

# RECS - Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2018 • Volumen 9 • Número 1 • Enero – Junio • páginas 1 – 106

## *Editorial*

III Jornadas de Comunicación y Salud: #ParlemdeVIH

## *Originales*

Análisis de estafas de pacientes en la prensa española. El caso de Paco Sanz, el hombre de los 2.000 tumores y el caso de Nadia, la niña con tricodistrofia

Conocimiento y actitudes hacia el virus del papiloma humano en una población de universitarios españoles

Análisis de contenidos: el cáncer de piel en los principales medios de prensa españoles

Relaciones entre laboratorios y medios de comunicación. Fármacos y enfermedades en la prensa: el caso de la disfunción eréctil, Viagra y Cialis

Percepción de los pacientes acerca de la empatía de las enfermeras

La humanización de la asistencia sanitaria y su comunicación a través de la responsabilidad social

## *Revisiones*

Propuesta de variables para el diseño de un modelo sobre TECNO-ADICCIÓN al sexo en la población juvenil

Comunicação de saúde: surgimento e consolidação da especialidade

## *Perspectivas*

Las apps en la identidad digital hospitalaria: implicaciones en la reputación y tendencias

Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en fisioterapia

Comunicando el Cambio Climático desde un Encuadre de Salud

## *Cartas al editor*

Whatsapp y datos de salud: Una realidad incómoda

**uc3m**





### III Jornadas Internacionales Comunicación y Salud: #ParlemdeVIH III International Conference Communication and Health: #ParlemdeVIH

En el ya clásico *Le sida*, Jerome Strazzula (1993: 15) escribe que “la epidemia representa algo más que una enfermedad, el sida es un fenómeno mediático: los medios «revelaron» al mundo la existencia de esta patología y también los medios han sido decisivos en la propia historia de la enfermedad”. 25 años más tarde dedicamos las III Jornadas de Comunicación y Salud a reflexionar en torno a la comunicación y el VIH.

A finales del 2005, el Observatorio de Derechos Humanos de Red2002 emprendió el proyecto “Una nueva imagen para el VIH”, que surgió de la necesidad de mejorar la manera en que se ofrecía la información relacionada con el VIH/sida en los medios de comunicación en España; el ODH encarga al Observatorio de Comunicación y Salud –OCS– (InCom-UAB) un estudio sobre el tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación escritos españoles con la finalidad de elaborar una guía de buenas prácticas dirigida a los periodistas encargados de redactar piezas sobre el VIH/sida y, de esta forma, contribuir a propiciar un cambio en la imagen que ofrecen los medios sobre el VIH/sida. Este proyecto inicial varió sustancialmente (Terrón, 2013). Por un lado, se alargó en el tiempo (entre 2006 y 2010) y, por otro, dio pie a una serie de acciones cuyo objetivo fue buscar una mayor complicidad entre los medios de comunicación y las ONG que trabajan en el ámbito del VIH y, así, afianzar la cooperación. Fruto de la experiencia adquirida, el OCS replicó la investigación y sus propósitos en México (Sánchez Maldonado, M.; Terrón, J.L.; Lozano Rendón, J.C, 2016) y República Dominicana (Terrón, 2015).

Tal como apuntó Alejandro Brito (2007:13), “comunicadores e informadores ya no perciben al VIH/sida como noticia, “no estamos ante un tema novedoso”, arguyen. Aparentemente, sobre esa epidemia ya se dijo todo lo que se tenía que decir”. En 2013 apuntábamos que “sólo

la construcción de relatos con nuevos enfoques y nuevos datos posibilitaría la permanencia en la agenda de los medios, dado que la noticia que esperan todas las redacciones es la consecución de una vacuna; de ahí que cualquier indicio en este sentido se torne en noticia destacada” (Terrón, 2013: 59); parecía que en Occidente, siguiendo a M. Nicolás y M. Martín, el VIH/sida sería un ‘postproblema’. En 2018, ¿podemos mantener este punto de vista? Sospechamos que no, de ahí la necesidad de relanzar las reflexiones en torno a las relaciones que pueden establecerse entre mediaciones comunicativas y VIH. De ahí la oportunidad de organizar unas jornadas que sirvan como marco de esas reflexiones y como punto de inflexión en nuestro país para, de nuevo, pensar en el rol de la comunicación, de sus mediaciones, cuando hablamos o tratamos del VIH o del sida.

Las III Jornadas de Comunicación y Salud: #ParlemdeVIH<sup>1</sup> se desarrollarán en Barcelona los días 21 y 22 de noviembre de 2018 en la sede del Institut d’Estudis Catalans y están organizadas por el SCOMLab (Laboratori de Comunicación y Salud del InCom-UAB). La inscripción es gratuita, y para la realización de las Jornadas colaborarán, entre otros, la Societat Catalana de Comunicació, la Revista Española de Comunicación en Salud, La Generalitat de Catalunya o el Ayuntamiento de Barcelona.

El 21 de noviembre se dedicará a la presentación online de comunicaciones, para lo cual se contará con un canal específico de Youtube. Las propuestas podrán presentarse hasta el 20 de septiembre de 2018; todos los resúmenes aceptados se publicarán en formato digital (acceso abierto). Por otro lado, los autores podrán enviar los textos completos para ser publicados en formato de

<sup>1</sup> <http://comunicacioisalat.cat/es/>; también se puede seguir la actualidad sobre las mismas a través de Twitter: @parlemdevih



artículo científico en la Revista Española de Comunicación en Salud (RECS), tras haber superado el proceso de evaluación establecido por la publicación. El canal YouTube permanecerá activo más allá de las Jornadas y en él se incorporarán las grabaciones de las mesas que se llevarán a cabo el día 22.

Las propuestas enviadas han de tratar sobre alguno (o algunos) de estos temas:

- Salud Pública
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Periodismo y salud en los medios de comunicación
- Campañas de salud
- Comunicación con el usuario-paciente
- Sociedad-salud-bienestar
- Publicidad y salud
- Emergencias y crisis en salud
- Tele-salud, tele-medicina, eHealth y Salud 2.0
- Terapias digitales
- Cine y salud
- Educación y salud
- Investigación en comunicación y salud

Durante el día 22 se desarrollará la sesión presencial, que será retransmitida vía internet. La misma se iniciará con una conferencia en la que se reflexionará sobre el VIH desde una perspectiva de género, a la que le seguirán cuatro mesas redondas:

. Prácticas, para dialogar sobre prácticas de riesgo o de prevención que no suelen tener un espacio relevante en los medios de comunicación (por ejemplo, el chemsex o el PReP).

. APP, para analizarlas en relación al VIH y el sida desde distintas perspectivas: por un lado, como herramientas médica, de empoderamiento o solidaria, pero, por otro, como útil que conforman estilos de vida que pueden repercutir en las prácticas de riesgo, en la privacidad, en la estigmatización y en la prevención.

. Comunicación, y, así, reflexionar sobre cómo tratan los medios de comunicación el VIH/sida, a la vez que evaluar las campañas de prevención.

. También cuentan, con el propósito de dar visibilidad a aquellas personas o colectivos que viven con VIH y de los que no se suelen hablar en los medios de comunicación (mujeres, mayores, latinos, presos,...).

En las cuatro mesas se enfocarán los distintos temas desde las perspectivas de las personas que viven con VIH, los periodistas y los profesionales de la salud. Tras su finalización, y en colaboración con el Barcelona Inter-

national LGTIB Film Festival, se proyectarán algunas de las películas de su última edición que tengan como uno de sus argumentos el VIH. Por otro lado, y de manera permanente, el SCOMLab administrará un canal en Filmin que se dedicará en exclusiva a relatos audiovisuales (documentales o de ficción) en los que se trate del VIH o del sida.

¿Por qué volver a hablar del VIH? ¿Por qué hacerlo desde la perspectiva en la que se enmarcan las Jornadas? Nos gustaría ofrecerles algunos datos, la mayoría de ellos extraídos del informe Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2016<sup>2</sup> (actualizado a 30 de junio de 2017) que elabora el Instituto de Salud Carlos III.

En España, con datos de 2016, hay alrededor de 145.000 personas que viven con VIH –de las cuales, unas 32.000 son mujeres–; aproximadamente una de cada cinco personas (18 %) no está diagnosticadas. El 46% de los nuevos diagnósticos se realizó de forma tardía y la tasa de nuevos diagnósticos de VIH es superior a la media de la UE y de los países de Europa Occidental. Alrededor del 26 % de los infectados tenía menos de 30 años cuando fue diagnosticado y un 16,4 % tenía 50 años o más; y el 33,6 % de los nuevos diagnósticos fue en personas nacidas fuera de España: tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (16,6 %). De las personas que tienen sida, el porcentaje de las que se infectaron por relaciones heterosexuales asciende al 36,2 % y el 32 % en hombres que tienen sexo con hombres. Según el Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos de la Universidad de Barcelona, el riesgo de tener VIH dentro de una prisión catalana es entre 20 y 28 veces más elevado que fuera. Mientras que en Catalunya el porcentaje de personas que tienen VIH es del 0,27% este porcentaje aumenta hasta el 7,6% en el caso de las personas presas. Las mujeres presas sufren un índice de prevalencia del VIH más alto (11,6%) que los hombres (8,85%). Mientras que la prevalencia del VIH en el total de la población es del 0,4, entre las trabajadoras del sexo asciende al 2%, entre los hombres que tienen sexo con hombres al 11,3 %, un 2,3 % entre los que se inyectan drogas, el 5,4% entre los presos y un 11,3% entre las mujeres trans.

¿Los medios han dejado de hablar del VIH y del sida? Esa es la percepción mayoritaria; por nuestra parte (Terrón, J.L.; Ramírez, F.; Vialás, S.; Jacobetty, P., 2017) podemos apuntar que algunos diarios –El País y El Mundo– no lo han dejado de hacer. Eso sí, esos mismo diarios entre junio de 2016 a junio de 2017 dedicaron 22 piezas

<sup>2</sup> [https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH\\_SIDA\\_2017\\_NOV2017.pdf](https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf)

(sobre 697) a tratar sobre el PReP (12 El País y 6 El Mundo) y 3 a escribir sobre el PEP (2 El País y 1 El Mundo). Lo que nos da pie a que nos preguntemos, una vez más, si los relatos y los enfoques son los adecuados; quizás debemos olvidarnos un tanto de cuánto se publica y poner nuestra atención en qué y cómo se publica. Siguiendo con el ejemplo que acabamos de exponer, ¿cómo es posible que los medios lo traten de manera tan escasa un tema como el del PReP a pesar de las recomendaciones de la propia OMS para su uso y de que España siga sin implantarlo? ¿Han visto alguna campaña de alguna administración o institución a favor del PReP?

Ejemplos como el anterior, nos muestran que sigue siendo deseable y necesario pensar en el VIH desde la comunicación, que no todo está dicho, ni que todo está bien contando; y que siempre faltan voces que deben de ser escuchadas. De ahí que nos parezcan oportunas unas Jornadas como estas, a las que están todos vds. invitados.

## Referencias Bibliográfica

- Brito Lemus, A. (2007). Sida, estigma y discriminación. Guía práctica de manejos de medios, México: Letra S, Salud, Sexualidad, Sida; suplemento de La Jornada.
- Sánchez Maldonado, M., Terrón, J.L., & Lozano Rendón, J.C. (2016). Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2013 a 2013, *Comunicación y Sociedad*, 25, 71-100.
- Strazulla, J. (1993). *Le Sida, París: La documentation Française*.
- Terrón, J.L., Ramírez, F., Vialás, S., & Jacobetty, P. (2017). Cómo informan El País y El Mundo sobre la estrategia preventiva PrEP contra las infecciones del VIH, 116-117, en VV.AA. *El fin de un modelo de política*. La Laguna: Cuadernos Artesanos de Comunicación.
- Terrón, J.L. (2015). El tratamiento del VIH/sida en los medios impresos de España y de la República Dominicana: el papel de las ONG en la formación de la opinión pública, 209-226, en Reñó, D., Martínez, M., & Campalans, C. (coord.). *Medios y opinión pública*, Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Terrón, J.L. (2013). El tratamiento del VIH/sida en los periódicos españoles, investigar para propiciar nuevos relatos periodísticos, *Comunicação e Sociedade*, 23, 57-68.

**José Luis Terrón Blanco**

Comité organizador

## **Análisis de estafas de pacientes en la prensa española. El caso de Paco Sanz, el hombre de los 2.000 tumores y el caso de Nadia, la niña con tricodistrofi**

### **Analysis of false patient cases in the Spanish press. Paco Sanz's case, the man affected by 2,000 tumors and Nadia's case, the girl with trichodystrophy**

Paloma López Villafranca<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad de Málaga, España

#### **Resumen**

Organizados en asociaciones y con el apoyo de la ciudadanía, los pacientes con enfermedades raras han conseguido ser visibles y lograr mayor inversión en investigación gracias a las donaciones económicas. Sin embargo, ha sido muy perjudicial para estos pacientes la existencia de casos como los de Nadia, la niña con tricodistrofia que sus padres utilizaron para vivir de la enfermedad y el caso del hombre de los 2.000 tumores, un paciente que exageró un síndrome para recaudar 100.000 euros para un tratamiento que no existía. El objetivo principal de la investigación es analizar la difusión de ambas estafas en prensa. Realizamos análisis de contenido en prensa en los tres diarios de mayor difusión según el OJD en el momento de la investigación: El País, El Mundo y La Vanguardia. Mediante este estudio comprobamos cómo la utilización de titulares, palabras e imágenes negativas se relacionan con estas enfermedades y no se da importancia a las fuentes sanitarias y a los pacientes afectados.

Palabras clave: enfermedades raras; pacientes; imagen; estafa; prensa.

#### **Abstract**

Organized by associations and with the support of citizens, patients with rare diseases have managed the increase of scientific research about their diseases provided by private donations. However, it has been very harmful for these patients the latest news about Nadia, the girl with trichodystrophy used by her parents to live from this disease and press news about the man with 2,000 tumors, a patient who exaggerated a syndrome to collect 100,000 euros for a treatment that did not exist. The main objective of the investigation is to analyze the diffusion of both news in Spanish press. We carried out content analysis in press in three newspapers according to OJD, (Spanish Office of Justification of Dissemination): El País, El Mundo and La Vanguardia. We verified the use of headlines, negative words and negative images are linked to these diseases and it is not taken into account sanitary sources and patients sources.

Keywords: rare diseases; patients; image; fraud; press.

## Introducción

Desde la creación en el año 1999 de FEDER, la Federación Española de Enfermedades Raras se ha producido una proliferación de organizaciones relacionadas con enfermedades poco frecuentes que han contribuido a la visibilidad de dichas patologías. Existen más de 200 asociaciones que atienden y difunden estas enfermedades que afectan a un sector importante de la población española. Según esta Federación Española de Enfermedades Raras en España, FEDER<sup>1</sup>, existen en el país más de 3 millones de personas con enfermedades poco frecuentes. A estas patologías se les conoce también como “enfermedades huérfanas” por la ausencia de tratamiento o la falta de accesibilidad al mismo. En España, los enfermos manifiestan su desamparo desde el punto de vista sanitario y legislativo. “Según datos de FEDER, más del 40% no recibe tratamiento ni apoyo y casi un 27% ha recibido un diagnóstico erróneo. A ello se suma que el 36% considera escasa o nula la cobertura por parte de la Sanidad Pública. Sólo un 6% puede acceder a medicamentos huérfanos<sup>2</sup>, y más de la mitad de quienes tienen la posibilidad de tratarse con esta medicación tienen dificultades económicas para poder tratarse” (López Villafranca y Castillo Esparcia, 2017, p.14). Es la razón por la que la mayoría de estos pacientes buscan apoyo en las organizaciones o crean asociaciones o fundaciones para encontrar financiación a sus tratamientos.

Por otra parte, estas entidades necesitan de los medios de comunicación para conseguir difundir los objetivos. Pero esta influencia también puede ser utilizada por individuos que aprovechen la coyuntura para hacer de la enfermedad un instrumento de engaño y, de esta forma, manipular a los ciudadanos mediante la pena o creando compasión para otros propósitos que nada tienen que ver con la enfermedad. La representación es determinante para este colectivo de pacientes, pues la acción de sus públicos dependerá de la imagen que proyecten. Cambiar el imaginario colectivo no es tarea fácil cuando se conforma una imagen determinada en la mente de la ciudadanía.

<sup>1</sup> Página de la Federación Española de Enfermedades Raras, FEDER: <http://www.enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/enfermedades-raras-en-cifras> Fecha de consulta: 14/09/2017.

<sup>2</sup> Según EURORDIS, la Organización Europea de Enfermedades Raras, estos medicamentos se les llaman “huérfano” porque la industria farmacéutica tiene poco interés, bajo las condiciones normales del mercado, para desarrollar y poner en el mercado productos dirigidos solamente a una pequeña cantidad de pacientes que sufren de condiciones muy raras.

## Las enfermedades en la prensa

En las investigaciones y análisis realizados en los últimos años en prensa se concluye la necesidad de un periodismo especializado, que sea ejercido por un profesional cualificado que conozca con profundidad la temática (Chimeno, 2004; González Borja, 2004). La información sanitaria no se difunde por periodistas especializados y esto contribuye a que la información sobre salud sea difícil de interpretar y difundir por periodistas que cubren diversas áreas sin un conocimiento profundo de la temática. Según la Federación Mundial de Periodistas Científicos, los géneros periodísticos óptimos para divulgar la ciencia son la noticia, la crónica, el artículo de opinión y el reportaje de forma preferente (FMPC, 2011, p. 110). Son géneros que no se diferencian del resto de periodismo especializado y es la visión subjetiva de los periodistas o la línea editorial del medio quien define la relevancia o la invisibilidad de este tipo de información en su agenda diaria.

De forma habitual, en la prensa escrita se representa la enfermedad de manera negativa y alarmista, debido “a la búsqueda mediática de espectacularidad y sensacionalismo por parte de la prensa escrita- y por supuesto de otros medios masivos-, lo cual conduce a focalizar casi exclusivamente los escándalos, tragedias, los desastres que ocurren” (Menéndez y Di Pardo, 2008, p.10). Interesa la imagen compasiva o el escándalo provocado por estos casos mediáticos de enfermedades falsas que estigmatizan al resto de pacientes. En el análisis realizado por Pérez et al. (2002) sobre la evolución de la representación del Sida en los medios de comunicación durante 20 años, los autores comprueban que lo que más llama la atención de los medios analizados es la etiología y su propagación. Resultan secundarios temas tan vitales como conocer la enfermedad, divulgar su tratamiento o su prevención. Por investigaciones como las de este autor se podría deducir que los periodistas se limitan a cubrir, de forma efímera y acuciados por la rapidez, aquellos temas sanitarios que causan impacto, aunque sean singulares y sin profundizar en la problemática o la enfermedad.

