis doctoral inédita. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Gismero, E. (2002). *Cuerpo y Salud: determinantes e implicaciones de la insatisfacción corporal en La Educación Para la Salud del Siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, nº 38, pp. 21–37.
- Krause, N.M. & Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical Care*, nº 32, pp. 930–942.
- March Cerdá, J.C., Prieto, M.A., Pérez, O., Minué, S. & Danet, A. (2011). La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación en Salud*, vol.1, nº 1, pp. 18-30.
- Ministerio de Sanidad. (2008). Programa Salud y Mujeres. Recuperado el 23 de abril de 2013 de, <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pk...os/programaSaludMujeres.pdf>
- Muruaga, S. (2008). Nuestra teoría de género sobre la salud mental de las mujeres. *La Boletina*, nº 27, pp. 7-45.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS-UNICEF.
- Robine, J.M., Jagger, C. & Egidi, V. (2000). *Selection of a coherent Set of Health Indicators. Final Draft. A first Step Towards a User's Guide to Health Experiences for the European Union*. París: Euro-REVES.
- Ruiz, F., García, M.E. & Pièron, M. (2009). *Actividad física y estilos de vida saludables: Análisis de los determinantes de la práctica en adultos*. Sevilla: Wanceulen
- Segovia, J., Bartlett, R. & Edwards, A. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social Science & Medicine*, nº 29, pp. 1147–1154.
- Ware, J.E. (1986). The assessment of health status. En L. H. Aiken y D. Mechanic (Eds.), *Application of social sciences to clinical medicine and health policy* (pp.204-228). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Análisis de la fisioterapia en la red

Physiotherapy analysis on the network

Rocío Abalo Núñez^{1*}, José Ayude Vázquez²

¹ Facultad de Fisioterapia. Pontevedra, Universidad de Vigo.

² Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Pontevedra. Universidad de Vigo

Fecha de recepción: – Fecha de aceptación:

Resumen

Introducción: Las nuevas tecnologías ofrecen a los usuarios diversas herramientas para satisfacer la necesidad de información. **Objetivos:** Determinar en qué medida está presente la Fisioterapia en Google, Yahoo y en YouTube. **Métodos:** Estudio descriptivo. Las variables para Google y Yahoo fueron la posición en el ranking, el número de visitantes y páginas; siendo para YouTube el número de vídeos, canales, y visitas por canal. Con el término de Fisioterapia se indagó en Google y Yahoo. Sólo se contempló la información que proporcionaba la primera pantalla y se descartaron las páginas de publicidad. Se estimó el tráfico empleando estimix.com. Con el mismo término se contabilizaron el número total de videos en YouTube. Se analizaron los canales con más de 20 videos de las primeras diez páginas de resultados. Se excluyeron los canales promocionales, de empresas de gestión o de venta de material. **Resultados:** En ambos buscadores se encontraron más de 28 millones de resultados. La web de fisioterapia más visitada fue Efisioterapia.net. YouTube contaba con 19.000 vídeos y el canal más visitado era Fisioterapia Ibiza, pero tenía más videos Fisioterapia Online. **Conclusiones:** Se constata la presencia de la fisioterapia en la red despertando el interés de un gran número de navegantes.

Palabras clave: Fisioterapia, Internet, Salud, Videos.

Abstract

Introduction: New technologies provide users with tools in order to fulfil their demand of information. **Objective:** Determining the extent of Physiotherapy presence in Google, Yahoo and YouTube. **Methods:** Descriptive research. Ranking, visitors and visited pages number were considered variables for Google and Yahoo; while number of videos, channels and channel visits were taken for YouTube. Using the term physiotherapy a search was performed in Google and Yahoo. Only information from the first screen was considered and advertising pages were discarded. Network traffic was estimated through estimix.com. The same term was employed to obtain the total number of videos in YouTube. Channels with more than 20 videos from the ten first result pages were analysed. Promotional channels and those bellowing to material sales and management companies were discarded. **Results:** Each search engine produced more than 28 million results. Efisioterapia.net was the most visited web. YouTube brought 19,000 videos; Fisioterapia Ibiza was the most visited channel; but Fisioterapia Online offered more videos. **Conclusions:** Physiotherapy presence in the network, that arouses interest in a great number of visitors, is proved.

Key words: Health, Internet, Physical Therapy Modalities, Webcasts.

*Correspondencia: rocioabalo@uvigo.es

Introducción

La sociedad del siglo XXI se caracteriza por el uso de las nuevas tecnologías; esto no se escapa a las inquietudes de los usuarios en términos de fisioterapia. Uno de los motivos para el uso de los media es "*obtener información y consejos*" (McQuail, 2000). Internet ofrece la posibilidad de encontrar información con la ventaja de ser una herramienta de fácil manejo, cuyo acceso está más extendido cada día (Domínguez-Castro & Iñesta-García, 2004). Constituye un canal de comunicación activo tanto entre profesionales como entre compañeros (Kummervold et al., 2008), pues es un medio dinámico y estimulador para encontrar información biomédica en las bases de datos Sanz-Valero, Castiel, Waden-Berghe & Juam, 2006). Además es importante como apoyo emocional (Forkner-Dunn, 2003). El auge de Internet se ha extendido incluso a la telefonía, apareciendo los Smartphone; junto con los ordenadores portátiles, hacen posible el acceso en cualquier parte del planeta, con lo que es viable el acceso global en el espacio, en tiempo real (Forkner-Dunn, 2003).

Un trabajo realizado en siete países europeos (Dinamarca, Alemania, Grecia, Letonia, Noruega, Polonia y Portugal) pone de relieve el aumento de porcentaje de población que utiliza Internet para fines de salud (Kummervold et al., 2008). Dicho estudio estimó que en 2005 el uso de Internet en la salud fue de un 42,3% y dos años más tarde en un 52,2%. A menudo, la información que ofrecen las web en cuestiones de salud son la base para la toma de decisiones de salud por lo que son muy influyentes (Castiel & Álvarez-Dardet, 2005). Así es que el cuestionario realizado en el 2000 por The Pew Internet & American Life Project obtuvo que, en el 41% de los encuestados, Internet afectaba sus decisiones: como la de acudir al médico, el tratamiento de una enfermedad o el cuestionamiento a su médico (Fox et al., 2000).

Otro de los avances de la red, son las denominadas herramientas 2.0; término que acuñó Tim O'Reilly. La popularidad y el uso de herramientas como Facebook, YouTube, Twitter, blogs y wikis han contribuido a una revolución social de los medios (Dubose, 2011). Así YouTube, Facebook, MySpace, Twitter y Second Life se están convirtiendo rápidamente en fuentes populares de información de salud, sobre todo para adolescentes y adultos jóvenes (Vance, Howe & Dellavalle, 2009). YouTube surge en febrero de 2005 cuando tres amigos y empleados de PayPal crean una web para compartir videos (Lavado, 2010; Artero, 2010; Siri, 2008). Se trata de un sitio donde el usuario, tras registrarse, cuelga videos de su autoría o no con una duración máxima de 10 minutos cuyo tamaño no pase de 100 Mb (Siri, 2008). El éxito de YouTube se debió a su transformación en una red social añadiéndole algunas características: posibilidad de recomendar videos, enviárselo a alguien con un solo clic, comentarios al pie del video, e incluso colgar una película que resida en otra página web (Siri, 2008). En España, YouTube aparece en Junio de 2007 (Siri, 2008) donde 13,5 millones de personas utilizan esta herramienta, un 54,25% de la audiencia total de Internet del país. Supone el cuarto sitio web más visitado y el primero entre los de entretenimiento (Lavado, 2010).