Otro factor a resaltar es el poder de la imagen en prensa para atraer la atención de los ciudadanos en el caso de la difusión de la enfermedad, ya que “la imagen es uno de los lenguajes de la comunicación más apropiados para reflejar la expresividad del sufrimiento y del dolor” (Linde Navas 2005, p. 2). Sobre todo las fotografías y las apariciones televisivas pueden tener un valor informativo, pero por otra parte divulgar imágenes de sufrimiento puede contribuir a generar morbo y, de forma complementaria



ria, contribuyen a fomentar la solidaridad de los ciudadanos con el paciente. Por desgracia, también pueden resultar muy convincentes para quienes se aprovechan de la solidaridad de los demás fingiendo una gravedad en el estado de salud. Atendiendo al código deontológico de la FAFE<sup>3</sup>, Federación de Asociaciones de la Prensa, el periodista ha de tener un compromiso con la búsqueda de la verdad y no podrá publicar material informativo falso, engañoso o deformado para lo que debe contrastar las fuentes. Pero es uno de los graves errores de los medios de comunicación en la actualidad porque con casos como los que ocupa nuestra investigación se demuestra que no se verifican las fuentes y se difunden falsos casos de pacientes que pueden afectar de forma muy grave al resto de afectados que padecen dichas patologías.

### **La representación de los pacientes con ER**

En los últimos diez años los investigadores académicos han profundizado en el estudio de la imagen de los pacientes con enfermedades raras en los medios de comunicación (Bañón, 2007; Villa et al., 2014; Sánchez Castillo, 2013; López Villafranca, 2016; Sánchez Hernández, 2016; López Villafranca y Castillo Esparcia, 2017). Son diversas las metodologías y análisis realizados que nos muestran a través del estudio científico la representación de los pacientes con enfermedades minoritarias. Así pues, Bañón (2007) llevó a cabo mediante la técnica del Análisis Crítico del Discurso una investigación sobre la representación social de estos enfermos en los medios de comunicación. El autor determinaba que estos pacientes son “considerados como un colectivo minoritario con escasa capacidad, por lo normal, para ejercer una influencia importante en los asuntos políticos o sociales. Por lo que han sido sistemáticamente excluidos de los foros de discusión más importantes” (Bañón, 2007, p. 222). El Observatorio sobre Enfermedades Raras, OBSER, realiza una investigación minuciosa sobre la representación de la enfermedad empoderada gracias al intenso trabajo desde el movimiento asociativo de las enfermedades poco frecuentes. Entre las aportaciones más notables figura la de Villa et al. (2014, p. 2), que consideran que la presencia de las noticias que aparecen en los medios es “ecoica”; es decir, de repetición de informaciones de agencias de prensa y menos profundización de la situación real de las enfermedades poco frecuentes.

Entre las investigaciones que aplican la teoría del framing se encuentran las de Sánchez Castillo (2012, 2013) y López Villafranca (2016). Sánchez Castillo (2012) analiza la representación visual de las enfermedades raras en la prensa española, y considera de gran relevancia los efectos de tipo cognitivo que pueden alterar la percepción del público de la información narrada. El análisis que realiza López- Villafranca (2016) sobre los frames visuales en prensa y televisión que generan los pacientes con enfermedades raras concluye que estos medios las noticias en prensa muestran a pacientes en lugares públicos con fines reivindicativos o mostrando situaciones que afectan a los enfermos de forma colectiva. Por otra parte, “las enfermedades raras aún no son objeto de noticia de forma continuada, centrando la atención en ellas mayormente en periodos coincidentes con distintas celebraciones” (Sánchez Hernández, 2016, p. 242). En cierta forma la responsabilidad recae en los profesionales de los medios de comunicación, ya que “los malos hábitos, las malas prácticas, la información difuminada puede ser intencionada o no, pero los profesionales de los medios son responsables del mensaje” (Hernández y Requena, 2014, p. 182).

### **Objetivos y metodología**

El objetivo de esta investigación es analizar la difusión de estos dos casos en prensa y comprobar su relación con términos negativos.

Para complementar el objetivo principal, tenemos en cuenta los siguientes objetivos secundarios:

1. Analizar el tratamiento que se le da al titular y al texto, averiguar dónde se localizan en el diario y si se vinculan los aspectos negativos de la estafa con la enfermedad.
2. Examinar las fuentes predominantes y comprobar si el resto de pacientes también tienen protagonismo para dar su versión sobre la patología.
3. Describir las imágenes y vídeos que aparecen en las unidades de análisis y concluir cómo se representa a los pacientes en dichas informaciones.

La metodología utilizada para comprobar el tratamiento de estas noticias es el análisis de contenido, que se circunscribe a los periódicos con mayor difusión según la Oficina de Justificación de la Difusión en España, OJD. El análisis de contenido es desde hace más de medio siglo una de las técnicas más utilizadas. Es “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” (Berelson, 1952, p.18).

<sup>3</sup> Se hace mención a uno de los principios básicos del código deontológico de la FAFE, Federación de Asociaciones de la Prensa, que se encuentra disponible en la página web: <http://fape.es/home/codigo-deontologico/> Fecha de consulta: 25/12/2017.

### Procedimiento de muestreo

Se selecciona la muestra en los tres diarios que tienen mayor promedio de difusión según OJD: El País, El Mundo y La Vanguardia. Para llevar a cabo la selección se han utilizado los motores de búsqueda del rotativo en internet.

El periodo de análisis abarca desde diciembre de 2016 a enero de 2017 (Caso Nadia) y de marzo a abril de 2017 (Caso Paco Sanz), que es cuando se destaparon dichos fraudes (Caso Nadia- 2 de diciembre de 2016 y el Caso de Paco Sanz o “El hombre de los 2000 tumores” – 8 de marzo de 2017), además de ser el periodo en el que tuvieron un mayor impacto mediático.

### Unidad de análisis

Diario	Promedio de difusión
<i>El País</i>	194.005
<i>La Vanguardia</i>	114.960
<i>El Mundo</i>	108.386

Fuente: elaboración propia. OJD Enero- Diciembre 2016

**Tabla 1.** Diarios seleccionados por su difusión

La unidad de análisis es la unidad informativa, texto o imagen que hace referencia a esta temática. En el texto escrito se analizarán noticias, entrevistas, reportajes y artículos de opinión y en las imágenes se analizará la aparición de los personajes y descripción temática de las mismas.

### VARIABLES DE ANÁLISIS

Se analizará porcentaje de noticias en cada uno de los diarios, titular (positivo, negativo, neutro), sección (actualidad, sociedad, sucesos, etc.), género utilizado (noticia, reportaje, entrevista, artículo de opinión), importancia de la enfermedad en la pieza (se habla de ella, no se menciona, se habla negativamente de la enfermedad según el sistema de categorías que explicamos posteriormente), tipología de las fuentes de las que se obtiene la información (fuentes policiales, políticos, personalidades, científicos, médicos, instituciones relacionadas con las enfermedades raras, miembros de las asociaciones, Feder, otros), imágenes tipología (fotografía, imagen ob-

tenida de un vídeo, gráficos y temática de las mismas), palabras claves frecuentes.

Entre las variables de análisis figura también la categorización de las informaciones, que tiene en cuenta su orden ascendente y se base en el análisis realizado por Muñoz et al. (2011), que clasifica las unidades informativas encuadrándolas cuando tenían más de una categoría en la de mayor rango:

1. Categoría 0: unidades en las que no se nombra la enfermedad.
2. Categoría A: unidades en las que se habla negativamente de la enfermedad.
3. Categoría B: unidades en las que se habla de forma neutra de la enfermedad.
4. Categoría C: unidades en las que se habla de forma positiva de la enfermedad.

### Análisis y discusión de resultados

Tras realizar una búsqueda en la versión digital de los periódicos encontramos 86 noticias sobre el “Caso Nadia” y 27 noticias sobre el “Caso Paco Sanz” en los tres diarios: El País, La Vanguardia y El Mundo. Se trata de informaciones, (habitualmente noticias), relacionadas con el descubrimiento del fraude realizado por Paco Sanz, que engañó a famosos y a anónimos alegando que necesitaba dinero para un tratamiento inexistente, además de burlarse de quienes donaron para su causa. Del mismo modo, las noticias del caso Nadia se centran en la detención de los padres de la niña, que utilizaron la enfermedad de su hija para recaudar dinero con fines lucrativos.

En el caso de Nadia, el 61% de la piezas se encuentra en La Vanguardia, el 23% en El País y el 16% en El Mundo. El análisis del caso de Paco Sanz muestra que el 63% se localiza en el diario La Vanguardia, el 27% en El Mundo y el 10% en el diario El País. El diario que más ha tratado ambas estafas ha sido La Vanguardia, sobre todo por su sección de Televisión y Vida, que comenta los espacios televisivos que han realizado un seguimiento de dichos fraudes.

Con respecto a los titulares, en las noticias sobre Nadia, el 78% de los titulares es negativo frente al 20% de titulares neutros y el 2% positivos. En el caso de Paco Sanz el 100% de los titulares es negativo, se relaciona únicamente con hechos negativos, acciones que realiza el presunto estafador. En este último caso de análisis no existe un solo titular neutro y la estafa se relaciona con la enfermedad, sin dejar claro en la mayoría de las ocasiones cuáles son los síntomas de esta enfermedad y si dicha patología en un grado más severo puede afectar a



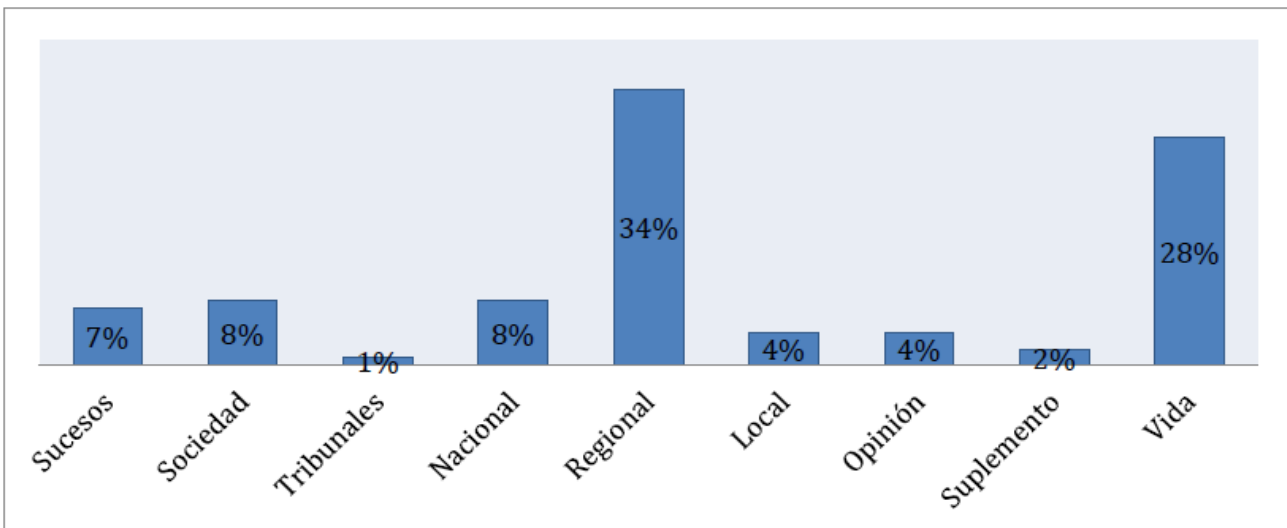
la calidad de vida del paciente.

Entre los géneros más destacados en el análisis de ambos casos, en el caso Nadia el más común es la noticia en el 92% y el resto, 8%, pertenece al género de opinión. En el de Sanz hay un 97% de noticias y un 3% de editoriales. Con respecto a los editoriales, la estafa se trata como un fenómeno sobre el que reflexionar en relación con la imagen lastimera de los pacientes y se profundiza en la picaresca del personaje o de los padres de la niña para aprovechar el padecimiento de la enfermedad con el fin de lucrarse.

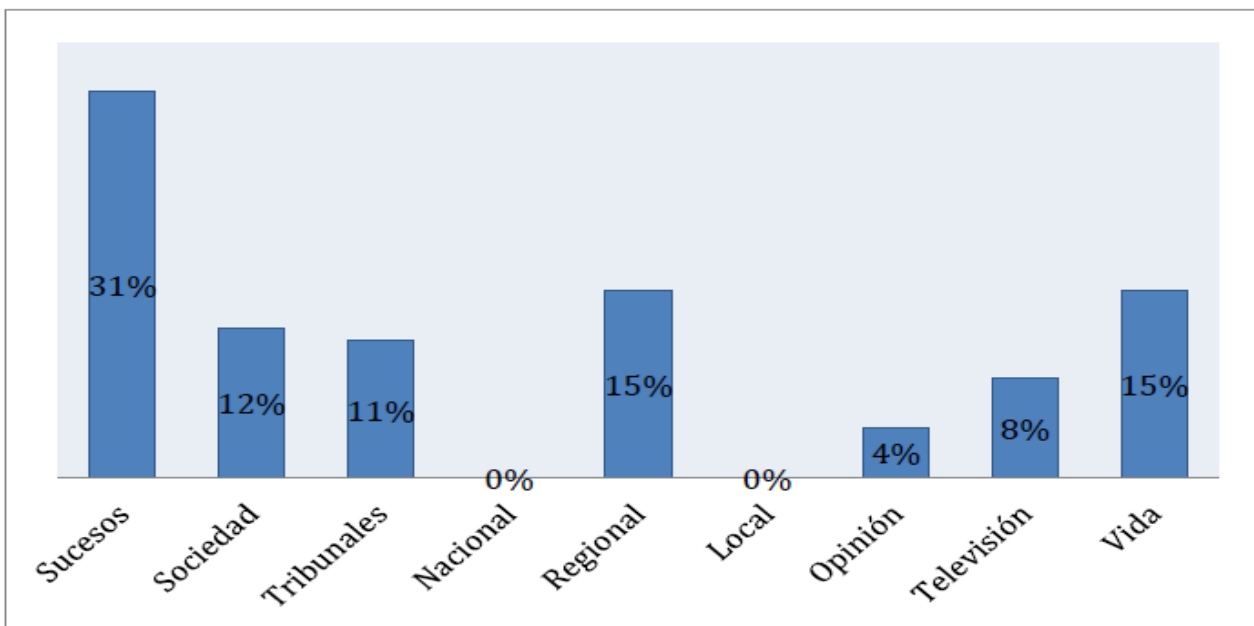
En el análisis de las secciones de los periódicos analizados, destacamos que en la mayor parte de las noticias del caso Nadia, el 34% aparece en la sección Regional, el 28% en la sección Vida (esta sección se encuentra en La

Vanguardia), el 8% en Sociedad, el mismo número, 8% en Nacional y el 7% en Sucesos (sección de La Vanguardia). Además de distribuirse en otras secciones como vemos en el Gráfico 1.

Sin embargo, en las noticias de Paco Sanz, el 31% de las noticias se sitúa en Sucesos y hay que destacar que el 15% aparece en la sección Vida, que es una sección especial de La Vanguardia y el 15% se encuentra en Regional. Esta información no aparece en ningún apartado de Salud. El 11% de las noticias se trata como un tema de Tribunales (en El País), el 12% en Sociedad, que es el gran cajón de sastre de las piezas que no tienen cabida en otras secciones y hay un 8% de noticias en Televisión (sección específica del diario El Mundo) y un 4% en Opinión (Gráfico 2).



**Gráfico 1.** Secciones de las piezas del caso Nadia. Fuente: elaboración propia.



**Gráfico 2.** Secciones de las piezas en el caso Paco Sanz. Fuente: elaboración propia.

La categoría de las piezas según la catalogación realizada en la metodología, se divide en los siguientes resultados:

1. Categoría 0: el 33% de las noticias del caso Nadia pertenecen a esta categoría. El 23% de las piezas del caso Paco Sanz obedece a esta categoría. En la noticia ni siquiera se hace referencia a la enfermedad.

2. Categoría A: en el caso Nadia no hay una sola pieza en la que se hable negativamente de la enfermedad. En el caso Paco Sanz, el 4% de las piezas se refiere negativamente a la enfermedad o se minimiza la patología por haber hecho uso de ella en la estafa del paciente.

3. Categoría B: a esta categoría pertenecen el 58% de las noticias del caso Nadia, mientras que en el caso Sanz hay un 65% de las piezas en las que se trata la enfermedad de forma neutra, aunque tampoco se profundiza en ella.

4. Categoría C: sólo el 9% de las noticias habla de forma positiva o constructiva de la enfermedad en el caso de Nadia y en el caso Sanz el 8% de las noticias explica la patología de forma positiva y constructiva y aclara cuál es su sintomatología.

Entre las fuentes a las que se recurre para obtener la información, en el caso Nadia destacan las fuentes

judiciales, que aparecen en el 55% de las piezas y junto a las fuentes policiales, 35%, son las más habituales. También se da protagonismo a los padres de la paciente que ofrecen su versión en un 27% de las piezas. Sólo se habla en un 6% con miembros de las asociaciones, se consulta con los científicos en un 5% de las piezas o con fuentes sanitarias en el 1% de las informaciones. En este caso, los políticos son fuentes oficiales en un 7% de las unidades de análisis (Gráfico 3).

En el caso Paco Sanz las fuentes mayoritarias son las policiales, que aparecen en el 58% de las piezas junto al 22% de las personalidades que hablan sobre el caso de forma negativa y, junto al resto de estafados, 12%, también forman un número significativo. Se le da protagonismo a las víctimas. Sin embargo no se le da voz al resto de pacientes afectados por la enfermedad o a fuentes relacionadas con las enfermedades raras, que sólo aparecen en un 4% de las piezas. Las declaraciones del protagonista y su abogado también se recogen en las informaciones. Las fuentes a las que también se presta menor atención son las del entorno de los afectados, que aparecen en el 4% de las piezas, como vemos en el Gráfico 4.