Dado el reconocimiento del uso de Internet, el objetivo de este trabajo fue determinar en qué medida está presente la Fisioterapia en la misma, dentro de los buscadores de Google y Yahoo así como en la plataforma de videos online YouTube.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo. La muestra objeto de estudio se constituyó por las páginas de fisioterapia ofrecidas por los buscadores Google y Yahoo, junto con los canales más visitados en YouTube. Las variables del estudio han sido las siguientes: la posición en el ranking así como el número de visitantes y páginas visitadas para Google y Yahoo; mientras que se han observado el número de vídeos, canales y visitas por canal, para YouTube.

Por un lado, se realizó una indagación en Internet a través de los buscadores más empleados, es decir, Google y Yahoo. En ambos, el proceso se llevó a cabo el mismo día (05/07/2012) y empleando el término de búsqueda "fisioterapia". De los resultados obtenidos, solo se registró la información proporcionada en la primera pantalla. Se excluyeron los anuncios por ser una manipulación del criterio de importancia basado en un pago de la empresa al buscador. A continuación, se procedió a realizar la estimación del tráfico de las páginas específicas de fisioterapia a través de Estimix; todas las estimaciones se realizaron en el mismo día (11/09/2012); dichas estimaciones se obtuvieron dentro del intervalo de una hora.

Por otro lado, se revisó la web YouTube (09/07/2012) introduciendo el mismo término de búsqueda (fisioterapia). Los vídeos fueron clasificados por canales; sólo se contemplaron aquellos que contenían más de 20 vídeos y pertenecientes a las 10 primeras páginas de resultados. Se excluyeron los vídeos promocionales así como los videos de gestión o empresas de venta de material. El dato observado para cuantificar los registros, fue el número de entradas del vídeo más visitado del canal. Se tabularon los datos en orden descendente, se añadió una columna para indicar la diferencia del número de visitas con respecto al siguiente canal. En otra columna, se cuantificó la proporción de esa diferencia con respecto al número de registros del siguiente canal; se utilizó este último dato como criterio para realizar el corte en un punto bien diferenciado.

Para los cálculos y la elaboración de los gráficos se empleó el software opensource: gimp y libreoffice.

Resultados

Google ofreció 30.100.000 resultados para la búsqueda con el término "fisioterapia"; mientras que Yahoo facilitó 28.800.000. En la tabla 1 se listan las páginas de ambos buscadores situadas en la primera pantalla, ordenadas por sus respectivos rankings. Aunque en general las

páginas específicas de fisioterapia presentes en los resultados de ambos buscadores coincidieron, Fisiostar solo apareció en Yahoo, dándole este buscador un puesto de relevancia.

GOOGLE	YAHOO
Wikipedia	Wikipedia
Elsevier	Fisiostar
Asociación Española de Fisioterapeutas	Asociación Española de Fisioterapeutas
4 centros de fisioterapia de Madrid	Rincón del vago
Efisioterapia.net	Efisioterapia.net
Colegio de Fisioterapeutas de Madrid (cfisiomad.org)	Blog fisioterapia www.madrimasd.org/blogs/fisioterapia
Fisio.net	Clínica de Fisioterapia en Madrid
Fisaude.com	Fisaude.com
Facultad de Fisioterapia de Pontevedra	

Tabla 1. Webs relacionadas con la fisioterapia en Google y Yahoo

En la figura 1 se cuantificó el número de entradas y de páginas visitadas en los dominios específicos de fisioterapia. Casi la mitad de los registros (46,8%) correspondió a la página de Efisioterapia.net, que, contemplando solo las específicas de fisioterapia, ocupó la segunda posición en Google y la tercera en Yahoo.

En la búsqueda del mismo término (fisioterapia) en YouTube, aparecieron aproximadamente 19.700 resultados clasificados como 19.000 vídeos y 1.020 dominios. La tabla 2 muestra los canales con más de 20 vídeos presentes en las primeras 20 páginas de los resultados. Se observó una clara separación entre el sexto y el séptimo canal (195%), razón por la cual se decidió centrarse en los 6 más representativos, los cuales se muestran en la figura 2.

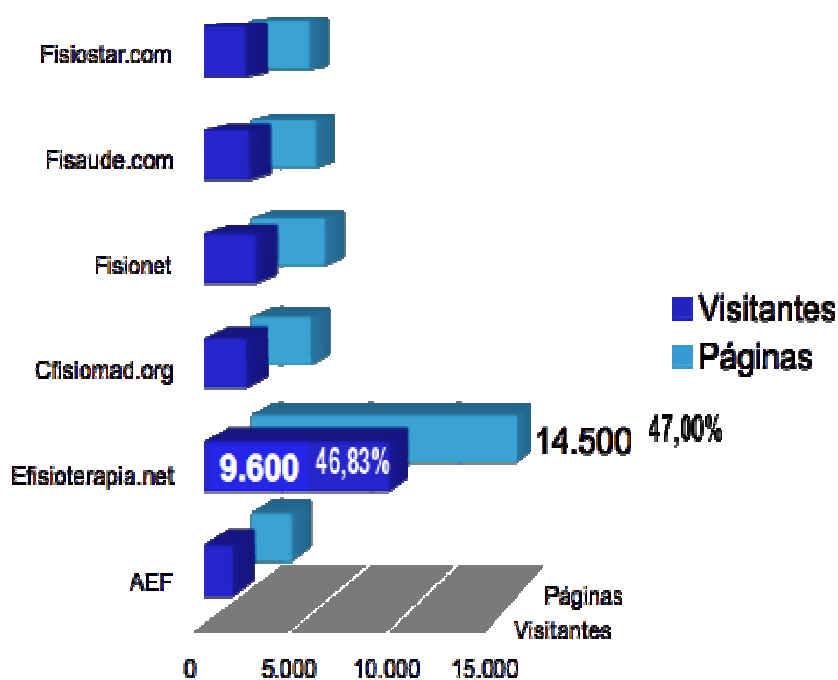


Fig. 1. Estimación del número de visitantes y de páginas visitadas en las Webs de fisioterapia

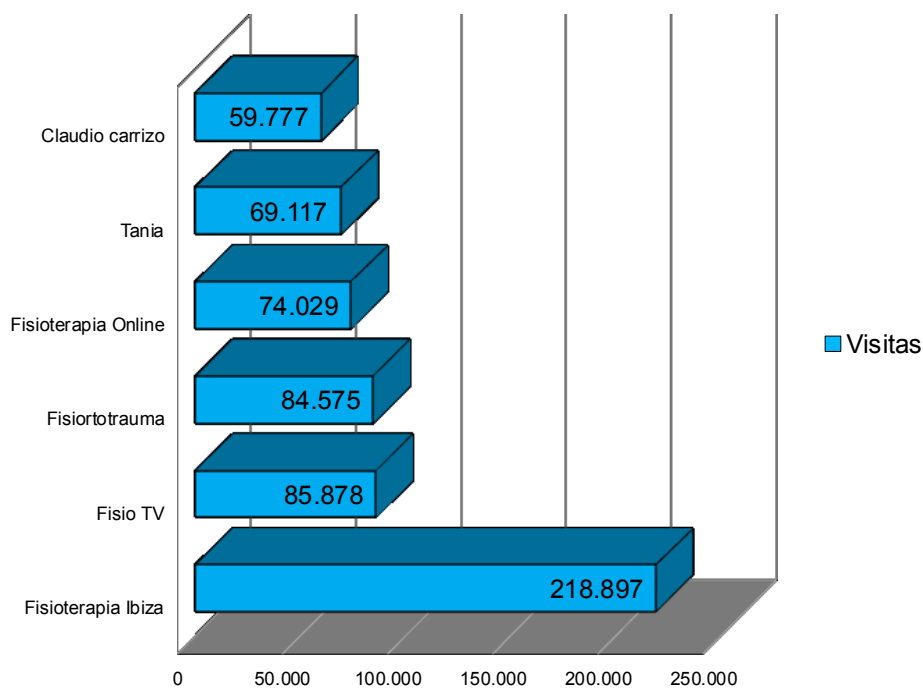


Fig. 2. Número de visitas para los canales de Fisioterapia en YouTube

Canales	Nº de vídeos	Nº Suscriptores	Mínimo de visitas	Máximo de visitas
Fisioterapia Ibiza	35	822	426	218.897
Fisio TV	44	39	31	85.878
Fisiototrauma	27	12	209	84.575
<i>Fisioterapia Online</i>	253	2176	182	74.029
Tania	46	109	38	69.117
Claudio Carrizo	45	28	83	59.777
Coleg F Andalucía	60	110	11	20.291
Clínica Vass	23	24	164	18.586
Dr Dalmo Dias	40	68	75	16.263
Facsa	43	176	40	14.652
F Global TV	42	84	29	13.582
Raffe Fsportiva	47	52	171	1.2832
Lettini	24	5	1	12.081
Ramon fisioterapiaUTI	28	33	19	9.873
PhysioNext	26	35	145	9.568
Fisiolution	24	23	76	7.910
ProformaF	29	3	10	7.596
Quiropractica	165	13	2	5.610
F Avanzada	24	16	26	5.262
Fiso Vida com Vose	23	12	194	3.150
Carlos López	24	28	7	1.874
Fisioterapia UM05	23	7	215	1.379
Acosta F	22	23	23	1.293
F veterinaria	39	5	7	1.105
Fisiosporte	248	2	0	1.019
FisioWork	26	1	27	896
Fisioterapia	27	10	28	417
Clínica Pablo Cano	31	2	8	238

Tabla 2. Canales de Fisioterapia en YouTube

Discusión

Aunque la herramienta fundamental del fisioterapeuta son sus manos y su voz (Collado, Benito & Muñoz, 2004), no hay que olvidarse que el uso de las nuevas tecnologías es necesario en el

ámbito docente, la investigación, la formación continuada o la gestión clínica (Collado, Benito & Muñoz, 2004), de ahí la importancia de estos instrumentos en el trabajo del día a día. Así, en el presente estudio se pone de manifiesto la presencia de temas relacionados con la fisioterapia en Google y Yahoo (más de 28.000 resultados), con un número representativo de visitas, siendo la página más visitada Efisioterapia (casi 10 mil visitantes).

El registro y análisis sólo de la primera pantalla ha seguido el PageRank que establece el propio buscador. Además, la mayoría de los usuarios realizan las búsquedas en las primeras páginas y si no encuentran resultados, reanudan la búsqueda. El PageRank puede ser interpretado como la frecuencia en que n usuarios aleatorios visitan una página de internet, y por lo tanto refleja la popularidad de la misma (Avrachenkov & Litvak, 2006). Así, Efisioterapia, que tiene el mayor porcentaje de visitantes (46,8%), ocupa un puesto prioritario en ambos buscadores.

En cuanto a YouTube, se ha convertido en un buscador de contenidos con entidad propia entre los convencionales (Lavado, 2011). Por ello tiene predefinidos términos concretos de búsqueda como “fisioterapia suelo pélvico”. Se trata de una herramienta efectiva para la promoción de productos, eventos y la publicación de novedades y actividades de interés, como en Facebook o en Tuenti (Dans, 2008); 19 mil vídeos encontrados. Además de un portal de videos, es una extensión de su identidad corporativa (Galve, 2008). Es así que muchos de los canales analizados pertenecen a entidades, como clínicas, colegios profesionales y programas televisivos, destacando en nuestro estudio, Fisioterapia Ibiza (219 miles de visitas) y Fisioterapia Online (253 videos). Además de tener valor comercial, esta plataforma puede convertirse en una buena herramienta para entidades privadas y públicas encaminadas a la prevención y promoción de la salud (Pandey, Patni, Singh, Sood & Singh, 2010).

Los resultados de tráfico obtenidos, contemplados en la figura 1, indican el acceso a webs específicas de fisioterapia en busca de información, pero un usuario no experto tendrá dificultades para distinguir entre documentación de calidad, elaborada con rigor científico, y aquella de fuente dudosa, sesgada por falta de rigor, conflicto de intereses o ideologías o incluso con carácter erróneo (Batalla, 2009). Por lo tanto, hay pacientes y usuarios que buscan información de fisioterapia o de salud en general sin garantías de calidad (Blanco & Gutiérrez, 2002). Así en los últimos años, han surgido diferentes instrumentos para medir la calidad de los dominios sanitarios (Conesa, Aguinaga & Hernández, 2011). También sugieren que se debería enseñar al usuario a evaluar la calidad de la información en Internet a través de campañas u otros medios realizados por profesionales sanitarios (Conesa, Aguinaga & Hernández, 2011).

Una de las limitaciones en este estudio, ha sido no poder analizar todos los resultados que nos ofrecen los buscadores (más de 58 millones) porque sería un trabajo muy extenso. Además hubiera sido de gran utilidad analizar la información que proporcionan al usuario tanto las

páginas más visitadas como los canales de YouTube. Para ello, proponemos como futuro trabajo, desarrollar una herramienta que mida de alguna forma la cantidad de contenido que facilitan las webs analizadas, dado que realizar dicho estudio manualmente resulta demasiado costoso. Adicionalmente, debido a la volatilidad de los contenidos en Internet, cuando se pudiera disponer de estos resultados, podrían estar ya desfasados.

En conclusión, el análisis realizado en la red, pone de relieve la presencia de la fisioterapia, dado que se suman más de 58 millones de resultados en los buscadores y casi 20 mil vídeos en YouTube. Esta ciencia, despierta el interés de un gran número de navegantes, como indican los casi 10 mil visitantes diarios de algunas webs específicas, como Efisioterapia.net y las más de 218 mil visitas de canales como Fisioterapia Ibiza.