Las palabras más frecuentes sobre las noticias de

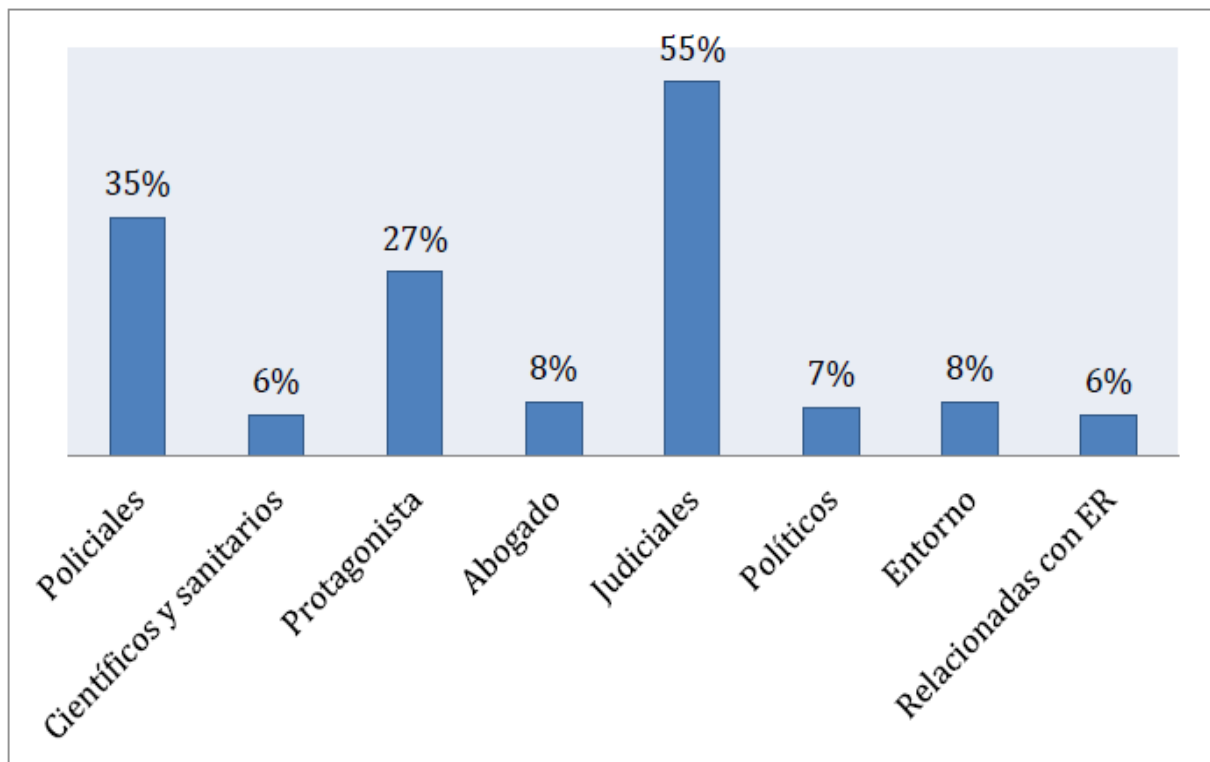
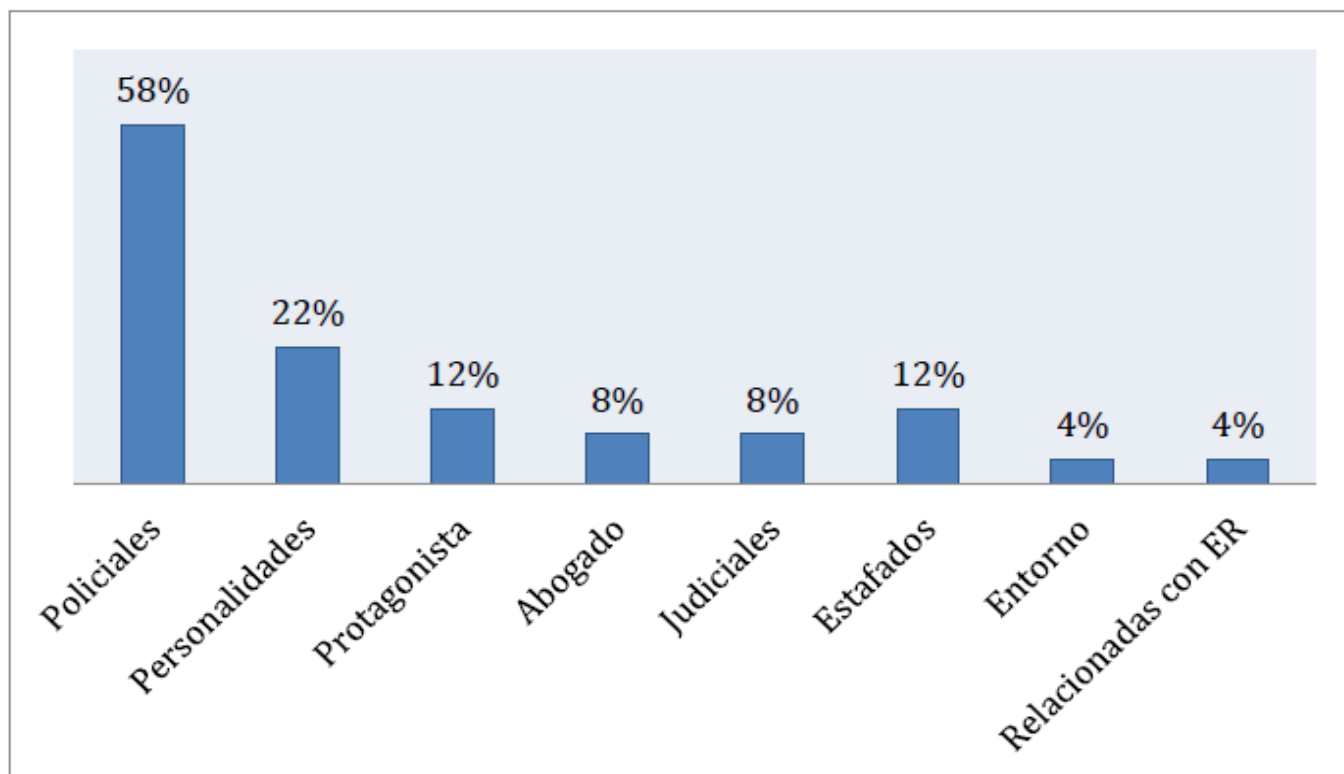


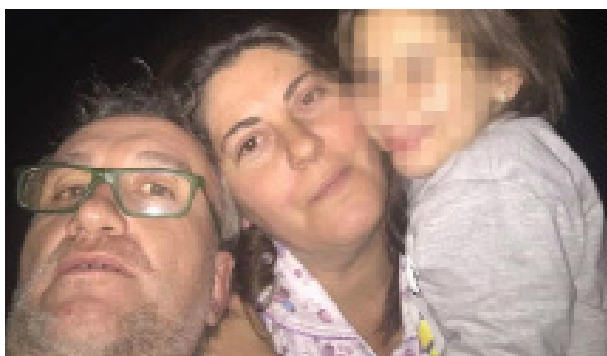
Gráfico 3. Fuentes más consultadas en el caso Nadia. Fuente: elaboración propia.



**Gráfico** . Fuentes más consultadas en el caso Paco Sanz. Fuente: elaboración propia.

Nadia son “detención”, en el 81% de las informaciones, “estafa” en el 76% y “enfermedades raras” en el 69%. Entre las palabras más frecuentes en el caso Paco Sanz destacan “estafa” y “dinero” en todas las unidades de análisis, “enfermedades raras” en el 60% de las piezas, “detención” y “mentira” en el 85%, “blanqueo” en el 66% y “asociación” en el 37%. Otras palabras utilizadas en ambas informaciones son “prisión” y “donativos”.

El 67% de las noticias de Nadia tienen fotografías, el 12% vídeos (que aparecen en la sección digital del periódico), el 2% foto más vídeo y en el resto no hay imágenes. En el caso Nadia el 40% de las imágenes que aparecen son de los progenitores con la niña con la cara pixelada,



**Imagen 1.** Los padres de Nadia con la niña en una imagen de archivo. Fuente: La Vanguardia (01/01/2017)

le sigue en un 32% de los padres detenidos o declarando en los juzgados, el 10% trata de la madre perseguida por la prensa, otro 10% de la fundación Nadia (buzón o web de la fundación) y finalmente, el 3% representa a los familiares de Nadia, la abuela y el tío de la niña.

En el caso Paco Sanz, el 30% de las piezas tienen sólo fotografías, un 40% fotografías más vídeos y el resto no tiene imágenes. La temática más habitual es la de Paco Sanz burlándose de los donantes en vídeos que muestran la trama urdida por el presunto estafador y su



El supuesto enfermo de síndrome de Cowden, Paco Sanz, en una de sus grabaciones hechas.

**Imagen 2.** Vídeo sobre el presunto estafador Paco Sanz burlándose de los donantes en una revisión hospitalaria. Fuente: El País (28/03/2017)



entorno cercano. Así aparece en el 25% de los vídeos. Otra de las temáticas es la que muestra a Paco Sanz detenido en el 24% de las piezas analizadas. Declarando su inocencia es la temática del 19% de estas imágenes. En el 10% aparecen personalidades estafadas por Paco Sanz, como el humorista Santiago Rodríguez, el actor y director Santiago Segura y el presentador Dani Mateo. Además podemos ver a Sanz en un 5% de las piezas analizadas ofreciendo una imagen compasiva mostrando su alopecia benigna. Otra de las imágenes que aparece es la de su novia, en el 5% de las informaciones y en otro 5% aparece el entorno cercano a Sanz.

## Conclusiones

Tras el análisis realizado en la presente investigación llegamos a la conclusión de que la aparición de ambos casos puede dañar la imagen del colectivo de pacientes, ya que la mayoría de los titulares de las informaciones son negativos y se relaciona la enfermedad con las acciones de pacientes o familiares que han realizado las estafas. Lo cierto es que se produce una evolución de la imagen de los pacientes durante estos años, aunque parece que la imagen de las organizaciones ha sufrido un revés con la aparición de este tipo de fraudes que son objeto de nuestro análisis. Las piezas analizadas se vinculan a secciones como Sucesos, Regional o en apartados específicos de medios de comunicación (Televisión), donde se produce una espectacularización de la enfermedad y de quienes las padecen. Las fuentes más consultadas son las judiciales y las policiales porque es un caso de estafa, pero no se da oportunidad en la mayoría de las informaciones a que se expresen las organizaciones de ER, lo que deja poco margen a estas asociaciones para explicar la patología y para desvincularse de este caso. Y, por otra parte, el número de piezas en las que aparece la fuente científica o sanitaria es insignificante. Las palabras más frecuentes son negativas vinculadas a las enfermedades raras. Hay que señalar que tanto la fotografía y las apariciones televisivas de los pacientes pueden ser decisivas para conseguir adhesiones a la causa. En el caso de la investigación que nos ocupa, las imágenes son lastimeras, en el caso de Nadia y Paco Sanz cuando aparece en el hospital y muy negativa cuando paciente y familiares de la niña (Caso Nadia) aparecen a la entrada de las puertas de los juzgados.

Por otra parte, tenemos que hacer mención a la categorización de las piezas por Muñoz et al. (2011). En estas informaciones o no se menciona la enfermedad o cuando se hace, tanto en el caso de Nadia como en el de Paco

Sanz, no se profundiza en las patologías. La mayoría de las piezas trata de forma muy superficial las enfermedades, un hecho que no contribuye al conocimiento real de las mismas.

Finalmente, estos resultados han de tratarse con la cautela debida, haciendo necesario aplicar metodologías más exhaustivas, aunque podría desarrollarse de forma más minuciosa a través de una serie de investigaciones que profundizaran sobre lo que opina el colectivo sobre estas informaciones y averiguando si existe un protocolo para evitar que se repitan estos casos. Por otra parte, en futuras investigaciones podrían realizarse entrevistas a profesionales de los medios de comunicación que podrían arrojar luz sobre los errores cometidos y las rutinas instauradas en los medios de comunicación para que no se volvieran a repetir la difusión de fraudes de este calibre.

## Referencias Bibliográfica

- Banón Hernández, A. (2007). Las Enfermedades Raras y su representación discursiva. Propuestas para un análisis crítico. *Discurso & Sociedad*, 1(2), 188-229.
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Nueva York: The Free Press.
- Chimeno, S. (2004). "Información sobre salud, sanidad y medicina". En: Fernández del Moral, J. (coord.). *Periodismo especializado*. Barcelona: Ariel Comunicación, 433-451.
- Federación Mundial de Periodistas Científicos (2011). *Divulgar la ciencia*. Curso de periodismo científico. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- González Borja, A. (2004). Salud, información periodística especializada en alza. *Ámbitos*, 11-12, 301-310.
- Hernández, B., Antonio, M. y Requena Romero, S. (2014). La representación de las enfermedades poco frecuentes en el discurso periodístico español. Propuestas para el análisis. *Pragmática Sociocultural/Sociocultural Pragmatics*, 8 (2), 180-222.
- Linde Navas, A. (2005). Reflexiones sobre los efectos de las imágenes de dolor, muerte y sufrimiento en los espectadores. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 13(25).
- López Villafranca, P. (2016). Encuadre visual de las enfermedades raras en prensa y televisión. *Revista Española de Comunicación en Salud*. AECS, 2(7), 215-228.
- López Villafranca, P. y Castillo Esparcia, A. (2017). *Comunicación y Enfermedades Raras*. La gestión de la comunicación de las organizaciones de Pacientes. Covilhã. Portugal: Editora LabCom.IPF

Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. B. (2008). La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. *Salud colectiva*, 4(1), 9-30.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173.

Pérez, N., y Vladimir, E. A. y Revuelta, G. (2002). El sida en los medios de comunicación: análisis comparativo El País, La Vanguardia y The New York Times en los 20 años de historia de la enfermedad (1981-2001). *Quark*, (24), 48-61.

Sánchez Castillo S. (2013). Las enfermedades raras en la prensa española: una aproximación empírica desde la teoría del framing. *Ambitos: Revista internacional de comunicación*, (22), 71-80.

Sánchez Castillo, S. (2012). Representación social de las enfermedades raras en la prensa española. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, (54), 1.

Sánchez-Hernández, F. (2016). Análisis sobre los contenidos de enfermedades raras en la prensa escrita española. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, 7(2).

Villa, À. À., Llombart, B. E., Solanillo, C. F., Queralt, A. R. y Castillo, S. S. (2014). *Las Enfermedades Raras en los Medios*. Madrid: Observatorio de Enfermedades Raras, OBSER.

## Conocimiento y actitudes hacia el virus del papiloma humano en una población de universitarios españoles

## Knowledge and attitudes towards human papillomavirus in a population of Spanish university students

Luz Martínez-Martínez<sup>a</sup>, Ubaldo Cuesta Cambra<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Cátedra Comunicación y Salud, Universidad Complutense de Madrid, España

### Resumen

El virus del papiloma humano se relaciona con varios tipos de cáncer como el de cuello de útero (CCU), orofaringe, pene o ano. Más de 4.000 mujeres mueren al año por CCU en EEUU y más de 2.000 en España a pesar de la vacunación y aunque estos cánceres son prevenibles mediante la prevención y detección precoz. Por lo tanto, el conocimiento y comprensión del VPH son vitales para su prevención y normalización. Este trabajo evalúa el conocimiento de los jóvenes sobre el VPH, su actitud hacia las revisiones o a hablar de él. Se realizó un diseño descriptivo transversal con jóvenes universitarios. Los participantes mostraron un bajo conocimiento sobre el VPH, sobre su transmisión, detección y medidas preventivas. Muchos no saben que afecta a hombres o su relación con el CCU. No creen que las revisiones sean importantes y sienten vergüenza de hablar del VPH o de que sepan que lo padecen. Los datos muestran la necesidad de complementar las campañas de vacunación con intervenciones informativas y de comunicación sexual entre jóvenes y padres, la necesidad de campañas para la concienciación sobre las revisiones y comprensión de la enfermedad que ayuden a su normalización.

Palabras clave: Virus Papiloma Humano; salud pública; prevención de enfermedades; jóvenes; enfermedades de transmisión sexual.

### Abstract

Human Papillomavirus is related to various types of cancer such as cervical cancer, oropharyngeal, penis and anus. More than 4.000 women died per year because of cervical cancer in EEUU and over 2.000 in Spain despite vaccination and although these cancers are preventable through prevention and early detection. Therefore, knowledge and understanding of HPV are vital for its prevention and its normalization. This work evaluates young people's knowledge about HPV, their attitude toward reviews, or discusses HPV. A transversal descriptive design was carried out with university students. Young people showed low knowledge about HPV, its transmission, detection and preventive steps. Many do not know its affection to men or their relationship with cervical cancer. Young people do not think the check-ups are important and they feel embarrassed about talking about HPV or if others know they are affected by it. Data shows the need to complement vaccination campaigns with informative and sexual communication interventions among young people and parents, and the need of campaigns for the awareness of the check-ups and the understanding of the disease to help to its normalization.

Keywords: Human Papillomavirus; Public health; Preventive healthcare; Health promotion; young people; sexual transmitted diseases.



## Introducción

**E**l virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más común en el mundo (OMS, 2015), y puede causar una infección leve que el organismo superará, verrugas que pueden ser tratadas o lesiones pre-cancerígenas que se pueden desarrollar en un cáncer de cuello de útero (CCU) y otros (vagina, vulva, pene, ano y orofaringe). El 70% de los cánceres de cuello de útero (CCU), cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel global, contienen el VPH (Tipo 16 y Tipo 18). Cada año 527.624 mujeres son diagnosticadas de cáncer cervical y 265.672 mueren por esta enfermedad (Bruni et al., 2017). En 2017 en EEUU se prevén 12.820 nuevos casos de CCU y más de 4.000 muertes (Siegel et al., 2017). Estudios recientes sobre la prevalencia del VPH y la vacunación en hombres adultos en EEUU (Han, Beltran, Song, Klaric & Choi, 2017) han descubierto que alrededor del 45% de hombres estaban infectados, con el riesgo de contagiar a otros o sufrir cáncer de ano (el 95% están causados por el VPH), de garganta, boca y de pene (63% relacionado con el VPH).

El estudio también reveló una ausencia alta de hombres vacunados (sólo el 11% de los 1.886 participantes). En España, según el último informe realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017), las incidencias de cáncer han aumentado un 15% desde 2012, más de lo previsto en las estimaciones realizadas para 2020 (246.713) que ya fueron alcanzadas en 2015 (247.713) y los tumores en el cérvix contaban ya con 2.399 casos (Galcerán et al., 2017).

Para la prevención del VPH se recomienda el uso del preservativo, aunque sólo ofrece un 60%-70% de protección al haber contacto de zonas genitales no cubiertas por el mismo, la vacunación, la realización de citologías mediante la técnica del Papanicolau que detecta posibles alteraciones derivadas de la infección persistente del VPH y la prueba de ADN del virus, para detectar presencia y tipo de virus específico. A finales de 2012, 45 países habían implantado la vacunación contra el VPH (OMS, 2015).

En España la vacuna Gardasil, que protege contra dos genotipos de alto riesgo y dos de bajo, se introdujo en 2007 en el calendario de vacunas aunque sólo

recomendado para niñas de 11 a 13 años, rectificado en 2015 a 14 años (de Programa y de Vacunaciones, 2016), mientras que las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer son para hombres y mujeres y hasta los 26 años (American Cancer Society, 2017).

Una de las principales características de estos cánceres relacionados con el VPH es que son totalmente prevenibles gracias a la prevención y la detección a tiempo. La infección con VPH tardarán de 10 a 20 años en desarrollarse en CCU, la mayor incidencia de estos cánceres se da a partir de los 35 – 40 años por lo que la prevención y detección en los primeros estadios de la enfermedad evitará su desarrollo en un posible cáncer (OMS, 2015).

En España, la prevalencia global de infección por el virus del papiloma humano en población de 18-65 años es de un 14% y va ascendiendo a medida que desciende la edad, llegando al 29% entre los 18 a 25 años, grupo con mayor afección por el VPH y con una vida sexual activa (Castellsaque, Iftner, Roura, Vidart & Kjaer, 2012).

Por estos motivos, tanto el conocimiento de la enfermedad como ofrecer información que ayude a su comprensión, su prevención y detección son cruciales (Chan, Cheung & Chung, 2009), sin embargo el conocimiento sobre el VPH entre los jóvenes sigue siendo bajo o se limita a la existencia de la vacuna (Navarro-Illana, Diez-Domingo, Navarro-Illana, Tuells, Alemán & Puig-Barberá, 2014; Bustamante-Ramos, Martínez-Sánchez, Tenahua-Quitl, Jiménez & López-Mandoza, 2015; Medina, Medina y Meriño, 2014) como demostró el estudio de Stephens y Thomas (2014) en el que la mayoría de las jóvenes conocían la vacuna pero sabían poco sobre la enfermedad en sí. Este desconocimiento es un importante factor de riesgo tanto para adquirir el VPH como para su desarrollo en un futuro cáncer.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar el nivel de conocimiento y prevención de los jóvenes menores de 25 años (generaciones que han recibido la vacuna dentro del calendario anual de vacunación y grupo con mayor incidencia de infecciones por el virus) sobre el VPH, su actitud hacia las revisiones o sobre hablar del VPH, que nos permita mejorar las intervenciones enfocadas a la comprensión, a la normalización y a la prevención de la enfermedad.