Referencias

- Artero, J. (2010). Online Video Business Models: YouTube vs. Hulu. *Palabra Clave*, 3(1), 111-123.
- Avrachenkov, K. & Litvak, N. (2006). The effect of new links on google pagerank. *Stochastic Models*, 22(2), 319-331.
- Batalla, C. (2009). Sellos de calidad en las páginas web, una ayuda para el usuario. *Atención Primaria*, 41(10), 543-544.
- Blanco, A. & Gutiérrez, U. (2002). Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 321-331.
- Castiel, L.D. & Álvarez-Dardet, C. (2005). Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 331-337.
- Collado, S., Benito, M^a.E. & Muñoz, R. (2004). El fisioterapeuta y las nuevas tecnologías. *Fisioterapia e Internet*. *Biociencia*, 2, 1-14.
- Conesa, M.C., Aguinaga, E. & Hernández, J.J. (2011). Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Atención Primaria*, 43 (1), 33-40.
- Dans, E. (2008, 10 de diciembre) YouTube y el marketing de tu negocio. [Documento en línea]. Consultado el 15 de Julio de 2012 de la World Wide Web: <http://www.enriquedans.com/2008/12/YouTube-y-el-marketing-de-tu-negocio.html>.
- Domínguez-Castro, A. & Iñesta-García, A. (2004). Evaluación de la calidad de las webs de centros de farmacoconomía y economía de la salud en Internet mediante cuestionario validado. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 295-304.
- Dubose, C. (2011). The social media revolution. *Radiologic Technology*, 83(2), 112-119.
- Forkner-Dunn, J. (2003). Internet-based Patient Self-care: The Next Generation of Health Care Delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2), 1-8.

- Fox, S., Rainie, L., Horrigan, J., Lenhart, A., Spooner, T., Burke, M., et al. (2000). The online health care revolution: how the Web helps Americans take better care of themselves. Washington, DC: The Pew Internet & American Life Project. [Online]. Available: http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2000/PIP_Health_Report.pdf.pdf
- Galve, M. (2008, 23 marzo). Canales corporativos en YouTube. [Documento en línea]. Consultado el 15 de Julio de 2012 de la World Wide Web: <http://www.miguelgalve.com/blog/marketing-online/canales-corporativos-en-YouTube/>
- Kummervold, P.E., Chronaki, C.E., Lausen, B., Prokosch, H.U., Rasmussen, J., Santana, S. et al. (2008). eHealth trends in Europe 2005-2007: a population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (4), e42.
- Lavado, A. (2010). El consumo de YouTube en España. *Global Media Journal México*, 7(4), 76-92.
- Lavado, A. (2011). La identidad visual corporativa en YouTube. Un estudio de caso. *Razón y Palabra*, 77, 1-25.
- McQuail D. (2000). *Introducción a la Teoría de la Comunicación de masas*. Barcelona: Paidós.
- Pandey, A., Patni, N., Singh, M., Sood, A. & Singh, G. (2010). YouTube as a source of information on the H1N1 influenza pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3),1-3.
- Sanz-Valero J, Castiel LD, Waden-Berghe C, Juan V. (2006). Internet y la búsqueda de información en salud pública: desde la relevancia hacia la “relevancia”. *Gaceta Sanitaria*, 20(2),159-60.
- Siri, L. (2008). Un análisis de You Tube como artefacto sociotécnico. *Diálogos de la Comunicación*, 77.
- Vance, K., Howe, W. & Dellavalle, R.P. (2009). Social internet sites as a source of public health information. *Dermatologic Clinics*, 27(2),133-6.

Revisiones

Enfermería infantil y disfemia: Evolución y marcadores de cronicidad. Una revisión sistemática

Child nursing and stuttering: Evolution and chronicity markers. A systematic review

Álvaro David Campos Palomo^{1*}, Laura Deseada Campos Palomo²

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

² Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Fecha de recepción: 21/11/2012 – Fecha de aceptación: 13/03/2013

Resumen

La disfemia es un trastorno de la comunicación cuyo origen es aún muy difuso. Teorías neuroambientales o de articulación de la palabra inundan una literatura que en la mayoría de los casos está escrita por logopedas, neurólogos o pedagogos. Aun cuando enfermería cuida y aborda todos los días niños con esta dificultad, es escasa la literatura escrita por este gremio profesional, que, en la mayoría de los casos, tiene que acceder a información en bases de datos afines, no garantizándose siempre el acceso a las mismas. El trabajo descriptivo sobre la evolución de la disfemia y sus marcadores de cronicidad, se ha realizado mediante una exhaustiva revisión sistemática en la Biblioteca Virtual del Sistema de Salud Público Andaluz, con el objetivo de acercar la tartamudez a la realidad de la profesión enfermera, aumentar la bibliografía escrita por profesionales que se acercan y cuidan día a día a niños disfémicos y con la conclusión de que se puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes al saber derivarlos en el momento adecuado, así como mejorar la comunicación interprofesional y los registros enfermeros.

Palabras clave: Desarrollo de la Disfemia, Enfermería, Evolucion, Marcadores.

Abstract

Stuttering is a communication disorder whose origin is still not clarified. Literature about neuroambiental or speech theories are recorded by speech therapists, neurologists and educators in most cases. Although nurses look after and address patients with this difficulty daily, there is little literature written by this professional group which in most cases, get difficult and not guarantee access to related databases. The descriptive job regarding develop, chronicity and stuttering markers, was performe using a exhaustive systematic review in the Virtual Library of Andalusian Public Health System, with the aim of closing stuttering reality to nursing, to increase written literature by professionals and carers who look after children with stuttering every day and concluding that it could improve our patients life quality referring them to another professionals on time and also improving interprofessional communication and nursing records.

Key words: Developmental Stuttering. Evolution, Markers, Nursing .

Correspondencia: campospalomo@mixmail.com

Introducción

Según el Instituto Nacional de Sordera y otros Trastornos de la Comunicación y la MedlinePlus, la tartamudez es un problema que afecta al flujo del habla, pudiendo producir conductas de evitación, que algunos sonidos se prolonguen anormalmente, que el comienzo de la palabra produzca dificultad o bien que repita con obstáculo palabras o partes de las mismas (NIH & MedlinePlus 2012).

Las primeras referencias fechadas que se pueden encontrar en GERIÓN a cerca de este problema, datan del año 1830, en el que la revista Boston Medical and Surgical Journal publicó un trabajo anónimo sobre la extraordinaria habilidad que algunas personas disfémicas tienen para cantar sin interrupción alguna. Desde entonces, y hasta hoy, son muchos los científicos que han abordado la dificultad articular que posee este tipo de pacientes. No obstante, y hablando de escritos actuales, la literatura encontrada en las distintas bases de datos sobre teorías etiológicas, evaluación y tratamiento, no está documentada por enfermeras que desarrollen su campo de trabajo con niños, sino por otros gremios profesionales, como son la medicina neurológica, la logopedia, la pedagogía, etc, es decir, los metabuscadores de salud arrojan referencias copadas de documentos y artículos de profesiones dedicadas a las ciencias de la salud y afines, pero en muy pocos casos, se pueden encontrar trabajos abordados por la profesión enfermera. Dichas bases de datos, en muchas ocasiones, presentan dificultad de acceso, sobre todo para aquellos profesionales que ejercen su labor en la sanidad privada, en cuyo caso no tienen fácil entrada en las bibliotecas virtuales públicas. Por otro lado, la formación pregrado en lo que a lenguaje respecta, es escasa (Anónimo 1830).

Llegados a este punto, y con la problemática planteada, cabría preguntarse si realmente los enfermeros que atienden a pacientes disfémicos en el área de salud tienen un conocimiento mínimo sobre la dificultad que atañe la articulación de sonidos en estos niños. Si sabrían detectar, o al menos sospechar, si el trastorno tiende a la cronicidad o es simplemente transitorio. Obviamente no es finalidad de enfermería evaluar un paciente con este perfil, pero sí informar a sus familiares acerca de la tartamudez y del profesional que lo va a examinar e intervenir.

Con todo ello, se plantea en el presente trabajo unos marcadores de cronicidad de disfemia que podría orientar a los expertos cuidadores en la derivación al logopeda. Parece claro que si se amplía el conocimiento de los enfermeros en lo que a tartamudez respecta, aumentará la calidad de vida del niño, al saber derivarlo al profesional correcto, en el momento exacto.

Se proponen como objetivos la labor docente y adquisición de nuevos conocimientos tanto a expertos como estudiantes de la materia, la mejora en los registros de cuidadores y el

perfeccionamiento de la comunicación interniveles e interprofesionales. En suma, la información aportada derivará en una óptima asistencia y una mejora en la calidad de vida de nuestros niños tartamudos.

Material y métodos

Para llegar a conocer los marcadores de cronicidad de la disfemia así como los aspectos que determinan una evolución negativa, se ha realizado un estudio descriptivo basado en una exhaustiva revisión sistemática que se especifica a continuación.

Estrategia de búsqueda

Metabuscadore utilizado

- . GERIÓN (Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía). Mediante búsqueda avanzada en bases de datos relacionadas con enfermería.
- . JABEGA (Catálogo de la Universidad de Málaga). Introduciendo el descriptor “disfemia”.

Bases de datos utilizadas

- . Agencia española del medicamento y productos sanitarios
- . CINAHL
- . Cuidatge. Referències Bibliogràfiques en Infermeria
- . CUIDEN. Base de Datos de Enfermería .
- . Elsevier.es (antiguo Doyma)
- . Enfispo . HighWire Press . IBECS
- . ICYT- Ciencia y Tecnología (CSIC)
- . IME – Biomedicina . Instituto Joanna Briggs
- . ISOC – Humanidades y Ciencias Sociales (CSIC)
- . Lippincott’s Nursing Procedures
- . New England Journal of Medicine (NEJM)
- . [Nursing@Ovid](#) . OvidMD . OvidSP . PEDro
- . Practica de Cuidados de Salud. Joanna Briggs
- . PubMed . SciELO España
- . ScienceDirect-Journals-V.4 (Elsevier)
- . Wiley-Blackwell-Journals

- Ecuación de búsqueda. Primera criba
 - .Los términos incluidos en el motor de búsqueda en ambas cribas están incluidos en el listado de los Medical Subject Headings (MeSH), y a su vez, traducidos al español en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)
 - .Introducidos en el motor de búsqueda bajo “título”
 - .Developmental Stuttering, Childhood stuttering, Acquired Suttering
 - .Los descriptores fueron introducidos por separado, y en suma, GERIÓN recuperó un total de 255 artículos.

- Ecuación de búsqueda. Segunda criba
 - .ambos términos introducidos en el motor de búsqueda bajo “título”
 - .Developmental Suttering AND Nursing
 - .Childhood Stuttering AND Nursing
 - .Acquired Stuttering AND Nursing
 - .Con esta nueva búsqueda, GERIÓN recuperó un total de 80 publicaciones que fueron sometidas a los siguientes criterios de inclusión/exclusión de artículos

Criterios de inclusión de artículos

- Trabajos publicados en el periodo de tiempo 2008 – 2012.
- Implicación de la profesión enfermera en todos los ámbitos biopsicosociales y Educación para la Salud (EpS).
- Trabajos extraídos a texto completo.
- Originales y revisiones relacionados con la enfermería.
- Cualquier idioma que incluya el resto de ítems.

Criterios de exclusión de artículos

- Publicaciones con escasa o nula evidencia científica.
- Limitada relevancia profesional. Implicación exclusiva de otras disciplinas.
- Artículos de opinión.

Proceso de selección de artículos

De los 80 trabajos que se recuperaron en la segunda criba y, según los criterios expuestos, se seleccionaron 16 trabajos que cumplieran los objetivos del estudio y se consideraron relevantes en la revisión bibliográfica.

Maniobra de identificación de datos

Reseñados a lo largo del trabajo mediante cita bibliográfica según la sexta y última revisión de la American Psychological Association (APA) de Julio 2009.

Resultados

La revisión bibliográfica muestra artículos y manuales útiles para comprender aquellos marcadores que nos pueden hacer sospechar que la disfemia infantil tenderá a cronificarse, y qué cambios nos podría orientar a pensar que la evolución de la misma está siendo negativa. No obstante, y como se ha reseñado a lo largo del presente trabajo, la función de enfermería no será intervenir al paciente tartamudo, ni siquiera evaluarlo. La competencia primordial será la Educación para la Salud a los padres y la derivación en el momento exacto al profesional más cualificado, en este caso, el logopeda.

Entre los marcadores de cronificación podemos destacar los siguientes (Adaptación a Rodríguez Morejón A. 2003)

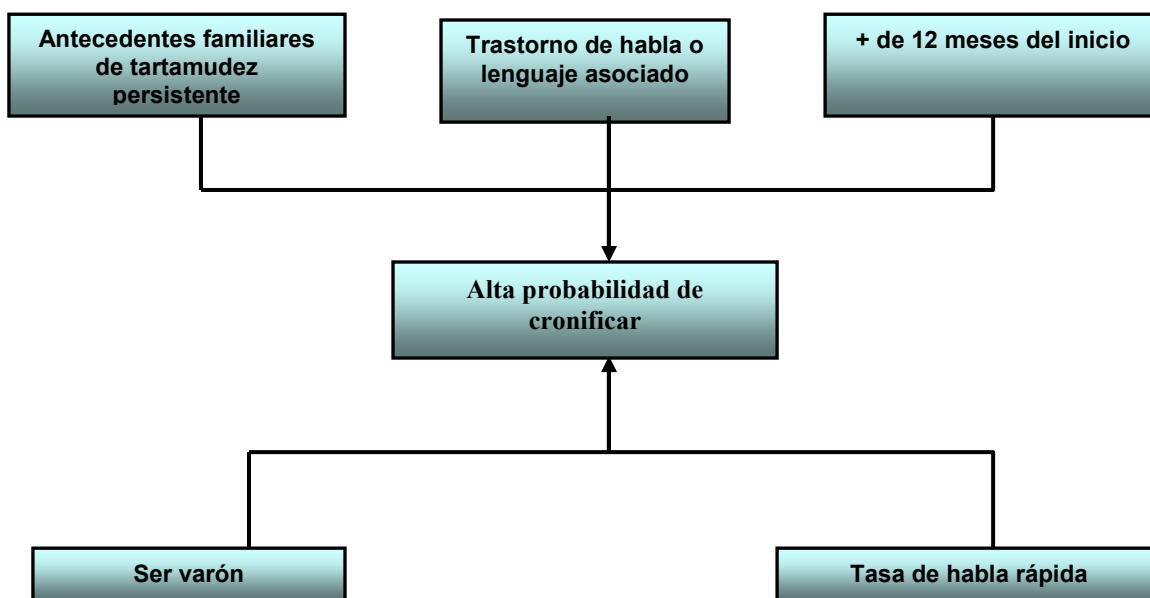


Gráfico 1: Predictores de cronificación de tartamudez. Rodríguez Morejón A (2003)