## Método

### Diseño

Se realizó un diseño descriptivo transversal en jóvenes universitarios para el análisis de los datos obtenidos mediante un cuestionario con preguntas abiertas que nos permitieran la obtención de datos cualitativos y preguntas en escala Likert para los datos cuantitativos y que recogía el conocimiento, las valoraciones y actitudes de los jóvenes sobre el VPH.

### Participantes

En el presente estudio participaron de manera anónima y voluntaria 114 estudiantes de grado de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid (U.C.M) de entre 18 a 23 años (M=19,18; SD=1,46), siendo 86 mujeres (75%) y 28 hombres (25%).

### Instrumentos

Para la obtención de los datos se creó un cuestionario de 15 preguntas basadas en investigaciones previas (Murphy, Frank, Moran & Patnoe-Woodley, 2011; Murphy, Frank, Chatterjee & Beazconde-Garbanati, 2013).

**Conocimiento.** Se evaluaron los conocimientos sobre el VPH en aspectos como definición, tipos, contagio, prevención, afección y su relación con el cáncer de cuello de útero. La evaluación se realizó mediante un cuestionario de 9 preguntas con un formato de final abierto adaptado de otras investigaciones (Murphy et al., 2013), algunos de los ítems utilizados fueron “¿Qué es el VPH?”, “¿Cómo se contagia el VPH?” o “¿A quién afecta?”.

Las respuestas fueron codificadas en una lista de posibles respuestas correctas (por ejemplo, “a todos” y “a hombres y mujeres” se tomarían como respuestas correctas para la pregunta a quién afecta el VPH), puntuando 1 las respuestas correctas y 0 las incorrectas. El coeficiente Alfa de Cronbach de la fiabilidad de la escala fue .63.

**Actitud.** La actitud de los participantes hacia realizarse revisiones, a hablar del VPH o sobre padecerlo fue medida mediante una escala Likert de 7 puntos, (1= totalmente para nada y 7=totalmente), adaptada de otras investigaciones (Murphy et al., 2011). Algunos ítems

utilizados fueron “Para mi es importante hacerme revisiones periódicas para el VPH”, “Para mi es importante tener apoyo de mi entorno en caso de tener VPH” o “Para mi es embarazoso hablar del VPH con mi familia”. El coeficiente Alfa de Cronbach de la fiabilidad de la escala fue .67.

Al final del cuestionario se utilizó una pregunta control para saber si estaban vacunados con las opciones SI/NO/NO LO SÉ.

### Procedimiento

Al principio de la sesión se les informó a los participantes de que nuestro estudio era sobre el VPH y que era de carácter anónimo y voluntario.

A continuación se les entregó el cuestionario para que lo cumplimentaran con la mayor brevedad posible, al principio del cuestionario se le pedía que proporcionaran información sobre su sexo, edad, nacionalidad y estado civil.

### Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados se realizaron Tablas de contingencia, las pruebas U de Mann-Whitney para la comparación de dos grupos o la de Kruskal-Wallis para tres grupos.

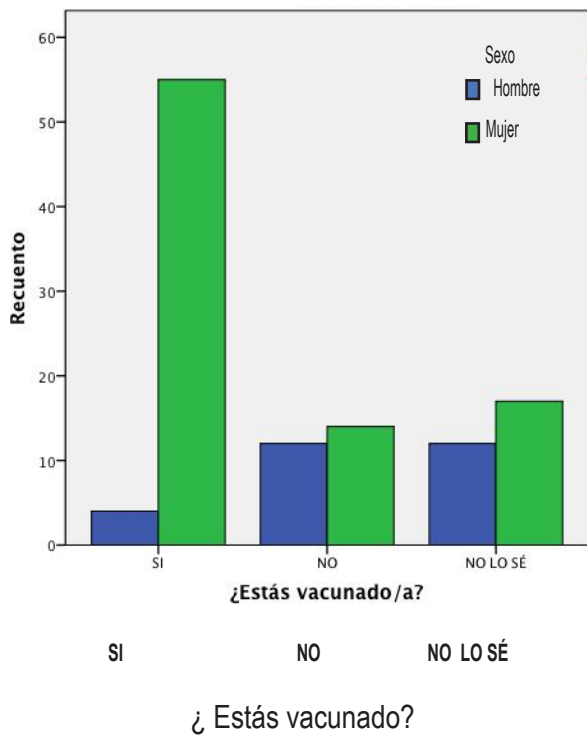
También se realizaron Correlaciones y Regresiones lineales para estimar el tipo de relación entre distintas variables como el conocimiento sobre el VPH y el sexo, la importancia de hacerse revisiones con el sexo o con la condición de estar vacunado. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 21.

## Resultados

### Conocimiento sobre estar vacunado

Aproximadamente la mitad de jóvenes encuestados (52%; n=59) afirmaron estar vacunados contra el VPH, mientras que un alto porcentaje dijo no estarlo (23%; n=26) o no saberlo (25%; n=29).

Entre el grupo de mujeres, el 64% sabían con seguridad si estaban vacunadas (n=55) frente a un 16% (n=14) que dijeron no estarlo y un 20% (n=17) que no lo sabían. En el caso de los hombres, sólo un 14% dijo estar vacunado (n=4) mientras que el resto dijo no estarlo (43%; n=12) o no saberlo (43%; n=12) (Figura 1).



**Figura 1.** Contingencia de estar vacunado por sexos

### Conocimiento sobre el VPH

Poco más de la mitad de los jóvenes (57%; n=65; 95% CI: 0.48-0.66) sabía que el VPH es una enfermedad de transmisión sexual. Existe una diferencia cerca de significativa en las respuestas según el sexo (p= .083), donde el 62% de las mujeres (n=53; 95% CI: 0.51-0.72) contestaron correctamente frente a un 43% de los hombres (n=12; 95% CI: 0.23-0.62). En la forma de contagiarse, el 63% (n=72; 95% CI: 0.54-0.72) de los jóvenes sabía que el VPH se transmite a través de la piel y/o por contacto en relaciones

sexuales. También aquí encontramos diferencias cerca de significativas (p = .098) entre mujeres (67%; n=58; 95 CI: 0.57-0.78) y hombres (50%; n=14; 95% CI: 0.30-0.70). El 44% de los jóvenes (n=39; 95% CI: 0.25-0.43) sabía que el VPH afecta a hombres y a mujeres, sin que existan diferencias significativas por sexo (p= .516). El 23% (n=26; 95% CI: 0.15-0.31) contestaron la citología como un medio para detectar el VPH, sin diferencias significativas entre hombres o mujeres (p= .218) y el 15% (n= 17; 95% CI: 0.08-0.22) sabía que el VPH puede tener síntomas visibles como las verrugas, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (p= .267). En relación a las medidas de prevención existentes frente al VPH, el 71% (n=81; 95% CI: 0.63-0.80) fue capaz de nombrar al menos una respuesta, en su mayoría el preservativo (43%; n=35), seguido por la vacuna (32%; n=26) y por la vacuna y el preservativo (12%; n= 10), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (p= .167). Sólo el 21% (n=24; 95% CI: 0.13-0.29) de los jóvenes sabía que el VPH está relacionado con el cáncer de cuello de útero, destaca el gran porcentaje de jóvenes (30%; n= 34) que contestaron que está relacionado con el SIDA, a pesar de estar vacunados (52%; n=17). En este caso, tampoco existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (p= .634). Por último, sólo el 2% de la muestra (n=2; 95% CI: 0.13-0.29) sabía alguna prueba de detección del VPH sugiriendo en ambos casos el Papanicolaou o Pap, que es el test de detección precoz del cáncer de cérvix, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (p= .401). (Tabla 1)

El análisis de correlaciones bilaterales mostró que,

**Tabla 1.** Conocimiento de los jóvenes sobre el VPH (n=114)

	CORRECTO (%)	INCORRECTO (%)
Qué es el VPH	65 (57%)	49 (43%)
Formas de contagio	72 (63%)	42 (37%)
A quién afecta	39 (34%)	75 (66%)
Detección del VPH	26 (23%)	88 (77%)
Síntomas visibles	17 (15%)	97 (85%)
Prevención	81 (71%)	33 (29%)
Relación con cáncer de cuello de útero	24 (21%)	90 (79%)
Papanicolaou	2 (2%)	112 (98%)



mientras que la correlación entre el sexo y el conocimiento era baja ( $r = .114$ ) y no significativa ( $p = .119$ ), entre la condición de estar vacunado, no estarlo o no saberlo y el conocimiento era significativa y cerca de moderada ( $r = -.239$ ;  $p = .010$ ), donde no estar vacunado o no saberlo mostró tener un efecto lineal negativo significativo sobre el conocimiento, aunque pequeño ( $R^2_{\text{corregida}} = .040$ ;  $\beta = -.220$ ;  $F = 5,720$ ;  $p = .018$ ; 95% CI:  $-.849$   $-.080$ ) (Tabla 2).

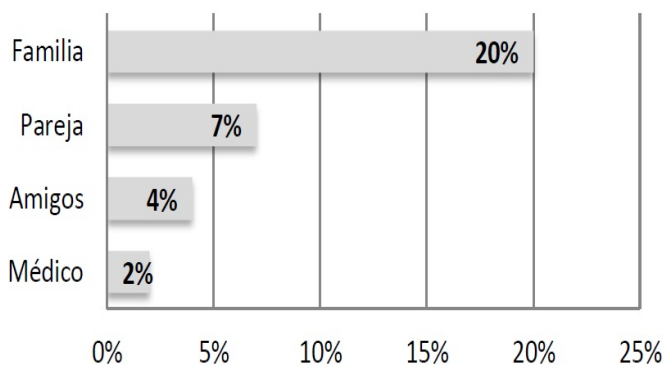
**Tabla 2.** Coeficientes<sup>a</sup> regresión lineal de estar vacunado sobre el conocimiento

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,666	,375		9,788	,000
1 ¿Estás vacunado/a?	-,465	,194	-,220	-2,392	,018

a. Variable dependiente: conocimiento

### Hablar sobre el VPH

Destaca que el 20% ( $n = 23$ ) de los jóvenes encuestados declaró como embarazoso hablar del VPH con sus familias. Hablar con la pareja sobre el VPH (7%) resultó más embarazoso que hacerlo con los amigos (4%). Por último, hablarlo con el médico fue lo menos embarazoso (2%), sin embargo este es el único ítem que mostró una diferencia significativa ( $p = .000$ ) por sexos donde un 26% ( $n = 15$ ) de las mujeres lo consideró de algo embarazoso a fuertemente embarazoso frente a ninguno en el caso de los hombres (Figura 2).



**Figura 2.** Valoraciones ítem “Cómo de embarazoso es habl del VPH”

### Importancia de revisiones para el VPH

Sólo un 17% ( $n = 20$ ) de los jóvenes valoró como importante o fuertemente importante hacerse revisiones periódicas para el VPH, esta diferencia resultó significativa por sexos ( $p = .001$ ), siendo más importante o fuertemente importante para las mujeres (21%;  $n = 18$ ) que para los hombres (7%;  $n = 2$ ). El análisis mostró una correlación moderada significativa entre la importancia de hacerse revisiones y el sexo ( $r = .313$ ;  $p = .001$ ) y una relación lineal aunque con un efecto pequeño ( $R^2_{\text{corregido}} = .084$ ;  $\beta = .303$ ;  $F = 11,328$ ;  $p = .001$ ; 95% CI:  $.472$   $1,82$ ).

También se encontró una diferencia significativa ( $p = .001$ ) entre los que están vacunados (24%;  $n = 14$ ), los que no lo están (4%;  $n = 1$ ) o los que no lo sabe (17%;  $n = 5$ ). En este caso, se encontró una correlación cerca de moderada y significativa ( $r = -.257$ ;  $p = .006$ ) entre la importancia de hacerse revisiones para el VPH y estar vacunado/a. Los datos también mostraron una relación directa de estar vacunado sobre la importancia de hacerse las pruebas aunque con un efecto pequeño ( $R^2_{\text{corregido}} = .050$ ;  $\beta = -.242$ ;  $p = .009$ ; 95% CI:  $-.824$   $-.118$ ). Por lo tanto podemos decir que las mujeres consideraron más importante hacerse revisiones periódicas para el VPH que los hombres, aunque el hecho de ser mujer mostró un efecto pequeño sobre esta percepción, del mismo modo, estar vacunado mostró un efecto sobre la importancia de realizarse revisiones aunque también pequeño (Tabla 3).

**Tabla 3.** Correlaciones bivariantes de importancia revisiones, condición vacunado y sexo.

	1	2	3
1. Importancia revisiones	-		
2. Vacunado	-.257**	-	
3. Sexo	.313**	-.394**	-

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

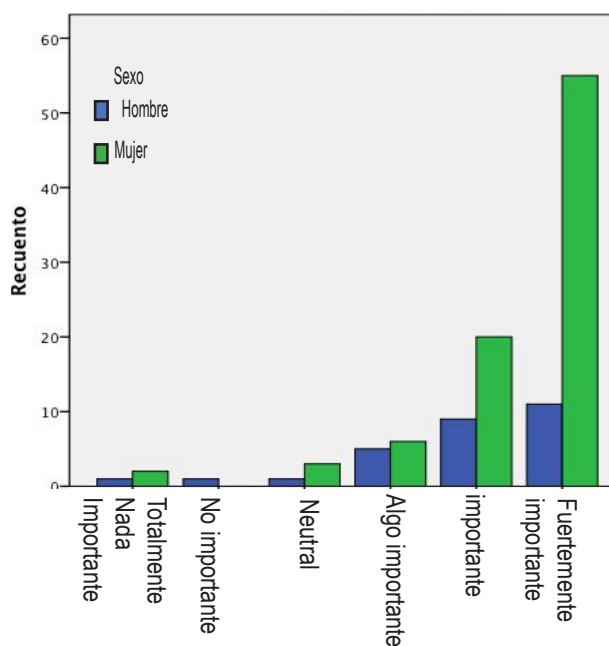
\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Percepción sobre tener el VPH

Para el 43% de los jóvenes ( $n = 49$ ) resultó embarazoso o fuertemente embarazoso que otros sepan que tienen el VPH y sólo un 11% ( $n = 12$ ) declararon que no era embarazoso o nada embarazoso, sin diferencias significativas por sexos ( $p = .631$ ). En el caso de padecerlo, la mayoría

de los jóvenes declaró que sería importante o fuertemente importante tener apoyo de su entorno (83%;  $n = 95$ ), con una diferencia significativa ( $p = .016$ ) por sexos donde las mujeres lo consideraron más importante (87%;  $n = 75$ ) que los hombres (71%;  $n = 20$ ) (Figura 3).

**Figura 3.** Importancia de tener apoyo del entorno en caso de tener el VPH por sexos



## Discusión

La presente investigación muestra un considerable desconocimiento de los jóvenes encuestados sobre si están vacunados o no contra el VPH, como se esperaba, el porcentaje de mujeres vacunadas es mucho mayor que de hombres, seguramente debido a la exclusión de estos últimos en los calendarios de vacunación. Este desconocimiento refleja por un lado, una falta de información ofrecida en los centros a la hora de vacunar a los niños y niñas, y por otro, una carencia de comunicación sobre educación sexual entre padres y jóvenes.

Estudios previos han revelado que en temas de educación sexual como el VPH, los jóvenes tienen vergüenza de hablar con sus padres por miedo a ciertos prejuicios aunque consideren que su opinión es importante ante decisiones como la toma de la vacuna del VPH (Stephen y Thomas, 2014). Este sentimiento también se refleja en el presente trabajo, donde la mayoría de los jóvenes indicaron como más embarazoso hablar sobre el VPH con sus familias que con sus amigos o pareja. Estos datos tam-

bién reflejan la importancia de los peers o amigos para tratar temas de salud sexual (FNUAP, 1998) con el riesgo de compartir información no contrastada y sin filtros de calidad que puede alimentar las falsas creencias sobre la enfermedad (Navarro-Illana et al., 2014).

Si bien los datos muestran un efecto positivo de estar vacunado/a sobre el conocimiento, en general vemos poco conocimiento de los jóvenes españoles sobre el VPH. Aunque poco más de la mitad pudo identificarlo como una enfermedad de transmisión sexual que se contagia por la piel, pocos saben que puede tener síntomas visibles como verrugas, que está relacionado con el CCU, de hecho un número considerable piensa que está relacionado con el SIDA o que afecta a hombres y a mujeres. Este desconocimiento o falsas creencias hacen que los jóvenes se conviertan en un grupo de alto riesgo al no tomar las medidas precisas de protección y que se alimenten falsos prejuicios (Medina et al., 2014; Stephens & Thomas, 2014). En el caso de la prevención, los jóvenes son más conscientes del uso del preservativo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual como el VPH o de la vacuna. Sin embargo, estos métodos no son suficientes pues el preservativo no cubre toda la zona genital y la vacuna sólo previene contra cuatro genotipos del VPH, por lo que estas medidas deben ser conjuntas y complementadas con otras como las revisiones periódicas y la adquisición de estilos de vida saludable (OMS, 2015). En este respecto, un dato alarmante es la baja percepción generalizada de la importancia de las revisiones periódicas para el VPH, medida que permite la detección a tiempo de una posible infección del VPH y su posible desarrollo en un futuro cáncer (Bernáldez, 2014). Para finalizar, el desconocimiento del VPH alimenta los prejuicios y la estigmatización de la enfermedad que puede hacer que los jóvenes sientan vergüenza de que otros sepan que tienen el VPH. Sin embargo, sobre todo para las mujeres, la mayoría de los jóvenes consideraron importante tener el apoyo de su entorno en caso de padecerlo.

## Conclusiones

Aunque la vacuna del VPH está incluida en el calendario anual de vacunaciones desde hace diez años de forma gratuita para niñas de 11-14, existe la necesidad de que los chicos también sean incluidos en este grupo de beneficiarios que permita no sólo protegerles frente al VPH sino también prevenir futuros contagios. Otra característi-

ca de la actual vacuna es que no protege contra todos los genotipos de alto riesgo del VPH, por lo tanto, las campañas de vacunación deben ir acompañadas de campañas informativas tanto para los jóvenes como para los padres, que ayuden a la comprensión y a la comunicación sobre el VPH. El alto desconocimiento mostrado por los jóvenes sobre el VPH muestra la necesidad de realizar intervenciones dirigidas especialmente a ellos que informen sobre el VPH en hombres, sobre medidas de prevención o factores de riesgo como el uso de anticonceptivos orales, las relaciones sin protección o una vida no saludable siguiendo recomendaciones de la OMS.

Por otro lado, las revisiones son esenciales para evitar el desarrollo del VPH en cáncer ya que permiten la detección precoz, sin embargo esta importancia no es percibida por los jóvenes, mostrando una clara necesidad de diseñar campañas de concienciación sobre este tema.. Por último, el desconocimiento sobre el VPH produce la estigmatización de la enfermedad que hace que los jóvenes sientan vergüenza de tenerlo o de hablar sobre él con entornos cercanos como la familia, por lo tanto se sugiere la creación de más intervenciones sobre el VPH que ayuden a su comprensión y normalización tanto de la enfermedad como de aquellos afectados/as por el virus. En este sentido, en busca de intervenciones más atractivas y accesibles para los jóvenes, proponemos la creación de futuras campañas y espacios especializados en nuevos medios habituales para este grupo poblacional como las redes sociales, donde mediante recursos multimedia, enlaces y consultas, se facilite la comprensión y difusión de la información sobre prevención, síntomas y pruebas, así como el diálogo y la interacción entre los jóvenes y entre jóvenes y profesionales.