Antecedentes familiares de tartamudez persistente

No se puede afirmar que la tartamudez tenga su origen en los componentes bioquímicos y hereditarios exclusivamente. Existen muchas otras corrientes biomédicas y psicológicas que podrían explicar el trastorno. No obstante, son muchos los autores que sugieren un componente genético en la aparición de la tartamudez, concretamente, las modificaciones en el curso metabólico y las modificaciones cromosómicas 16q y 12 así como mutaciones en los genes GNPTG y NAGPA que actualmente han abierto una ventana de ayuda a identificar la neuropatología que subyace al trastorno. Con esta pequeña referencia genética, cabe esperar que dichas modificaciones, cambios y mutaciones se hereden de padres a hijos, produciendo

un marcador de cronicidad importante a la hora de evaluar un niño disfémico (American Academy of Family Physicians 2008; Rodríguez Morejón A 2003; Fisher SE 2010; Amjad R, Riazuddin & Drayna 2012; Drayna D 2011).

Trastorno de habla o lenguaje asociado

Existe mucha controversia y hay muchos estudios relacionados con el lenguaje en pacientes tartamudos, tanto adultos como infantiles. Por un lado, Mrilyn (2012) concluyó que no existe conexión alguna entre la capacidad del lenguaje y la tartamudez. Ese mismo año, Laurence propuso que la tartamudez adulta tras un daño cerebral mínimo es muy inusual e incita a pensar que la tartamudez producida es de carácter psicógeno. Sin embargo, LaSalle (2011) finaliza sus trabajos infiriendo que las palabras disfluentes eran fonológicamente más complejas, abriéndose con ello un amplio abanico de investigación al respecto. En este caso, cabría pensar que, efectivamente, un niño que posea un trastorno de base en la forma del lenguaje, tendrá más predisposición a cronificar sus disfluencias. A modo de ejemplo, se puede mencionar cualquier subtipo del Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) que implique la fonología, y, para ara ello, el logopeda usa herramientas de evaluación tales como el Registro Fonológico Inducido (RFI). (MedlinePlus 2012; Mrilyn AN 2012; Laurence, Jack & James 2012; LaSalle & Wolk 2011; Rodríguez Morejón A 2003).

Más de doce meses del inicio

Según la MedlinePlus (2012), la tartamudez es típica de los niños que están aprendiendo a hablar, momento en el que la plasticidad neuronal no les permite expresar todo aquello que quisieran. Además, la mayoría de ellos deja de tartamudear a medida que van creciendo. Por otro lado, la velocidad de adquisición del lenguaje es tan dinámica y ágil, que se puede afirmar sin incurrir en errores de contenido, que al cuarto año de vida se han conseguido todos los patrones lingüísticos, motivo por el cual, un año de evolución de disfluencias se convierte en un marcador claro de cronicidad. A este respecto, Susan O'Brian (2011) recomienda una intervención temprana, preferentemente antes del año de inicio de la disfemia ya que, una terapia adecuada, personificada y acomodada a las características del niño, podría evitar la cronicidad de la misma (Community Care Conference 2008; John V 2011; Susan O & Mark O 2011; Rodríguez Morejón A 2003)

Marcadores de género

Haciendo de nuevo referencia a la MedlinePlus (2012), se afirma que los niños varones tienen tres veces más posibilidades de tartamudear que las niñas. La literatura escrita con base

científica y apoyada en bibliografía actualizada al respecto, es escasa. Algunos autores, mediante ensayos clínicos, como por ejemplo Craig A (2011), afirman que el sexo femenino es un factor protector del desarrollo crónico de la tartamudez. Sobre estas afirmaciones, existen investigadores como Kartalci S. (2012), que introdujo por primera vez testosterona masculina en niños, llegando a la conclusión de que esta hormona causa disfemia potencialmente. Este mismo autor, y en ese mismo estudio, afirma además que la evolución de la disfemia en niñas, en contraposición a la presentada por varones, es siempre mucho más positiva y se resuelve con más frecuencia en la edad adulta que la disfemia del sexo masculino (MedlinePlus 2012; Craig A, Blumgart & Tran 2011; Kartalci S. Gonenir Erbay L., Ozel Ozcan O., Yuksel T. & Unal S 2012)

Existen otros estudios, como el presentado por Mock (2012), en el que postula la relación que existe entre la tartamudez y las asimetrías en los lóbulos parietal-occipital y en el área prefrontal más comunes en varones (Mock, Zadina, Corey, Cohen, Lemen & Foundas 2012)

Todos estos datos hacen pensar que, una aparición súbita de tartamudez en un niño varón, es un predictor de cronicidad a tener en cuenta (Rodríguez Morejón A., 2003)

Tasa de habla rápida

Es obvio y cabe pensar que, tras una evaluación logopédica exhaustiva, los niños que posean una tasa de habla anormalmente rápida, no puntual en el tiempo, con taquilalia, logorrea, verborrea o farfalleo, tendrán más posibilidades de bloquearse en caso de disfemia. En estos casos, Ryan P. (2009), postuló la posibilidad de enseñar a hablar al niño con un índice lento y por comparación, a lo largo del tiempo (Ryan P. John BE., Don F. & Peter RR 2009; Rodríguez Morejón A. 2003)

No obstante, este marcador de cronicidad está ampliamente debatido, y como prueba de ello, se presenta el estudio de Hudock D. (2011), en el que debate la posibilidad de inhibir la disfemia mediante la presentación de información visual a un ritmo de habla lenta y rápida (Hudock D. Dayalu V., Saltuklaroglu T., Stuart A., Zhang J. & Kalinowski J.2011).

Una vez se han expuesto los marcadores de cronicidad de la disfemia, se presenta, de manera escueta, los factores que podrían hacer pensar que la evolución de la tartamudez está siendo negativa, es decir, qué componentes harían considerar que el problema se está complicando sobremanera y podría derivar en una dificultad para toda la vida (Rodríguez Morejón A. 2003).