## Referencias Bibliográficas

American Cancer Society. (2017). Cancer prevention & early detection facts & figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society; 2017.

Bernaldez, J. P. (2014). Actualización en el virus del papiloma humano. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 21(2), 67-75.

Bruni, L., Barrionuevo-Rosas, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F.X., & Sanjosé, S. (27 de julio de 2017). ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 27 July 2017, [Online]. Available: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>

Bustamante-Ramos, G. M., Martínez-Sánchez, A., Tena-hua-Quitl, I., Jiménez, C., & López-Mendoza, Y. (2015, October). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 76, No. 4, pp. 369-376). UNMSM. Facultad de Medicina.

Castellsagué, X., Iftner, T., Roura, E., Vidart, J. A., & Kjaer, S. K. (2012). Prevalence and Genotype Distribution of Human Papillomavirus Infection of the Cervix in Spain: The CLEOPATRE Study. *Journal of Medical Virology*, 84, 947-956.

Chan, S. S. C., Ng, B. H. Y., Lo, W. K., Cheung, T. H., & Chung, T. K. H. (2009). Adolescent Girls' Attitudes on Human Papillomavirus Vaccination. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22(2), 85-90.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1998). Estado de la población mundial 1998. Las nuevas generaciones. Nueva York: FNUAP.

Galceran, J., Ameijide, A., Carulla, M., Mateos, A., Quirós, J. R., Rojas, D., ... & Díaz, J. M. (2017). Cancer incidence in Spain, 2015. *Clinical and Translational Oncology*, 19(7), 799-825.

Han, J. J., Beltran, T. H., Song, J. W., Klaric, J., & Choi, Y. S. (2017). Prevalence of Genital Human Papillomavirus Infection and Human Papillomavirus Vaccination Rates Among US Adult Men: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2013-2014. *JAMA oncology*.

Medina, L., Medina, M., & Meriño, L. (2014). Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 34(4), 140-144.

Murphy, S. T., Frank, L. B., Chatterjee, J. S., & Baezconde-Garbanati, L. (2013). Narrative versus nonnarrative: The role of identification, transportation, and emotion in reducing health disparities. *Journal of Communication*, 63(1), 116-137.

Murphy, S., T., Frank, L., M., Moran, M., B., & Patnoe-Woodley, P. (junio de 2011). Involved, Transported or Emotional? Exploring the Determinants of Change in Knowledge, Attitudes and Behavior in Entertainment Education. *Journal of Communication*, Vol. 61, issue 3, pages 407-431.

Navarro-Illana, P., Diez-Domingo, J., Navarro-Illana, E., Tuells, J., Alemán, S., & Puig-Barberá, J. (2014). Knowled-

ge and attitudes of Spanish adolescent girls towards human papillomavirus infection: where to intervene to improve vaccination coverage. *BMC public health*, 14(1), 490.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Programa de Vacunaciones. (2016). Revisión del Calendario de Vacunación. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fedewa, S. A., Ahnen, D. J., Meester, R. G., Barzi, A., & Jemal, A. (2017). Colorectal cancer statistics, 2017. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(3), 177-193.

Sociedad Española de Oncología Médica. (2017) Las cifras del Cáncer en España 2017, [Online]. Available: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Esp\\_2017.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf)

Stephens, D. P., & Thomas, T. L. (2014). Social Networks Influence Hispanic College Women's HPV Vaccine Uptake Decision-Making Processes. *Women's Reproductive Health*, 1(2), 120-137.



## Análisis de contenidos: el cáncer de piel en los principales medios de prensa españoles

### Content analysis: skin cancer in Spanish media

Sonia Sánchez Ballester<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual, Universidad Carlos III de Madrid, España

#### Resumen

**Introducción:** la prensa digital tiene una gran responsabilidad en la información que ofrece sobre el cáncer de piel, dado que el 60% de los españoles asegura consultar sobre salud en internet. **Objetivos:** conocer el espacio que la prensa le dedica al cáncer de piel, comparar diferentes medios y determinar si la publicidad de protectores solares afecta a la información. **Métodos:** análisis cuantitativo y cualitativo de las publicaciones sobre el cáncer de piel en las versiones digitales de El País, ABC y El Mundo durante seis meses. **Resultados:** ABC es el periódico con más publicaciones. Los artículos más extensos pertenecen a El País. El Mundo usa con más frecuencia a investigadores como fuente principal y ABC es el medio con más tendencia hacia la promoción de la salud. **Discusión:** los medios, además de informar sobre salud, deben promocionarla. La publicidad asociada a los productos de protección solar puede ser perjudicial, pues la información que ofrece genera desconfianza. **Conclusiones:** El País, ABC y El Mundo le dedican un espacio aceptable al cáncer de piel, ofreciendo cada uno de ellos información variada, aumentando el conocimiento del público sobre el tema desde diversas fuentes.

**Palabras clave:** Cáncer de piel; melanoma; protector solar; salud; internet; prensa; España.

#### Abstract

**Introduction:** the digital edition press has a great responsibility about information that offers of skin cancer because 60% of Spanish people declare consulting on the internet questions about health. **Objectives:** to know the space that the press dedicates to skin cancer, compare different media and determine if the advertising of sunscreens affects the information. **Methods:** quantitative and qualitative analysis of publications about skin cancer in the digital editions of El País, ABC and El Mundo for six months. **Results:** ABC is the newspaper with the most publications. The longest articles are from El País. Researchers are the main source inside El Mundo and ABC is the most worried about health promotion. **Discussion:** The media, in addition to reporting on health, should promote it. The publicity associated with sunscreen products can be harmful, because the information it offers generates distrust. **Conclusions:** El País, ABC and El Mundo dedicate an admissible space to skin cancer and offer mixed information. It increases knowledge about skin cancer from diversified sources.

**Keywords:** Skin cancer; melanoma; sunscreen; health; internet; press; Spain.



## Introducción

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, tiene una superficie de 2 m<sup>2</sup>, un peso de aproximadamente 5 kilos y está en contacto con el resto del organismo. Es impermeable, resistente y tiene capacidad para regenerarse. Sus principales funciones son la protección del cuerpo frente a agentes externos, la regulación del metabolismo y la temperatura corporal, la absorción de vitamina D, esencial para el tejido óseo, y la recepción de estímulos externos a través de lo que conocemos como el sentido del tacto. Por todo ello, requiere nuestra atención y cuidado con el objetivo de protegerla y mantenerla en un estado saludable. Entre otras recomendaciones para cuidarla, como no consumir alcohol, beber suficiente agua y hacer ejercicio con regularidad, los dermatólogos advierten del riesgo que supone exponerla al sol sin tomar las medidas de prevención necesarias.

Existen tres tipos principales de cáncer de piel (NIH, 2017):

- El carcinoma de células basales.
- El carcinoma de células escamosas.
- El melanoma.

Los dos primeros (cánceres de piel no melanoma) se producen en la capa superior de la epidermis y raramente se extienden a otras partes del cuerpo. El melanoma, sin embargo, se produce en los melanocitos, las células que elaboran la melanina, que se encuentran en la capa inferior de la epidermis.

Este hecho, junto con la alta rapidez de regeneración de las células de la piel, aumenta la probabilidad de que el melanoma afecte a tejidos cercanos y se disemine por otras partes del cuerpo. Por ello, aunque el melanoma es el menos frecuente de los tres, también es el más peligroso.

En Estados Unidos, el cáncer de piel es la forma de cáncer más habitual. En España, fue el undécimo cáncer más frecuente detectado en varones y el decimotercero en mujeres durante 2015 (SEOM, 2017) (Figuras 1 y 2).

Cualquier persona puede tener cáncer de piel, pero existen diferentes factores de riesgo, tanto personales como conductuales, que deben tenerse en cuenta:

- Exposición a la luz solar.
- Pertenencia a un fototipo determinado.
- Historia familiar: herencia genética.

- Historia personal: una persona que ya ha padecido un melanoma tiene más posibilidades de tener otro que la población general.
- Presencia de nevos.
- Inmunodepresión.
- Alteraciones genéticas.

Como puede verse, la exposición al sol no es la única causa de un cáncer de piel melanoma, y todas las de la lista deben controlarse. Este es el primer motivo por el que es necesaria una comunicación eficiente sobre el cáncer de piel, que inste a la población a prevenir los factores de riesgo evitables, concienciarla de la necesidad de revisión médica regular y educarla en una autodetección correcta, como recomiendan los dermatólogos. Es importante tratar de esclarecer si la comunicación sobre el cáncer de piel sigue estas líneas, que serían aconsejables. La información para la prevención es esencial en enfermedades como esta, que es evitable en un gran número de casos. Además de ofrecer información al respecto, esta debe ser fiable, por lo que analizar las fuentes es siempre esencial.

La segunda razón por la que es interesante realizar un estudio sobre la presencia del cáncer de piel en los medios de comunicación es su habitual relación con la estética. A menudo se relaciona la piel morena con un mayor grado de atractivo físico, y la publicidad y medios de comunicación tienden a promover esa imagen. Esto es así hasta tal punto que algunos médicos han definido como un síndrome la adicción al bronceado, en el que los pacientes sienten la necesidad obsesiva por broncearse más y más, creyendo que tienen una pigmentación mucho más clara de la que realmente tienen. Las probabilidades de provocarse quemaduras y contraer cáncer de piel al broncearse al sol son sistemáticamente ignoradas en pos de una piel morena y bronceada. La primacía de la estética sobre la salud es, en este caso, notable y curiosa pero nada saludable. Por ello es relevante estudiar en qué medida las publicaciones de salud de los medios contrarrestan la continua publicidad del bronceado.

Por lo tanto, los objetivos generales de este trabajo son los siguientes:

- Observar el espacio que los medios de prensa españoles elegidos le conceden al cáncer de piel, visible en número de publicaciones y en el tamaño de estas.
  - Hacer una comparación entre ellos para esclarecer cuál le presta más atención a este tema.
- Y los objetivos específicos:
- Dilucidar bajo qué perspectivas es tratado el cáncer de

piel en los medios de comunicación.

-Determinar qué perspectiva es la mayoritaria en cada uno de ellos, mostrando especial interés por concluir si el sesgo comercial asociado a los productos de consumo masivo de protección solar ocupa más espacio que otras perspectivas: la investigación médica y la promoción de la salud no publicitaria.

TIPO DE CÁNCER	Nº CASOS	95% CI	CR	95% CI	ASIRw	95% CI	ASIRe	95% CI
Colon	15808	13436-18500	69,4	59,0-81,2	32,1	27,3-37,6	49,0	41,6-57,3
Colorrecto	24765	22194-27661	108,7	97,4-121,4	51,5	46,2-57,4	77,8	69,8-86,8
Esófago	1979	1746-2238	8,7	7,7-9,8	4,7	4,1-5,3	6,7	5,9-7,6
Estómago	5150	4681-5660	22,6	20,5-24,8	10,8	9,8-11,9	16,2	14,7-17,8
Higado	4252	3645-4911	18,7	16,0-21,6	9,7	8,3-11,2	14,1	12,1-16,3
Labios, cavidad oral y faringe	4980	3896-6225	21,9	17,1-27,3	12,4	9,6-15,6	17,4	13,5-21,9
Laringe	3426	2988-3899	15,0	13,1-17,1	8,6	7,4-9,8	12,1	10,5-13,9
Leucemia	3782	3161-4494	16,6	13,9-19,7	9,5	8,1-11,2	12,6	10,6-14,8
Linfoma de Hodgkin	943	837-1057	4,1	3,7-4,6	3,7	3,3-4,2	4,0	3,5-4,5
Linfoma no Hodgkin	4190	3667-4760	18,4	16,1-20,9	10,6	9,3-12,0	14,3	12,5-16,2
Melanoma	2577	2211-2976	11,3	9,7-13,1	6,1	5,3-7,1	8,6	7,4-10,0
Mieloma	1489	984-2248	6,5	4,3-9,9	3,0	2,0-4,5	4,6	3,0-6,9
Páncreas	3513	3156-3901	15,4	13,9-17,1	7,5	6,8-8,4	11,3	10,1-12,5
Próstata	33370	27439-40101	146,4	120,4-176,0	67,6	55,2-81,6	103,4	84,8-124,5
Pulmón	22430	19740-25420	98,4	86,6-111,5	50,5	44,4-57,4	74,1	65,2-84,1
Recto	8956	7968-10026	39,3	35,0-44,0	19,4	17,2-21,7	28,8	25,6-32,3
Riñón	3590	3188-4027	15,8	14,0-17,7	8,5	7,5-9,6	12,2	10,8-13,7
Sistema Nervioso Central	2332	2091-2596	10,2	9,2-11,4	6,4	5,7-7,1	8,3	7,4-9,2
Testículo	974	871-1084	4,3	3,8-4,8	4,2	3,7-4,7	4,3	3,9-4,8
Tiroides	865	767-973	3,8	3,4-4,3	2,4	2,1-2,7	3,2	2,8-3,6
Vejiga	17439	15695-19304	76,5	68,9-84,7	37,2	33,3-41,2	55,7	50,1-61,7
Vesícula biliar	1104	876-1369	4,8	3,8-6,0	2,1	1,7-2,6	3,3	2,6-4,1
Otros cánceres	5678	4857-6578	24,9	21,3-28,9	13,2	11,4-15,2	18,6	15,9-21,5
Todos los tumores (excl. tumores cutáneos no melanoma)	148827	141329-157285	653,1	620,2-690,2	330,1	314,0-348,2	482,7	458,8-509,6

**Figura 1.** Incidencia de cáncer en España en 2015 (varones). Fuente: REDECAN, Cancer incidence in Spain 2015. Clin Transl Oncol DOI 10.1007/s12094-016-1607-9

CÁNCER	CASOS							
Cérvix	2399	1985-2874	10,2	8,4-12,2	6,3	5,2-7,6	8,2	6,7-9,9
Colon	11927	10733-13216	50,5	45,4-56	19,9	18,0-22,0	29,7	26,8-32,8
Colorrecto	16677	15090-18521	70,6	63,9-78,4	28,3	25,6-31,5	42,0	38,1-46,7
Esófago	379	293-483	1,6	1,2-2,0	0,7	0,5-0,9	1,0	0,8-1,3
Estómago	3306	2968-3672	14,0	12,6-15,5	5,4	4,8-5,9	8,0	7,2-8,8
Higado	1610	1337-1917	6,8	5,7-8,1	2,4	2,0-2,8	3,7	3,1-4,4
Labios, cavidad oral y faringe	1690	1489-1908	7,2	6,3-8,1	3,3	2,9-3,8	4,7	4,2-5,3
Laringe	299	113-764	1,3	0,5-3,2	0,7	0,3-1,9	1,0	0,4-2,6
Leucemia	2736	2292-3242	11,6	9,7-13,7	5,8	4,9-6,8	7,5	6,3-8,8
Linfoma de Hodgkin	646	562-739	2,7	2,4-3,1	2,5	2,1-2,8	2,6	2,3-3,0
Linfoma no Hodgkin	3480	3089-3903	14,7	13,1-16,5	7,0	6,2-7,8	9,7	8,6-10,8
Mama	27747	24027-31957	117,5	101,7-135,3	65,2	56,1-75,5	88,3	76,1-102,1
Melanoma	2313	2003-2652	9,8	8,5-11,2	5,6	4,8-6,4	7,3	6,3-8,4
Mieloma	1240	824-1848	5,3	3,5-7,8	1,9	1,3-2,9	3,0	2,0-4,4
Ovario	3228	2861-3627	13,7	12,1-15,4	7,2	6,3-8,1	9,9	8,7-11,2
Páncreas	3401	3030-3805	14,4	12,8-16,1	5,1	4,6-5,7	7,9	7,0-8,8
Pulmón	5927	5301-6591	25,1	22,4-27,9	12,7	11,4-14,3	17,9	16,0-20,0
Recto	4750	3705-6069	20,1	15,7-25,7	8,4	6,5-10,7	12,4	9,6-15,8
Riñón	1989	1716-2296	8,4	7,3-9,7	4,1	3,5-4,6	5,7	4,9-6,6
Sistema Nervioso Central	1710	1500-1939	7,2	6,4-8,2	4,0	3,5-4,6	5,2	4,6-6,0
Tiroides	2442	2276-2617	10,3	9,6-11,1	6,6	6,1-7,0	8,8	8,2-9,5
Útero	6160	5405-6984	26,1	22,9-29,6	13,1	11,4-15,0	18,7	16,3-21,3
Vejiga	3654	3114-4249	15,5	13,2-18,0	6,0	5,2-7,0	9,0	7,7-10,5
Vesícula biliar	1009	850-1189	4,3	3,6-5,0	1,4	1,1-1,6	2,1	1,8-2,5
Otros cánceres	4913	4175-5716	20,8	17,7-24,2	8,7	7,5-9,9	12,2	10,6-14,0
Todos los tumores (excl. tumores cutáneos no melanoma)	98944	94512-103989	419,0	400,2-440,3	204,1	193,9-215,7	284,5	270,7-300,2

**Figura 2.** Incidencia de cáncer en España en 2015 (mujeres). Fuente: REDECAN, Cancer incidence in Spain 2015. Clin Transl Oncol DOI 10.1007/s12094-016-1607-9

Este trabajo procura aportar datos que puedan analizarse desde estas dos dimensiones del tema de este breve examen: la presencia del cáncer de piel en los medios de comunicación. En los siguientes apartados puede verse la metodología para la recogida de datos y la discusión que generan, apoyándome en las publicaciones de autores que han tratado previamente el cáncer en los medios de comunicación.

Desde el nacimiento de los medios de comunicación, su principal objetivo, ofrecer información a la población, ha ido incluyendo poco a poco diversos temas que en sus inicios no consideraban relevantes. Uno de estos temas ha sido el de la salud, imprescindible ya en cualquier medio de carácter generalista, donde incluso protagoniza secciones propias y suplementos. La población demanda cada vez un mayor acceso a la información sobre salud

y la calidad de ella dependerá de los medios de comunicación, que se encuentran con una gran responsabilidad.

A diferencia de los inicios de la comunicación de la salud en la prensa, cuando esta consistía en el único medio de búsqueda de información además del propio personal sanitario, internet es ahora la principal herramienta de consulta sobre salud. El contenido en red sobre salud crece tanto como el porcentaje de quienes lo utilizan para ello, un 60% de los españoles. “Sin embargo, el hecho de disponer de tanta información de manera prácticamente inmediata también conlleva ciertos peligros, sobre todo en lo que a la veracidad de la misma se refiere” (Álvarez, 2009, en Villaescusa y Saez, 2013). Cada vez son más los estudios acerca de la información sobre salud en la prensa y, como es razonable, muchos se centran ya en los medios digitales. La mayoría lo hacen desde una perspectiva general; otros, sin embargo, comienzan a centrarse en enfermedades determinadas. Este es el caso de las investigaciones sobre la presencia del cáncer en los medios de comunicación que han servido de orientación para este pequeño estudio, que pretende especializarse un paso más, centrándose en un único tipo de cáncer, el cáncer de piel.