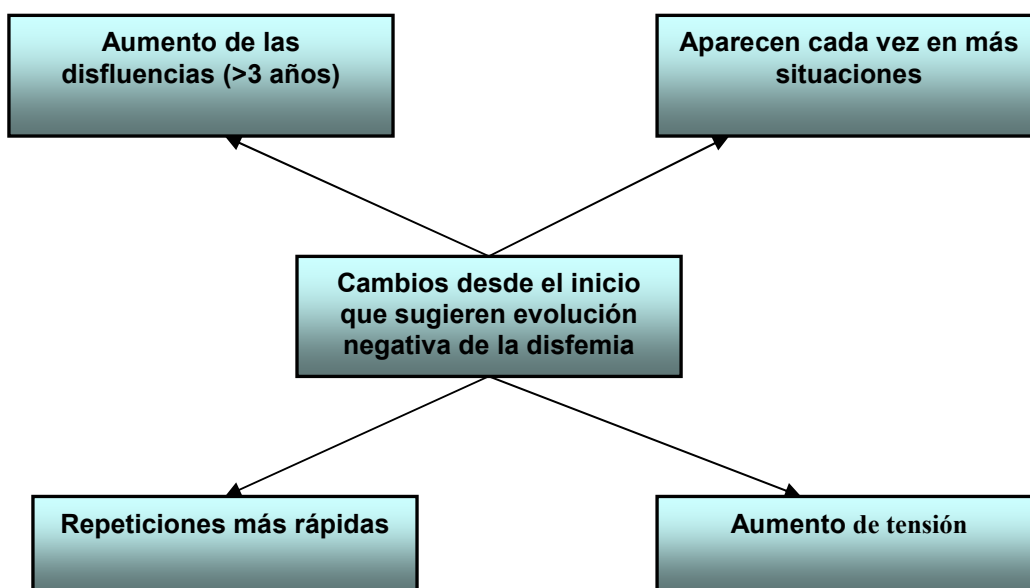


Gráfico 2: Evolución negativa de la disfemia. Rodríguez Morejón A. 2003

Aumento de las disfluencias

Como se ha afirmado en el presente trabajo, la evolución del lenguaje y su adquisición en niños es muy dinámica y ágil en forma, contenido y uso. Un aumento de bloqueos en un niño con gran plasticidad cerebral, sugiere una evolución no favorable y tendencia a la cronicidad de las disfluencias presentadas.

Aparecen cada vez en más situaciones

El riesgo de este marcador de evolución negativa estriba en la posibilidad que existe de que el niño, superado los seis años, se haga consciente de la dificultad, en cuyo caso, se podría afirmar que la tartamudez ya está establecida de manera crónica.

Repeticiones más rápidas

La tartamudez en niños que comienzan a hablar es muy normal. A medida que el desarrollo neuronal les permite articular correctamente la palabra, la tasa de habla se enlentece y las repeticiones desaparecen, motivo por el cual, un aumento en la velocidad de repetición, sugiere una evolución negativa de la disfemia.

Aumento de tensión

Los sentimientos de ansiedad, evitación de personas y situaciones, escape, movimientos asociados, etc, son típicos de la tartamudez establecida. Un incremento en estos factores en un niño menor de seis años, evoca una evolución hacia la misma.

Conclusiones

Aunque la disfemia está bien descrita en la literatura neurológica y logopédica y Alberto Rodríguez Morejón mencionó en su libro “La tartamudez. Naturaleza y tratamiento” en el año 2003 todos los predictores de cronicidad y evolución negativa de la misma, los autores nos hemos encontrado con una doble dificultad.

Por una parte, pretendíamos buscar una bibliografía actualizada que, nueve años después de la publicación de dicha obra, siguiera avalando dichos marcadores, siguiendo además los criterios de inclusión/exclusión de artículos expuestos en el apartado correspondiente. La búsqueda ha sido complicada, pero podemos afirmar, sin miedo a incurrir en errores metódicos y/o de contenido, que los factores que sugieren cronicidad de la misma, siguen siendo los expuestos en este trabajo.

Por otra parte, nos encontramos con la dificultad que presenta orientar un trabajo de contenido logopédico hacia enfermería, sin incurrir en el tópico del intrusismo profesional, buscando bibliografía que aúnen ambas disciplinas y por supuesto utilice un vocabulario comprensible para la ciencia enfermera.

Consideramos que el presente estudio descriptivo ha sido útil para acercar la disfemia a los profesionales de enfermería, especialmente a los estudiantes de la carrera que ven en su formación, un escaso contenido en lo que a lenguaje pediátrico respecta.

La relación interprofesional enfermería infantil y logopedia se verá potenciada al ser la enfermera capaz de identificar o sospechar, aquellos factores que tenderán a cronificar la disfemia, haciendo con ello una impecable labor de Educación para la Salud a los padres.

Referencias

- American Academy of Family Physicians. (2008). American Family Physician, 77 (99).
- Amjad, R., Riazuddin, S., Drayna, D. (2012). Studies in a consanguineous family reveal a novel locus for stuttering on chromosom 16q. Hum Genet, 131 (2), 311-3.
- Community Care Conference. (2008). Stuttering Start made to personalisation, 1741, 5.

- Craig, A., Blumgart, E., Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: Factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *J Speech Lang hear Res*, 54 (6), 1485-96.
- Drayna, D., Kang, C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *J Neurodev disord*, 3 (4), 374-80.
- Editorials and Medical Intelligence. (1830). *Boston Med. Surg*, 3, 36-40.
- Fisher, S.E. (2010). Genetic susceptibility to Stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362, 750-752.
- Hudock, D., Dayalu, V., Saltuklaroglu, T., Stuart, A., Zhang, J., Kalinowski, J. (2011). Stuttering inhibition via visual feedback at normal and fast speech rates. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46 (2), 169-78.
- John, V., Megan, N.W. (2011). Developmental and Persistent Developmental Stuttering: An Overview for Primary Care Physicians. *J Am Osteopath Assoc*, 111 (10), 576-580.
- Kartalci, S., Gonenir Erbay, L., Ozel Ozcan, O., Yuksel, T., Unal, S. (2012). Stuttering after testosterone administration: A case report. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13 (1), 82-84.
- LaSalle, L.R., Wolk, L. (2011). Stuttering, cluttering, and phonological complexity: Case studies. *J Fluency Disord*, 36 (4), 285-9.
- Laurence, M.B., Jack, S., James, R.Y. (2012). Psychogenic Stuttering and Other Acquired Nonorganic Speech and Language Abnormalities. *Arch Clin Neuropsychol*, 27(5), 557-568.
- Mock, J.R., Zadina, J.N., Corey, D.M., Cohen, J.D., Lemen, L.C., Foundas, A.L. (2012). Atypical brain torque in boys with developmental stuttering. *Developmental Neuropsychology*, 37 (5), 434-52.
- Mrielyn, A.N. (2012). Stuttering and Language Ability in Children: Questioning the connection. *Am J Speech Lang Pathol*, 21 (3), 183-196.
- National Institute of Deafness and Other Communications Disorders & MedlinePlus. (2012). Consultado el día 25.10.2012. Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/stuttering.html>.
- Rodríguez Morejón, A. (2003). *La tartamudez: Naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Herder.
- Ryan, P., John, B.E., Don, F., Peter, R.R. (2009). Effects of the speechEasy on Objective and Perceived Aspects of Stuttering: A 6-Month, Phase I Clinical Trial in Naturalistic Environments. *J. Speech Lang Hear Res*, 52 (2), 516-533.
- Susan, O., Mark O. (2011). Clinical management of stuttering in children and adults. *BMJ*, 342, d3742.

Perspectivas

Comunicación sanitaria on line: El papel del médico en el marketing de contenidos sanitarios

Online health communication: The role of the physician in health contents marketing

Mar Serrano Falcón^{1*}

¹ Instituto Internacional de Flebología, Granada.

Fecha de recepción: 20/11/2012 – Fecha de aceptación: 10/04/2013

Resumen

El marketing de contenidos consiste en generar contenidos de calidad, originales y actualizados que aumenten las visitas a las web sanitarias. En este artículo defiendo la necesidad de contar con un profesional sanitario formado en comunicación en la redacción y supervisión de textos para web, blog y redes sociales relacionados con la salud.