## Metodología

Para hacer la parte cuantitativa de este estudio se han tomado las noticias publicadas desde el 1 de marzo de 2017 al 31 de agosto de 2017, ambos incluidos, sobre el cáncer de piel en los tres principales periódicos generalistas de España: El País, ABC y El Mundo. La búsqueda se ha realizado en la versión online de los tres medios, utilizando las palabras “cáncer de piel” en sus respectivos buscadores. Sin embargo, no todas las noticias que aparecían en la lista de resultados han sido incluidas. De entre todas ellas se han seleccionado aquellas que cumplen, al menos, uno de los siguientes requisitos:

- Ofrecer datos estadísticos sobre el número de casos de cáncer de piel detectados en España.
- Ofrecer resultados de investigaciones realizadas sobre el cáncer de piel.
- Aportar información a los ciudadanos sobre el peligro de la exposición al sol no controlada y la necesidad del uso de protección solar.

Para la realización del análisis cualitativo se han revisado los contenidos de todas las noticias que cumplían los requisitos anteriores, eliminando todas aquellas que no tenían relación real con el tema del estudio. Por lo tanto, se han excluido de la muestra todas aquellas noticias

que aparecían en la búsqueda “cáncer de piel” porque lo mencionaban pero no lo trataban como tema principal de la noticia. Este es el caso de todas las publicaciones donde:

- Se citaba al cáncer de piel como parte de enumeraciones junto con otro tipo de cánceres.
- Se citaba al cáncer de piel por haber sido diagnosticado en personalidades famosas: actores, políticos, etc.

Se ha limitado así porque el estudio pretende centrarse en la visibilidad que tiene el cáncer de piel en los medios, por lo que, si incluyésemos todos los resultados donde se mencionaba, el estudio perdería concreción.

El periodo que abarca el estudio es un marco temporal de 6 meses, entre marzo y agosto del año 2017, ambos incluidos. El arco temporal es tan amplio, al menos mucho más que en otros análisis de contenidos de salud en prensa, por dos motivos: el primero es la especificidad del tema, pues no se analiza la presencia del cáncer en general, sino sólo de un tipo, el de piel. Por ello se requiere un espacio temporal más amplio para poder sacar conclusiones más legítimas. El segundo motivo es la comprobación de si al acercarse las estaciones donde la radiación UV del sol es más peligrosa (primavera y, sobre todo, verano), las publicaciones sobre el cáncer producido por las quemaduras solares y la exposición a esos rayos aumentaban.

Las variables que se han tomado para el estudio son las siguientes: número total de publicaciones durante el periodo escogido, número total de publicaciones mensuales, publicaciones coincidentes cada mes, espacio ocupado por las publicaciones, fuentes mencionadas y tema de las publicaciones.

Por último, con los datos cuantitativos obtenidos se ha hecho una comparación entre las publicaciones de los tres periódicos; y con los datos cualitativos se ha analizado el tipo de contenido de las publicaciones sobre este tema, el cáncer de piel. De ambos estudios se han obtenido conclusiones, que se presentan al final de este trabajo.

## Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de cada variable, que también se explican aquí, separadas por los tres periódicos estudiados: El País, ABC y El Mundo.

- Número total de publicaciones durante los 6 meses: aquí se exponen las cifras correspondientes al número



de noticias totales sobre el cáncer de piel que aparecen en los tres periódicos durante el periodo de estudio. Las cifras que se muestran ya han pasado la criba anteriormente mencionada de eliminación de todas aquellas publicaciones en las que el cáncer de piel aparecía simplemente mencionado de forma colateral.

El País: 9

ABC: 17

El Mundo: 8

- Número de publicaciones de cada mes: en este apartado se recogen los datos numéricos de las publicaciones sobre el cáncer de piel que aparecen en cada uno de los medios, desglosados por meses.

**Tabla 1.** Número de publicaciones sobre cáncer de piel de cada mes.

	El País	ABC	El Mundo
Marzo	1	0	0
Abril	1	3	1
Mayo	2	1	2
Junio	1	2	3
Julio	3	7	1
Agosto	1	4	1

- Noticias coincidentes: en esta tabla se muestra con un asterisco cuando dos periódicos coinciden en la publicación de la misma noticia durante cada uno de los meses y con un guión si ese periódico no coincide con otro en sus publicaciones.

**Tabla 2.** Noticias coincidentes entre los medios cada mes.

	El País	ABC	El Mundo
Marzo	-	-	-
Abril	-	*	*
Mayo	*	-	*
Junio	*	*	-
Julio	*	*	*
Agosto	-	-	-

- En abril, el ABC y El Mundo publican la misma noticia sobre la prevención del cáncer de piel en niños. El País no la publica.

- En mayo, El País y El Mundo coinciden en publicar una noticia sobre el aumento de los casos de cáncer de piel en España.

- En junio, El País y ABC publican un artículo similar sobre las claves para protegerse del sol.

- En julio, los tres medios publican una noticia sobre un estudio que investiga una vacuna contra el cáncer de piel.

- En agosto, no hay noticias coincidentes.

- Espacio ocupado por publicación: aquí se muestran las cifras del número de palabras de media que tienen las publicaciones dedicadas al cáncer de piel de cada periódico desglosadas por meses.

**Tabla 3.** Espacio en número de palabras que ocupan de media las noticias en cada periódico.

	El País	ABC	El Mundo
Marzo	888	-	-
Abril	522	364	490
Mayo	637	545	450
Junio	1719	495	757
Julio	1528	658	608
Agosto	1005	627	921
TOTAL	700	158	403

Fuentes: en esta tabla se muestra el número de fuentes mencionadas de cada tipo, en porcentajes sobre el número total de fuentes que ha usado cada medio. Se han elaborado 5 grupos de fuentes para este estudio.

- Investigaciones/Investigadores: la publicación menciona una investigación, la universidad que la realiza o a la persona investigadora que realiza las declaraciones.

- Revistas científicas: la publicación menciona la revista científica de donde ha obtenido la información.

- Personal médico: la publicación menciona al personal sanitario que ha aportado las declaraciones. En este caso, todos los médicos que se mencionan son dermatólogos.

- Asociaciones/Fundaciones: la publicación menciona como fuente a organizaciones de la salud, asociaciones o fundaciones. En este caso, todas ellas están especializadas en cáncer.

- Empresas: la publicación señala como fuente a una empresa o marca relacionada con la temática "cáncer de piel". En este caso, empresas cosméticas que comercializan cremas y protectores solares es lo que se intuía que se encontraría.

**Tabla 4.** Porcentaje de tipos de fuentes utilizados en cada periódico.

	El País	ABC	El Mundo
Investigaciones/Investigadores	33,3%	13,3%	54,5%
Revistas científicas	11,2%	6,7%	9%
Personal médico	0%	33,3%	9%
Asociaciones/Fundación	55,5%	40%	27,4%
Empresas	0%	6,7%	0%

- Tema de la noticia: en la siguiente tabla se establecen los porcentajes de los temas a los que se dedican las publicaciones en las que se habla del cáncer de piel. Para ello, se han establecido tres categorías de temas:

- Promoción y educación para la salud (prevención): publicaciones que contienen consejos y advertencias sobre la protección del sol y la prevención del cáncer de piel.

- Investigación: publicaciones en las que se anuncian los resultados de nuevas investigaciones y nuevos estudios relacionados con el cáncer de piel y su tratamiento.

- Otros: publicaciones sobre curiosidades relacionadas con el cáncer de piel, nuevos productos comerciales, y anuncio de campañas y eventos de promoción de la salud frente al cáncer de piel.

**Tabla 5.** Porcentaje de tipos de temas de las noticias de cada periódico.

	El País	ABC	El Mundo
Promoción/Educación para la salud	33,3%	52,8%	37,5%
Investigación en salud	33,3%	41,2%	50%
Otros	33,3%	6%	12,5%

## Discusión

Existe un amplio consenso entre los autores que estudian los contenidos de salud en la prensa sobre la capacidad de influencia que tienen los medios de comunicación en temas sanitarios: “la agenda mediática marca la agenda pública” (Califano, 2015; Morón, 1995; Mosquera, 2003; Peris et. al, 1999; y Revuelta, 2006). “Diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas (...). En lo

que difieren los autores es en el manejo que se le debe dar a los medios” (Mosquera, 2003). Alguno de estos autores, incluso analiza el peso que tienen los medios en las políticas de salud (Califano, 2015). Esta es la principal premisa sobre la que se asientan estudios como este, que además de presentar datos sobre el trato actual que los medios de comunicación hacen de la salud, los analizan y obtienen conclusiones que permiten el aporte de ideas y sugerencias de mejora. Se trata, entonces, de detectar los déficits o problemas comunicacionales de un tema de salud, en este caso el cáncer de piel, y reflexionar sobre esos resultados, causas, consecuencias y sugerencias. De nada serviría elaborar recomendaciones para la mejora de la comunicación de la salud en los medios si no creyéramos en su capacidad para influir en la sociedad. Por lo tanto, lo primero es asumir la responsabilidad que los medios tienen y trabajar para hacerlo lo mejor posible.

Por otro lado, las búsquedas en internet sobre temas relacionados con la salud han aumentado notablemente y los usuarios se encuentra en “la mayoría de las ocasiones con contenidos nada rigurosos y con frecuencia demasiado peligrosos para la salud” (Sánchez, 2010). El ciudadano cada vez tiene acceso a más información pero no siempre de mayor calidad, gracias a la emergencia de las redes. Por esto, el estudio se realiza en la versión online de los medios y no en su versión impresa, de tal forma que se pueda analizar el contenido que directamente los ciudadanos se encuentran en la red, que en la actualidad llega a más población que la publicación tradicional de los periódicos y por ello su potencialidad de influencia es mayor.

Se podrían estudiar muchas enfermedades interesantes en relación con el trato que se les da en prensa, aquí se ha escogido el cáncer de piel porque presenta unas características curiosas sobre las que reflexionar. Veamos los resultados obtenidos para comentarlas.

Durante el periodo de 6 meses escogido para el estudio, de marzo a agosto de 2017, El País publicó un total de 9 noticias sobre el cáncer de piel; ABC publicó 17; y El Mundo, 8. Uno de los aspectos más interesantes de este análisis era comprobar si al acercarse los meses de verano durante los cuales los rayos del sol tienen mayor peligro (junio, julio y agosto), aumentaba el número de publicaciones sobre el cáncer de piel con el objetivo de fomentar la prevención de las quemaduras y el cuidado en la exposición al sol. Efectivamente, en los tres medios estudiados se produce tal aumento, El País y ABC en julio y El Mundo, adelantándose a los otros, en junio. Se esperaba un aumento visible en junio por parte de los tres periódicos causado por el Día Mundial del Cáncer de Piel, el 13 de junio, fomentando así la prevención ligeramente

antes de que se produzcan las primeras quemaduras del verano. Sin embargo, los resultados muestran que los medios le prestan más atención a esta forma de cáncer en los meses de julio y agosto, lo cual es de agradecer pero a lo que hay que señalarle un contrapunto: en julio y agosto, si no se han tomado las medidas de prevención necesarias, muchas personas ya se han expuesto indebidamente al sol, incluso quemado. Es razonable que el interés de la audiencia por el cáncer de piel aumente en julio y agosto, en primer lugar porque son los meses donde la población se expone más al sol; pero, en segundo lugar, por un motivo que no es baladí: una vez se han quemado, comienzan las preocupaciones y aumenta el interés. Sin embargo, como suele decirse, “la piel tiene memoria” y quemarse varias veces al sol aumenta en un 80% la probabilidad de contraer cáncer de piel. Por esto, puede considerarse que aunque siempre son útiles las publicaciones que invitan a la protección solar, serían más eficientes si se empezasen a publicar un mes antes.

En cuanto a las noticias coincidentes, sólo se da coincidencia con respecto a las noticias de investigación (a raíz de un hallazgo científico de influencia internacional con respecto a una posible vacuna contra el cáncer de piel) y de publicación de datos estadísticos y declaraciones de algún experto influyente en el tema.

El País es el periódico que más espacio dedica a sus publicaciones sobre el cáncer de piel, con una media de 700 palabras por publicación. El Mundo le sigue con 403 palabras. Y, ABC, a pesar de ser el medio que dedica un número total de noticias más alto al cáncer de piel durante los seis meses, es quien menos espacio le dedica a ellas, 158 palabras por publicación. Los resultados sobre esta variable son razonables. Publicar más noticias pero más cortas, o menos pero más largas; es una decisión que toma cada editorial pero estos resultados no establecen diferencias notables en cuanto a la cantidad de espacio que cada periódico le dedica al cáncer de piel. El número total de publicaciones y el espacio dedicado a ellas se compensa entre los que optan por una opción y los que optan por la otra.

Las dos últimas variables estudiadas, fuentes y temas, está muy relacionadas entre sí, puesto que tanto el tema determina sus fuentes como las fuentes al tema. Por ello, vamos a comentarlos de manera conjunta. En los tres medios hay un tipo de fuente que predomina notablemente por encima de las otras: en El País, las asociaciones y fundaciones, con un 55,5%; en ABC, también, con un 40%; y en El Mundo, las universidades y centros de investigación, con un 54,5%. ¿Qué tipo de información aporta cada fuente?

En El País, las principales fuentes son la AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) y la AEDV (Asociación Española de Dermatología y Venereología), y sus temas están equilibrados entre los que refieren a la promoción de la salud, investigación sobre este cáncer y curiosidades relacionadas con el tema, como el artículo sobre “cómo funciona el protector solar”, por lo que toman de las asociaciones información con respecto al cáncer de casi todo tipo. Junto con El Mundo, no presenta ninguna fuente de carácter empresarial. El ABC muestra una relación interesante, el 40% de sus fuentes también son organizaciones, dentro de las que priman la AEDV y la Asociación de Afectados de Melanoma de España (AAME), mientras que el 52,8% de sus noticias tratan la promoción de la salud. Esta relación es altamente razonable porque las asociaciones de salud, además de apoyar las investigaciones, realizan multitud de eventos y campañas donde divulgan información sobre este cáncer. Además, el ABC es el único de los tres que, durante los seis meses, utilizó a una empresa como fuente, una industria de cosméticos que vende crema solar dentro de un artículo que explica “cómo saber si estás usando una buena crema solar”. Más adelante, hablaremos del problema que supone para la comunicación sobre cáncer de piel relacionarlo con la industria de la estética. Por último, El Mundo también muestra una relación intuitiva entre los resultados del tipo de fuente, un 54,5% investigadores, y su temática principal, la publicación de resultados de los estudios de investigación. Así, nos encontramos con tres periódicos que, tratando la misma enfermedad, aportan información de carácter variado sobre ella, lo cual es útil además de interesante, pues aporta a la audiencia datos variados.

Como decía anteriormente, existe un consenso sobre la influencia que los medios tienen en la población en temas de salud, por lo tanto, estos tienen una responsabilidad a la hora de tratar ciertos temas. Además de informar, la comunicación en salud debe promocionarla. Es decir, debe aportar información que facilite a la audiencia aquellos datos necesarios para cuidarse y llevar una vida saludable. El modelo que explica esta meta es la teoría del cambio de comportamiento con respecto a la salud, tanto personal como grupal (Choque, 2005). Estos modelos tienen en cuenta tanto la disposición al cambio de hábitos de la población como el sistema de creencias que les motiva a comportarse de manera más saludable. Los medios, cuando ofrecen información sobre salud, influyen en las creencias del público acerca de aquello que es peligroso o beneficioso. Si en la publicación, además, se incita al receptor al cambio de estilo de vida, la influen-

cia será mayor. “Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores del bienestar” (Choque, 2005). Este es el objetivo de la promoción de la salud, por ello, en este estudio nos encontramos con multitud de noticias con una estructura similar en la que, a partir de una explicación o un dato alarmante sobre la incidencia del cáncer de piel, se ofrecen consejos para protegerse del sol y evitarlo. Por otro lado, las campañas que se anuncian en prensa, nacen con el mismo objetivo: hacer un llamamiento general a la protección de la piel. Por lo tanto, en cierto modo, los medios de comunicación, cuando promocionan la salud también están educando en salud, “la educación para la salud es un proceso pedagógico que no sólo ha de darse en la escuela” (Feria, 1995).

“En estudios de percepción social se repite de forma constante la misma paradoja: la población general manifiesta que la información de salud está entre sus prioridades pero reconoce sentirse poco o mal informada al respecto” (Revuelta, 2006). Por ello es importante analizar también, además de la cantidad de información que se publica y qué objetivo tiene, la fiabilidad de ésta. Esto se investiga a través de las fuentes utilizadas. Todos los autores alertan de la falta de rigor que tienen bastantes publicaciones sobre salud, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) enviaba hace unos años un comunicado de prensa en que el que resumía sus ideas principales sobre la forma en que los medios tratan el cáncer y Javier López Iglesias decía que en internet, el 25% de las webs sobre oncología tienen información no fiable (SEOM, 2006). En este trabajo, casi el total de las fuentes son de naturaleza altamente fiable: la AECC, la AEDV, la AAME son las organizaciones más citadas. Todos los médicos que se citan de forma independiente en otros artículos, especializados en dermatología, pertenecen a estas asociaciones también. Por ello, el contenido que más generan, prevención del cáncer de piel, tiene a priori, una alta fiabilidad: consejos, recomendaciones, datos estadísticos...

Por otro lado, “los medios desempeñan un papel importante en el tipo de información que recibe la población, ya que actúan como filtros a partir de los que ésta percibe los avances científicos y los incorpora a su imagen de la ciencia” (Peris et. al, 1999). Es importante también observar las noticias de investigación en cáncer de piel, pues, como señala Javier López Iglesias, “una rata no es una persona (...) a veces tenemos tantas ganas de dar una buena noticia que hablamos de experimentos que pueden tardar diez años en ser realidad para los pacientes, si es que llegan a serlo” (SEOM, 2006). En este estudio,

precisamente nos encontramos con una noticia en julio cuyos titulares llaman la atención en este sentido, además de ser la única noticia que los tres medios publican a la vez:

“Científicos logran curar el cáncer de piel con vacunas hechas a medida”, ABC.

“Ensayan con éxito en humanos una vacuna personalizada contra el cáncer de piel”, El Mundo.

“En busca de una vacuna contra cada cáncer”, El País.

Tal y como se intuye a partir de los titulares, el periódico ABC es el más atrevido dando la noticia, ofreciendo en su desarrollo, el más corto de los tres, una versión bastante optimista del descubrimiento. El Mundo, ciertamente más comedido, arroja ciertas esperanzas pero se detiene a explicar que la vacuna no ha superado aún la segunda fase y debe ser probada en grandes grupos de pacientes para testar su real eficacia. Por último, El País, que apuesta por un titular nada sensacionalista, le dedica un amplio espacio a la noticia explicando que todavía no está disponible y que quizá no lo esté, debido a que todavía tiene que pasar la fase II y es todavía muy costosa.

Este es un ejemplo claro de cómo, a partir de una misma fuente, se pueden elaborar noticias muy diferentes. A diferencia de las noticias sobre la promoción de la salud, donde se transcribían directamente los consejos de los especialistas y las organizaciones, en este caso, a partir de un estudio publicado en la revista Nature, los comunicadores han generado titulares distintos, pecando algunos en cierta medida de esperanzadores, como decía Javier López Iglesias.

En cuanto a la cantidad total de noticias, a pesar de “que el periodista que quiere publicar un artículo sobre un tema médico o de salud (...) debe competir con el que tiene en sus manos otras noticias más espectaculares” (Revuelta, 2006) y se tiende a la homogeneidad en los contenidos, tras la obtención de resultados podemos considerar que hay bastantes publicaciones sobre el cáncer de piel en los tres medios durante este periodo de seis meses, mínimo una al mes y con una esperada subida en los meses calurosos.

Sin embargo, como se ha intentado dejar claro a lo largo de este trabajo, lo importante no es tanto la cantidad sino la forma de tratar las noticias y una de las preocupaciones previas al estudio es la peculiar conexión del cáncer de piel con la estética. Al igual que le sucede



a otras enfermedades como la obesidad, a menudo la estética y la enfermedad se entrecruzan pero lo peculiar de este cáncer es que, a diferencia de la obesidad, lo saludable y lo estético no coinciden. Mientras que en el caso de la obesidad multitud de personas cambian sus hábitos alimenticios y deportivos para bajar de peso por motivos de estética, lo cual beneficia colateralmente a su salud, en el caso del cáncer de piel, sucede lo opuesto: la imagen atractiva es la de una persona con la piel morena, bronceada por el sol, mientras que lo recomendable es protegerse de él y sus rayos. En este sentido, algunos medios tienen un comportamiento hipócrita lanzando dos mensajes diferentes: “ponte moreno rápidamente” pero “cuidado, ponte protección”. Y es aquí donde el público se confunde y las empresas se aprovechan: “el soporte utilizado por la publicidad, ya sea prensa, radio o televisión, recurre a temas de salud como pretexto para la venta de sus productos” (Feria, 1995). Y, aunque es legítimo que se promocionen los protectores solares, los expertos alertan que publicitarlos sin la correcta información sobre su uso, así como sobre otras formas de prevención del cáncer de piel (la no exposición al sol en horas peligrosas) nos convierte en despreocupados consumidores del producto que consideran estar a salvo sólo por haberse aplicado la crema. Este uso incorrecto del protector es el causante de la quemadura pero la percepción del usuario es que “el producto no funciona” y “si me voy a quemar igualmente ¿para qué usarlo?”.

## Conclusiones

De todo lo expuesto aquí se pueden extraer diferentes conclusiones. En primer lugar, es necesario reconocer de una vez por todas que la población busca información sobre la salud en la red, un hecho que en sí mismo no está mal. El problema aparece cuando las páginas a la que accede no son fiables, e incluso ni siquiera tiene opciones para conocer ese grado de fiabilidad. Por ello, considero que los comunicadores en salud deben poner especial esfuerzo en mejorar toda comunicación sobre salud que se publique en internet con el objetivo de reducir al mínimo los resultados de búsqueda poco fiables.

En segundo lugar, es preciso tener en cuenta que no todos los autores están de acuerdo en las formas de modificar la comunicación en salud para que esta sea de mayor calidad (Mosquera, 2003). En este sentido, Sánchez Martos aboga por una reeducación tanto de los profesionales de la comunicación como de los profesionales de la salud (Sánchez, 2010), de forma que ambos grupos aprendan a mejorar aquello en lo que fallen. Aunque la

promoción y la educación en salud son ámbitos diferentes, los periodistas deben aceptar que los medios también educan y asumir la responsabilidad.

En tercer lugar, el cáncer de piel, como hemos visto, no recibe un mal trato por parte de la prensa española: goza de cierta estabilidad a lo largo de los meses donde es más necesaria su información, se utilizan fuentes fiables y gran parte de las publicaciones promocionan hábitos saludables de prevención. Es preocupante cierta irrupción de las empresas cosméticas en el desarrollo de la información y cierta primacía de lo estético sobre lo saludable que se muestra en el doble diálogo que ofrecen algunas publicaciones. Los comunicadores deben trabajar en ello.

## Referencias Bibliográfica

- Califano, B. (2015). “Los medios de comunicación, las noticias y su influencia sobre el sistema político”. *Revista Mexicana de Opinión Pública*. Julio-diciembre de 2015, pp. 61-78.
- Choque, R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Lima: FAS.
- Feria, A. (1995). *Salud y medios de comunicación*. En Morón, J. A. *La educación para la salud en el ámbito comunitario*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Instituto Nacional del Cáncer, NIH. (2017). *Cancer.gov*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/paciente/tratamiento-piel-pdq>
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias*. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- M. Peris et. al (1999). *Las noticias sobre el cáncer en los medios de comunicación escrita*. *Gaceta Sanitaria*. 14 (2), pp. 139-145.
- Revuelta, G. (2006). *Salud y medios de comunicación en España*. *Gaceta Sanitaria*. 20 (1), pp. 203-208.
- Sánchez, J. (2010). *La información sobre salud en los medios de comunicación*. *Revista Española de Comunicación de Salud*. 1(2), pp. 68-76.
- Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. (2006). *Seom.org*. Recuperado de: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/prempe-riod/np\\_25.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/prempe-riod/np_25.pdf)
- Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. (2017). *Seom.org*. Recuperado de: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017?start=1#content>
- Villaescusa, V. y Saez, L. (2013). *Búsqueda de información a través de internet*. *Enfermería global*.

12 (31), pp. 197-205. Recuperado de:<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000300012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300012&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1695-6141.

## Relaciones entre laboratorios y medios de comunicación. Fármacos y enfermedades en la prensa: el caso de la disfunción eréctil, Viagra y Cialis

## Relations between laboratories and media. Drugs and diseases in the press: the case of erectile dysfunction, Viagra and Cialis

Ana Moreno Sesmero<sup>a</sup>, Raquel Rodríguez Díaz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Aula CM, Escuela de Comunicación y Marketing Online, España

<sup>b</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Ciencias de la Comunicación y Sociología, España

### Resumen

La preocupación por la salud por parte de los españoles se ha hecho un hueco entre las áreas consideradas de mayor interés para los ciudadanos. Este hecho se ha traducido, desde una perspectiva mediática, en mayor presencia de información sanitaria en los medios. En esta línea, se presentan resultados de una investigación que analiza la influencia de los más destacados laboratorios de la industria farmacéutica (Pfizer y Lilly) en introducir en la agenda informativa sus productos y hacer de ellos un tema informativo relevante. El estudio de caso se centra en la disfunción eréctil, que entra en la agenda mediática motivado por el lanzamiento de sus principales fármacos: Viagra y Cialis. El estudio contempla un análisis de contenido en El País y en El Mundo durante el año previo y posterior al lanzamiento de Viagra y Cialis. Los resultados evidencian que un año antes de comercializarse la información sobre la disfunción eréctil era escasa, aumentando cuando la fecha de lanzamiento se aproximaba o ya estaba en el mercado.

Palabras clave: Empresa farmacéutica; agenda mediática; agenda setting; gabinete de prensa; salud.

### Abstract

The Spaniards' concern about health has carved a niche among the areas considered of major interest to citizens. This increased demand for health information in the media has from a media perspective. In this line with this, we present the results of an investigation that analyzes the influence of two of the leading laboratories in the Spanish pharmaceutical industry (Pfizer and Lilly) in introducing their commercial products in the news agenda and make them a relevant news topic. Tracking the case study focuses on erectile dysfunction, health aspect comes into the media agenda driven by the launch of two of its major drugs: Viagra and Cialis. The study considers a content analysis in El País and El Mundo in the period before and after the launch of Viagra and Cialis. The results reveal that one year before the release of these products the information related to erectile dysfunction was scarce, it increased as the date of launch of the medicine approached or when it was being marketed.

Key words: Pharmaceutical company; media agenda; agenda setting; press office; health.

## Introducción

Los temas de salud ocupan un lugar destacado en la sociedad española. Irrumpen en las primeras posiciones de las áreas de mayor interés para los ciudadanos. Según el último Barómetro Sanitario N° 8816, realizado por el Ministerio de Sanidad y el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2016), los tres temas de mayor relevancia para los ciudadanos son: el trabajo con un 37,3%, la sanidad con un 27,3% y la educación con un 17,8%. Y, a nivel general, según los resultados del estudio 3179 del Barómetro del CIS de junio de 2017, la sanidad ocupa el quinto lugar (con un 10,3%) entre los problemas principales que existen actualmente en España.

Los ciudadanos necesitan encontrar la explicación de las causas y posibles soluciones a sus problemas vinculados a aspectos de salud. Este hecho provoca una demanda informativa de temas sanitarios en los medios de comunicación. Como señalan algunos autores, cada vez hay mayor presencia de noticias sanitarias: “Los ciudadanos buscan en ellas la mejora de su calidad de vida y la respuesta a sus enfermedades, tratamientos, patologías, investigaciones y otros temas de la sanidad” (Peñafiel, Camacho, Aiestaran, Ronco & Echegaray, 2014, p. 138).

El acontecer sanitario se sirve del periodismo especializado en salud para convertir sus asuntos en accesibles para la ciudadanía. De ese modo, “el periodismo representa el puente que comunica una orilla del saber altamente especializado, con otra de escaso conocimiento, a través de una tarea de divulgación” (Costa, 2008, p. 15).

La compenetración de los conceptos de información y salud conlleva que los medios puedan contribuir a la difusión, información y prevención de la salud pública (Arredondo, 1994; Miller, Kitzinger, Williams & Beharrell, 1998; Slater, Hayes, Reineke, Long & Bettinghaus, 2009). A ello se suma que un aumento de la calidad de la información, junto con un mayor grado de especialización del periodista en este ámbito científico, facilita y simplifica su comprensión (Roberts & Good, 2010). Dentro del concepto de información sanitaria, la propia pedagogía se contempla como una función del redactor que repercute en el uso que hacen los lectores. Una buena información contribuye a formar ciudadanos mejor informados y con mayor cualificación en la toma de decisiones.

A pesar de la labor del periodismo especializado en salud, llama la atención su trayectoria incipiente en los diarios españoles. No fue hasta los años 90 cuando la mayoría de periódicos generalistas españoles crearon un

apartado o sección especializada en salud (Costa, 2008). Según señala Revuelta (2006), no todos los medios de referencia cuentan con periodistas especializados en el área. La autora afirma que, a pesar de que en la prensa diaria española la información se divide en secciones temáticas, la salud no suele tener una propia, salvo excepciones. En algunos medios impresos, comparte espacio con otras informaciones de la sección sociedad donde se publican noticias tan diversas como crímenes, violaciones o catástrofes naturales.

El periodismo especializado en salud se convierte en una herramienta comunicativa de relevancia para la sociedad que demanda este tipo de pesquisas. En este periodismo de servicio, el periodista relata lo que sucede, explica el contexto y las repercusiones que esos hechos noticiosos tendrán en la vida de las personas. Se trata de una tarea importante ya que los ciudadanos recurren a los medios como fuente consultada para cubrir sus necesidades informativas (Peñafiel et al., 2014, p. 138).

Debido a que la población recurre al personal sanitario y a los medios como fuentes que les proporcionan información divulgativa sobre salud, los periodistas especializados deben plantear un periodismo con calidad y rigor científico, formativo e informativo, al servicio de la ciudadanía y al margen de intereses empresariales. Sin embargo, parecen muchos los factores externos que tratan de influir al periodista “agentes con intereses en el mundo de la salud tienen una potencial capacidad de condicionarle. Lo hacen, básicamente, a través de sus gabinetes de comunicación, notas de prensa y ruedas de prensa” (Catalán & López, 2003, p. 31). Esta influencia que los gabinetes ejercen se hace patente en la industria farmacéutica, una de las mayores industrias si se atiende a la inversión económica y al desarrollo de la investigación relacionada con la salud (Farmaindustria, 2016).

La labor que tienen que desempeñar los periodistas, en este sentido, suele estar condicionada por fuentes externas. En ocasiones, se ven sometidos a presiones y están condicionados políticamente para que publiquen o silencien informaciones. Según Peñafiel et al. (2014, p. 138): “está la presión de los laboratorios que día tras día bombardean con llamadas de teléfono y con notas de prensa, cuando a menudo se trata sólo de publicidad encubierta”. Y añaden que “los intereses políticos convierten a los gabinetes de prensa en bunkers al servicio no ya de la institución, sino del partido que las gestiona, cuando deberían funcionar como un servicio más al ciudadano”.

Diferentes estudios plantean que, para que exista una mayor pedagogía mediática, los profesionales de la información deben tener presente algunos aspectos como que:



“Sin enfermedad no hay producto. Incluso aunque exista tal enfermedad, si no es padecida por un número determinado de personas no hay producto ni innovación que sea rentable. En tales casos, tanto la opinión de expertos como la generación de opinión pública en torno a un problema son dos herramientas que pueden ser utilizadas para arropar la comercialización de un fármaco”. (Papí, Cambrero & Ruiz, 2007, p. 98).

En ocasiones, por la complejidad que supone tratar este tipo de textos, el periodista copia o reelabora, sin demasiado análisis previo y sin que exista un feedback entre ellos, la información que le proporciona un determinado gabinete de prensa, en lugar de actuar como mediador crítico entre la industria farmacéutica y la sociedad. Es aquí donde entra en juego la ética profesional y las buenas prácticas del periodismo, además de la propia formación y especialización en el área.

Para el estudio que se presenta, cobra especial importancia la teoría de la agenda-setting (McCombs & Shaw, 1972) centrada en que los medios de comunicación seleccionan, atendiendo a diversos factores, unos temas y no otros, derivando el conjunto de temas de su agenda informativa a la agenda de los ciudadanos.

Bajo esta línea, las investigaciones realizadas a lo largo de más de cuarenta años sostienen que la audiencia ofrece mayor o menor relevancia a un tema en función de la cobertura que los medios le hayan otorgado. En este hecho influyen muchos factores como pueden ser la percepción, la familiaridad o la lejanía que se tenga con el tema, entre otros (McCombs, 2004). Tal y como señalan Wimmer & Dominick (1996) es la selección de los medios de comunicación o agenda mediática la que transfiere los temas más relevantes propuestos por los medios a la agenda pública.

El paso siguiente pasa por conocer quién determina lo que se publica en los medios. Esta labor le corresponde al gatekeeper, quien realiza la selección de noticias que, a priori, servirá para considerar los temas más importantes del día. Autores clásicos como pueden ser Park (1922) y DeGeorge (1981) se refieren al gatekeeper o “seleccionador de noticias” como la persona que, en un medio, selecciona los contenidos temáticos que se difundirán en el mismo. Es un individuo de reconocido prestigio y con gran capacidad de decisión informativa. En el inicio de los años 80, Whitney & Becker (1982) destacaron esta figura en función de la determinación de la agenda informativa, sumándose otros elementos con capacidad de presión en la agenda mediática, entre ellos, el mundo empresarial a través de sus gabinetes de comunicación.

En este sentido, se plantea una investigación que vin-

cula la influencia de un sector empresarial en la difusión informativa de un tema a través del trabajo de los gabinetes de comunicación y las relaciones con la prensa. Existen investigaciones que abordan la relación del establecimiento de agenda vinculado a temas de salud, el estudio de Wallington, Blake, Taylor-Clark & Viswanath (2010) investiga el proceso de cómo un tema de salud aparece en la agenda mediática, qué fuentes emplean los periodistas y cómo son los enfoques informativos. Exclusivamente, desde el ángulo de la prensa, se observará el índice de contenidos, en este caso, de salud en general y de la industria farmacéutica en particular, que ocupan las páginas de las principales publicaciones periódicas en España.

A lo largo de los años se han realizado estudios que han analizado la importancia que los medios de comunicación han concedido a la sanidad estableciéndolo como uno de los temas presentes en la agenda mediática. Uno de ellos es el Informe Quiral que, desde 1997, publica anualmente el Observatorio de la Comunidad Científica de la Universidad Pompeu Fabra. Presenta los resultados de un análisis cuantitativo que aborda noticias médicas y sanitarias publicadas en la prensa española durante un año. Su objetivo es reflexionar sobre el papel de los medios en la transmisión de información.

La Gripe A, durante el 2009, fue el tema de salud principal de la agenda de los medios en España que, según el Informe Quiral 2009 (Fundació Vila Casas, 2010), llegó a adquirir la categoría de noticia sanitaria del año y de la década. En el tratamiento que los medios hicieron durante ese año de la gripe A, las fuentes institucionales fueron las más utilizadas por los periodistas. Y, dentro de ellas, resulta significativo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fuese la más consultada, ya que “estaba conformada por miembros del lobby farmacéutico [...] encargado de la gestión de la Gripe A, producción y venta de vacunas” (Perea & Hellín, 2013). El estudio, que muestra el análisis del tratamiento informativo que los medios dieron a la Gripe A, prueba que la industria farmacéutica siguió una estrategia de comunicación orientada a convertirse en fuente de información y que consiguió instalar un lobby dentro de la OMS, influyendo así en la agenda mediática.

En el Informe Quiral 2015 (Fundació Vila Casas, 2016) dedicado a ‘La comunicación pública sobre las vacunas’ se subraya la influencia que los laboratorios farmacéuticos ejercen en las informaciones que publican los medios de comunicación españoles. Este estudio señala que, entre las principales controversias que se presentan en la agenda mediática, en las páginas

de los principales periódicos, se publican infografías a favor y en contra de las vacunas, aunque las primeras son mucho más numerosas.

Destaca el tratamiento informativo que se hizo sobre la vacuna de la malaria en el que “El 29 de octubre de 1994 La Vanguardia anunció una vacuna que era capaz de reducir la incidencia de la malaria en un 31%. La difusión de este descubrimiento se centró en el científico Manuel Patarroyo, destacando su gesto de donar la patente a la OMS. Más adelante, Patarroyo mantuvo diversas polémicas con la comunidad científica y la industria farmacéutica, publicándose estudios que aseguraban que la vacuna había resultado un fracaso” (Fundació Vila Casas, 2016: 13).

Aunque, como se señala en la investigación que presenta el Informe Quiral 2015 (Fundació Vila Casas, 2016: 13) más adelante se demostró que la eficacia de la vacuna era del 66% en bebés, a los laboratorios no les resultaba rentable financiar los gastos de la que fue calificada como “La Vacuna de la Filantropía” en un artículo del 26 de abril de 2008, ya que está destinada a la población más pobre del planeta.

Otro ejemplo es Esdiabetes, tómatela en serio (Esdiabetes, 2011: 12), una campaña informativa que nació en 2011 para concienciar a pacientes, opinión pública en general, profesionales sanitarios y periodistas sobre la importancia de seguir unos hábitos de vida saludables para controlar la diabetes. Esta campaña, auspiciada desde la alianza de los laboratorios farmacéuticos Boehringer Ingelheim y Lilly, incluía el lanzamiento de una encuesta que permitía conocer la opinión y vivencias de médicos y pacientes y, además, promovía la visita a mercados municipales de diferentes ciudades de España en los que se promocionaba un estilo de vida saludable para prevenir la enfermedad.

Tras el lanzamiento de la campaña, varios medios locales y nacionales publicaron piezas periodísticas en las que recogían la información que les proporcionaron las empresas farmacéuticas –a través de sus gabinetes de comunicación- sobre Esdiabetes con notas de prensa, dossiers (disponibles en [www.esdiabetes.org](http://www.esdiabetes.org)) o los mercados municipales donde se habían instalado los puntos de información ciudadana. De ese modo, Boehringer Ingelheim y Lilly hicieron que la diabetes entrase como tema en la agenda de aquellos medios que le dieron cobertura a la campaña.