Palabras clave: *Marketing de contenidos; salud; médicos; internet.*

Abstract

Content marketing is to generate quality content; original date increase web visits to health. In this article I defend the need for a health professional in the wording and monitoring of texts for web, blog and social networks related to health

Key words: *Content marketing; health; physicians; internet.*

Correspondencia: marserrano@iidf.es

Comunicación sanitaria on line: El papel del médico en el marketing de contenidos sanitarios

Una de las características de este siglo XXI y tal vez del milenio, es el protagonismo que han adquirido las comunicaciones. El progreso de la tecnología ha hecho superar obstáculos que parecían insalvables en el mundo de la comunicación.

El crecimiento de los sistemas de comunicación ha sido especialmente notable en el ámbito de la salud. En la actualidad ya hablamos de salud 2.0, de salud 3.0, incluso utilizamos conceptos como e salud o e sanidad. Esta revolución en la comunicación sanitaria implica una mayor presencia de la salud en la web y en redes sociales, una nueva forma de relación que es ya, una realidad presente en nuestra sociedad, en todos las áreas de la vida, incluida la medicina. En el campo de la salud, las nuevas tecnologías son una plataforma de difusión de contenido de un valor inestimable si se hace un uso correcto. La utilidad de webs, blog y redes sociales es valorada por médicos y pacientes, por eso sus contenidos y utilidades deben ser adecuados para ambos. Los contenidos poco veraces, de dudosa calidad científica, no contrastados o difíciles de comprender, pueden llevar a confusiones y problemas de gran alcance al tratarse de temas de educación para la salud, diagnósticos, tratamientos o incluso innovaciones sanitarias y temas de investigación de gran impacto social. El abordaje correcto de la comunicación en salud dentro de las redes sociales debe tener en cuenta los diferentes perfiles de usuarios: médicos y pacientes. La demanda de uso para cada uno de estos grupos de población es diferente y complementaria. Para los médicos las nuevas tecnologías son una herramienta dedicada a gestionar la atención al usuario, útil en promoción de la salud, prevención, relación directa con el paciente que permite responder sus dudas y sugerencias, incluso son utilizadas como medio de promoción y marketing. La información y difusión de contenidos vía web es ampliamente aceptada por los médicos que las han integrado en su día a día. Sin embargo, las redes sociales siguen suscitando un cierto temor entre algunos sectores sanitarios, pese a este rechazo inicial, son cada vez más exploradas por médicos que intentan buscarle utilidad y así empiezan a practicar de forma activa, la relación tanto con sus pacientes como con otros compañeros para interactuar, mantener el contacto y compartir conocimientos. Los médicos mejor valorados por sus pacientes son aquellos con los que se pueden comunicar fuera de la consulta. Eso significa disponer de canales de comunicación diferentes a la entrevista directa como Twitter, Facebook o blog. El médico temeroso de las redes sociales lo es la mayoría de las veces por puro desconocimiento, por no saber por donde empezar o por miedo a las críticas, aunque también los hay reacios a perder su "privacidad".

Un médico accesible y visible es siempre valorado por sus pacientes que cada día son más aficionados a obtener información médica de la web y utilizan las redes sociales como un

canal cómodo, accesible y fácil de usar, interesante y útil para estar informado y obtener contenido de calidad. Son usuarios exigentes con tendencia a demandar información actualizada, real y de fácil comprensión.

La profesión médica está en su esencia basada en la comunicación, el mensaje a transmitir es de suma importancia pero la forma de adecuarse a la nueva era en comunicación también lo es. Es necesario contar con mensajes de calidad tanto en el fondo como en la forma. No podemos olvidar que las plataformas digitales pueden ser muy útiles en diferentes campos de la salud y con distintos fines, desde campañas para publicitar una cadena de clínicas a campañas de promoción de la salud. Para lograr que esta comunicación 2.0 sea efectiva, es necesario ofrecer contenidos relevantes y de calidad a los visitantes y que además sean considerados por los buscadores. En todos los casos la estrategia será la misma, hacer que el mayor número de personas visiten nuestra web o blog y alcanzar altas cotas de posicionamiento en buscadores. Así es más fácil también que la información se difunda a través de las Redes Sociales consiguiendo nuevos contactos mediante otros canales y construyendo comunidad y reputación online.

Esta manera de gestionar la comunicación on line constituye una nueva estrategia de marketing en salud: el marketing de contenidos. que consiste en generar contenidos frescos y originales para las páginas web, blogs y redes sociales En el mundo de la sanidad esto significa ofrecer contenidos de calidad científica que sean atractivos para el público en general y que consigan una comunicación efectiva y útil en estrategias de salud. Se trata de atraer visitantes a nuestra web sabiendo que todo no vale. En el mundo 2.0 la información debe ser dinámica y el contenido compartido original, actualizado y relevante. La red es exigente, cada vez más el perfil de la persona que interactúa en la web requiere información de calidad. Si el tema que interesa es relacionado con la salud es aun más importante la fuente de información, el contenido y la forma de comunicarlo. Con la salud no se juega y no podemos arriesgarnos a que la comunicación en plataformas accesibles sea pobre, poco veraz o lleve a confusión.

En general, todos los contenidos web deben ser realizados por profesionales de la comunicación digital especializados en la redacción para web, blog o redes sociales, pero en el caso específico de salud, se hace necesario que los contenidos sean redactados o supervisados por expertos en el tema a tratar, en mi opinión médicos como conocedores del mundo biosanitario e investigador. Los médicos deben formarse en comunicación digital y ser capaces de generar contenidos con un diseño, redacción y supervisión que aseguren la fiabilidad y veracidad de la información aportada.

Sin la colaboración de un profesional sanitario la gestión de contenidos es pobre y la mayoría de las veces sesgada. Se corre el riesgo de caer en la vulgarización de términos y conceptos

para hacer fácil y comprensible la información o de perderse en tecnicismos y conceptos poco útiles para el usuario. Obviando el interés publicitario de páginas web, incluso la necesidad institucional o en sanidad pública de llegar al mayor número de personas mediante el marketing de contenidos, el generar una buena información en salud en la red es una obligación. La red nos permite hacer llegar a un público que tiende al infinito, para bien o para mal y en salud no podemos permitir que la información sea de mala calidad. Los médicos deben obtener la capacitación y habilidades necesarias en comunicación digital para integrarse dentro de este mundo 2.0, medios sociales e internet, y descubrir nuevos usos de difusión del conocimiento beneficiosos para su situación profesional, para el paciente y para la sociedad.

La informatización de la medicina es un hecho y de eso tienen que convencerse la comunidad médica, necesitamos que se produzca un cambio en la forma de concebir la medicina. En la relación médico-paciente ya no basta el tiempo que estos pasan juntos en la consulta, ni siquiera la información aportada o el seguimiento de un tratamiento es suficiente, el médico tiene que estar presente en la vida diaria del paciente, en su acercamiento al mundo a través de internet. Para ello la información médica a la comunidad tiene que ser accesible y no solo en cantidad sino en calidad. El paciente debe ser informado de forma adecuada y este paciente bien informado y formado, hará la sanidad más eficiente.

Es necesario utilizar el progreso y nuevas vías de relación social para actualizar la medicina, pero de un modo coherente y supervisado. Es indispensable ofrecer una buena comunicación de temas sanitarios, hacer que las redes sociales sean plataformas tanto de información como de formación y en ningún caso elementos que comprometan la información veraz y adecuada en temas de sanidad.