Bajo otra perspectiva, hay autores que creen crucial la tarea de determinar los colectivos e instituciones utilizadas como fuentes informativas no sólo por la cobertura que puedan aportar, sino por la capacidad de ofrecer una

orientación determinada:

“Identificar a quienes intervienen en los relatos informativos en calidad de testigos, expertos, comentaristas [...] ayudará a individualizar los usuarios y profesionales, y las instituciones que gozan de acceso a los medios y poseen cierta capacidad de modular el sentido de lo que se le presentará al lector” (Francescutti, Martínez & Turchio, 2011, p. 17).

La industria farmacéutica actúa como uno de los efectos persuasivos en el periodista ya que su información y aportación al texto informativo resulta fundamental en muchas ocasiones, pese a que, igualmente, puedan intervenir otro tipo de fuentes como el colectivo sanitario o los pacientes. Según señala Peñafiel et al. (2014, p. 138) a “los laboratorios les interesa que se hable de sus productos y los Gabinetes de Comunicación sirven a los intereses de los clientes y de los medios de comunicación”. En las siguientes líneas, planteamos la investigación en esta dirección, cómo es la información que difunde la prensa antes y después de la aparición de un fármaco, con la consiguiente promoción que lleva ligada para el laboratorio farmacéutico.

## Métodos

Los objetivos de esta investigación se centran en un estudio de caso que contempla la estrategia de la industria farmacéutica en la determinación de la agenda mediática y conocer si los laboratorios (desde sus departamentos de comunicación) actúan como fuente informativa para los periodistas en ciertos temas con los que se los vincula.

Se parte de las siguientes hipótesis:

**H1:** La industria farmacéutica es un motor informativo que favorece que un tema de salud entre en la agenda mediática.

**H2:** La aparición en el mercado de un fármaco asociado a una enfermedad determinada hace que aumenten las noticias relacionadas con esa dolencia en la agenda informativa.

**H3:** El periodista recurre a la industria farmacéutica como fuente de información en ciertos temas de salud.

Debido a que el universo del objeto de estudio es amplio, se realizó el seguimiento de dos casos representativos en cuanto a marcas de fármacos se refiere. Para elegir los dos casos de la muestra a analizar (Viagra y Cialis), se han tenido en cuenta los datos que arroja el estudio elaborado por Deloitte (2010), sobre las mayores empresas manufactureras en España. Según este informe, dos de las tres primeras compañías farmacéuticas

que más facturaron en 2008 fueron las estadounidenses Lilly, con 2.120 millones de euros y Wyeth, absorbida por Pfizer, con 913 millones de euros. Actualmente, ambas se encuentran entre las farmacéuticas más grandes del mundo. Pfizer ocupa el puesto 47 y Lilly el 221 del ranking de empresas más grandes del mundo según la lista que publica Forbes (2017).

El fin de esta investigación no es el de arrojar datos actuales sobre la industria farmacéutica, sino comprobar si las hipótesis planteadas son ciertas mediante dos estudios de caso bastante significativos por la repercusión social que tuvieron. Para ello, se tienen en cuenta dos de los fármacos más vendidos (Viagra y Cialis, ambos combaten la disfunción eréctil) de dos de las grandes farmacéuticas (Pfizer y Lilly, respectivamente).

Se realizó un análisis de contenido para observar el grado de influencia que las principales marcas farmacéuticas en España –en cuanto al volumen económico empresarial se refiere– ejercen en los temas de salud que se publican en dos de los principales diarios generalistas de España (El País y El Mundo) –atendiendo a la tirada y la difusión–, según los datos de la Oficina de la Justificación de la Difusión (OJD). De manera que Lilly y Pfizer son los dos laboratorios seleccionados para la muestra. Gracias al volumen de sus ventas, su uso generalizado en varios países y su reputación, se puede afirmar que Viagra y Cialis no sólo representan a medicamentos, también personifican a los laboratorios Lilly y Pfizer. Es por eso por lo que las noticias relacionadas con la enfermedad que combaten se han elegido como muestra.

Lilly define la disfunción eréctil como la “incapacidad sostenida para conseguir y mantener una erección suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria”. Según los datos que proporciona la farmacéutica (Lilly, 2015), afecta a 150 millones de personas en el mundo y, en España, a aproximadamente 2 millones de varones.

Aunque, hay que señalar que la patente de Viagra de Pfizer expiró en España en junio de 2013, este hecho no afecta al estudio ya que las fechas elegidas para realizar el análisis de ese caso son anteriores. Sin embargo, se ha considerado oportuno hacer esta aclaración pues, es importante tener en cuenta que, durante el periodo en el que dura la patente, las farmacéuticas tienen la exclusividad y propiedad del medicamento como marca registrada. Solo a partir de que expira la patente, otras empresas pueden elaborarlo y comercializarlo bajo el nombre del medicamento genérico.

Para acotar la investigación en el tiempo, de acuerdo a las hipótesis, se partirá de la fecha de autorización de comercialización de cada fármaco según la European

Medicines Agency (EMA). En el caso de la Viagra, septiembre de 1998 y, en el de Cialis, noviembre de 2002. En ambos, se analizarán el año que corresponde al periodo previo a la autorización de comercialización del fármaco y el año posterior a esa fecha.

Los resultados del periodo previo a la autorización del fármaco serán importantes ya que representan la situación del periodo de control. Con ellos se sabrá si los medios hablaban del tema antes del lanzamiento del fármaco y si consideraban importante la disfunción eréctil. Es por ello que se ha considerado que dos años para cada uno de los casos –cuatro años en total– son un periodo significativo para contrastar las hipótesis.

Consideramos que una de las variables indispensables era la fecha de las piezas periodísticas. Según el mes de publicación, se han hecho clasificaciones dependiendo de cada caso, ya que entre la fecha de autorización de comercialización de Viagra y de Cialis hay un salto temporal.

Se estableció un mismo criterio para ambos casos teniendo en cuenta el periodo que va desde los doce meses hasta los siete meses antes de su lanzamiento, los seis meses inmediatamente antes del lanzamiento, el mes en el que se lanza y los cinco siguientes y, por último, los seis meses más lejanos posteriores a la fecha de partida. En cada uno de los casos serán meses distintos, pero el criterio de tiempo será el mismo –todos tienen la misma duración y tienen en cuenta la fecha 0, que corresponde con el mes del lanzamiento del medicamento– con el objetivo de poder comparar los resultados.

Otra de las variables de especial interés para el estudio es el tema principal del que trata la noticia en relación a lo que se está analizando: la disfunción eréctil. Para su clasificación por temas se ha tenido en cuenta el pretest.

Se decidió que la categoría ‘Enfermedad’ incluyera todo aquel artículo en el que se explique, de manera general, cualquier enfermedad como problema de salud, ya sea, incontinencia urinaria, la adicción al tabaco o la propia disfunción sexual. Dentro de ‘Fármaco/Industria farmacéutica’, caben todas las noticias cuyo tema principal sea el negocio o investigación de los laboratorios, la comercialización de un fármaco, los usos o los efectos de ese medicamento, etc. Otro de los temas será el de ‘Personaje público/Cultura’ cuando se asocie la disfunción eréctil a cualquier espectáculo u obra artística que tenga como protagonista a alguien que padece la enfermedad o a un personaje público. En esta categoría se incluyen, por ejemplo, casos como el del futbolista Pelé, quién protagonizó una campaña publicitaria en la que anunciaba las virtudes de Viagra. Dentro del tema ‘Delito/Legalidad’

caben todas aquellas noticias sobre la disfunción eréctil en relación a cuestiones que constituyen un delito, como, por ejemplo, la producción fraudulenta o venta de fármacos ilegales o los ensayos clínicos no permitidos por ley, entre otras. Todos aquellos artículos que tratan temas que no se ajustan a ninguna de las cuatro categorías anteriores, tendrán cabida en 'Otros'.

En cuanto a la variable fuente se han clasificado aquellas que se mencionan más veces en el texto, tienen mayor importancia sus declaraciones o datos a aportar, o aparecen en primera posición. Esta variable se divide en las categorías 'Personal sanitario', 'Pacientes', 'Instituciones/Asociaciones' –cuando se trata de un cargo que representa al Gobierno o la asociaciones de afectados, sindicatos de otros sectores, etc.–, 'Industria farmacéutica/Investigación' –cuando se hace referencia a representantes de empresas del sector farmacéutico o a quienes investigan sobre ello– 'Medio de comunicación' –si se refiere a un periodista u otras publicaciones– y 'No se menciona' –no se cita fuente–.

Por último, para valorar la importancia de marca que tiene el laboratorio, se establece como otra de las variables principales 'Marca farmacéutica'. En este caso, se tendrán en cuenta las noticias en las que aparecen los nombres concretos de empresas farmacéuticas tales como Pfizer o Lilly e, incluso, marcas de fármacos, pues como ya se ha dicho, Viagra o Cialis, por ejemplo, representan la imagen de sus laboratorios.

En cuanto a los medios y a las piezas periodísticas que se van a analizar, se tendrán en cuenta todas aquellas que hayan sido publicadas en cualquier sección de El País y de El Mundo, sin contemplar los suplementos de cada uno de ellos.

Para obtener cada una de las piezas periodísticas que representarán las diferentes unidades de análisis, se recurre a la base de datos - Lexis Nexis- que recoge los artículos publicados en los dos diarios. Sin embargo, por cuestiones metodológicas, de El Mundo sólo se han tenido en cuenta los artículos publicados a partir de junio de 2002, fecha en la que Lexis Nexis empieza a recogerlos en su base de datos. Por este motivo, en el caso de Viagra, únicamente se analizarán las noticias de El País y, en el caso de Cialis, las que sean posteriores a esa fecha (noviembre de 2002). Esto es, el caso de Viagra sólo se analizará en El País y el de Cialis, en ambos diarios.

Para el análisis de la muestra, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en un pretest, se introducen en el motor de búsqueda de la base de datos las palabras 'disfunción eréctil', 'disfunción sexual', 'impotencia' o 'erección' –puede aparecer una sola o varias de ellas– como

tesauros de búsqueda, únicamente, en el titular o en el lead de la información. De este modo, se pretende garantizar que el tema objeto de análisis sea el elemento central del texto o uno de ellos.

Tras introducir los tesauros en la primera búsqueda de Lexis Nexis –en los dos años que tienen que ver con Viagra de Pfizer–, se han obtenido un total de 174 unidades de análisis en El País, aplicando el filtro estricto de repetición del buscador. De estas, se eliminaron las que aparecen en más de una edición o no son consideradas piezas periodísticas, quedando 41. Serán estas últimas las que se sometan al análisis.

Siguiendo el proceso anterior, la segunda búsqueda –la referente a Cialis–, ha derivado un total de 217 resultados en El País y 97 en El Mundo. Sin embargo, tras realizar un filtro de comprobación, la muestra a analizar queda reducida a 15 y 21, respectivamente. Sumando las 41 unidades de análisis filtradas del primer caso (Viagra) y las 36 del segundo (Cialis), la muestra queda conformada por un total de 77 artículos.

Elegidas al azar y distribuidas proporcionalmente en los dos diarios y en los años que abarca el estudio, se han tenido en cuenta 12 unidades de análisis en el caso de Viagra y 11 artículos en el caso de Cialis para realizar un pretest del 30% de cada una de las muestras.

## Resultados

De acuerdo a la metodología, se ha realizado el análisis de contenido de los artículos de la muestra (77). A continuación, se exponen los resultados más importantes que se han obtenido de cada caso y el total de ambos. Siempre que se hace alusión a los resultados obtenidos en el caso de Cialis hay que tener en cuenta que, en este segundo periodo analizado, se encuentran artículos de ambos fármacos. Resulta complejo separarlos ya que cuando surge Cialis, Viagra ya existe y cuando se hace alusión a Cialis también se suele hacer a Viagra. En este caso, cuando los medios abordan la disfunción eréctil, a menudo, aluden a las dos marcas en un mismo artículo y, en los últimos meses de la muestra, también mencionan a Levitra de Bayer, fármaco que igualmente combate la disfunción eréctil y cuyo lanzamiento fue posterior. Decidimos no incluirlo por este motivo y porque el estudio no centraba en los fármacos sino en la enfermedad.

Por ello, es probable que el tratamiento que realizó la prensa la disfunción eréctil, en cada uno de los casos, difiera en algunos aspectos ya que Viagra fue el fármaco que supuso la novedad en la lucha contra la enfermedad, una novedad que ya existía cuando se



analizan las noticias que corresponden al periodo del lanzamiento de Cialis.

Teniendo en cuenta el medio en el que se han publicado las noticias de la muestra, se observa que, como ya se ha indicado, en el caso de Viagra, se analizan 41 artículos de un único medio, El País; y en el de Cialis, 36 noticias: 15 de El País y 21 de El Mundo. Entre ambos casos suman 77 piezas: 56 de El País y 21 de El Mundo. Ambos casos quedan equilibrados respecto al total de noticias: el de Viagra representa un 53% de la muestra que pertenece íntegra a El País y el caso de Cialis, un 47% del total, dividido en 20% de El País y 27% de El Mundo. Se observa que, del total, el 73% pertenece a El País, cifra que triplica el porcentaje de El Mundo (27%).

### Resultados: Tema principal

Los artículos analizados que se ocupan de la disfunción eréctil pueden tratar distintas temáticas. Teniendo en cuenta el asunto principal que abordan (Gráfica N°1), en el caso de Viagra se observa que, con un 64% de los artículos, las cuestiones sobre fármacos e industria farmacéutica son los temas más tratados, seguidos de Delitos/Legalidad (12%), Personaje público/Cultura (10%), Enfermedad (7%) y Otros (7%) (Figura 1).

Como ya se ha explicado, el caso de Cialis es diferente ya que cuando sale al mercado, Viagra ya

existía y, por eso, las noticias analizadas tienen un tratamiento periodístico distinto. No interesa tanto Cialis como fármaco, pues no supuso la misma revolución que Viagra. Esa es la explicación a que temas como Enfermedad (36%) y Personaje Público/Cultura (36%) tengan más importancia que Fármaco/Industria farmacéutica (22%). Éste último tema se sitúa el tercero, seguido por Delito/Legalidad (6%).

Si se observan los resultados de Viagra y Cialis juntos, el tema de los fármacos y la industria de los laboratorios vuelve a ocupar el primer lugar a una distancia considerable del resto, doblando al siguiente más tratado. Por detrás de él, se sitúan Personaje Público/Cultura (22%), Enfermedad (21%), Delito/Legalidad (9%) y Otros (4%).

### Resultados: Fuente principal

Para el caso de Viagra, los medios de comunicación se limitan, en la mayoría de ocasiones, a difundir la información que les proporciona una fuente que suele ser la Industria farmacéutica a través de los gabinetes de comunicación o los investigadores de los laboratorios. Como se observa en la gráfica n°2, la industria es la fuente más citada por los periodistas (33%), seguida de Instituciones/Asociaciones (22%), Personal sanitario (10%), otros Medios de comunicación (5%) y Pacientes (3%).

Llama la atención que, en un 27% de los artículos

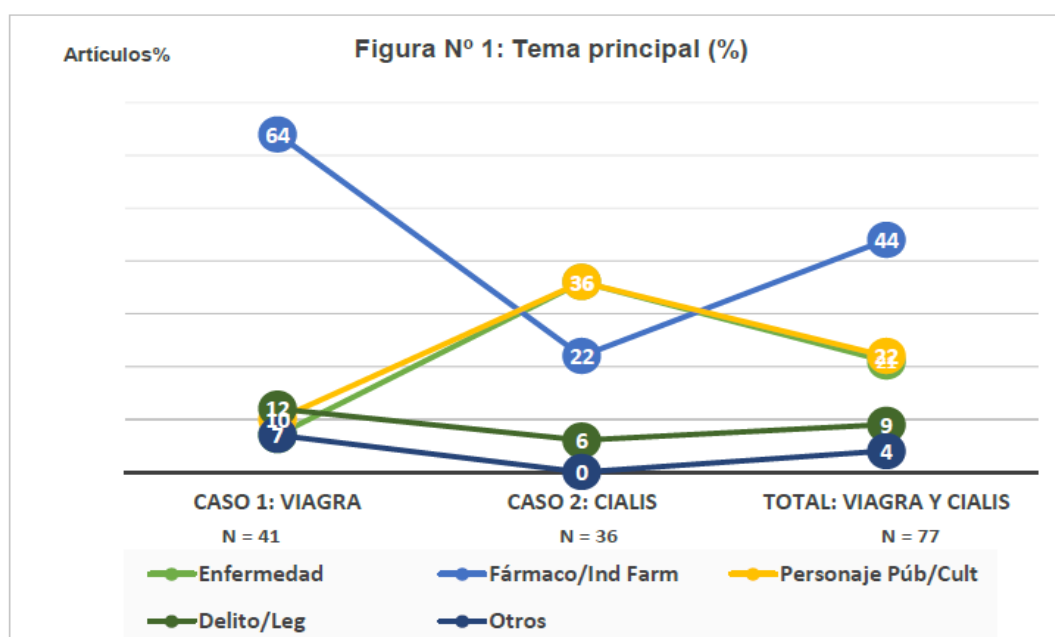


Figura 1. Resultados según el tema principal. Fuente: elaboración propia

no se mencione la fuente. Esto se debe a que, en algunas de las piezas periodísticas, por ejemplo en los artículos de opinión, el periodista elabora, interpreta o aporta su propia información, pero en otras, se trata de noticias que proceden de una determinada agencia o, incluso, de una nota de prensa de una farmacéutica o de una institución que no se menciona en el texto.

En el caso de Cialis, el porcentaje de noticias en las que el periodista no alude a la fuente es aún más elevado que en el de Viagra, alcanza el 36%. Este resultado está por encima de Instituciones/Asociaciones (25%), Industria farmacéutica/Investigación (19%), Personal sanitario (16%), Pacientes (2%) y Medios de comunicación (2%). Estos resultados son un indicativo claro del mayor recorrido informativo que los dos diarios hacen en el caso de Cialis. El periodista no sólo se limita a recoger la información de una determinada fuente, como hacía cuatro años antes, sino que profundiza más en el tema y le otorga mayor importancia a su propia interpretación o valoración.

Los resultados totales indican que, la mayor parte de las veces, no se menciona una fuente determinada (31%) y en el caso de que se mencione, la Industria farmacéutica toma especial relevancia (26%) sobre las demás: Instituciones/Asociaciones (23%), Personal sanitario (13%), Medios de comunicación (4%) y Pacientes (3%).

### Resultados: Fecha

En cuanto a la fecha, en el caso de Viagra, en los seis primeros meses de la muestra, de septiembre de 1997 a febrero de 1998, sólo hay un artículo (2%) sobre disfunción eréctil. Lo mismo sucede en el caso de Cialis en los seis primeros meses, desde noviembre de 2001 hasta abril de 2002 (2%) (Figura 3).

Sin embargo, en la segunda fecha, que corresponde a los seis meses inmediatamente anteriores a la autorización del medicamento –de marzo a agosto de 1998 en caso de Viagra y de mayo a octubre de 2002 en el de Cialis– las noticias aumentan a 19 y 9, respectivamente, por la expectación creada con motivo de su lanzamiento. Un 46% del total de artículos en el caso de Viagra se publicaron durante este periodo y un 25%, en el de Cialis. Se produce una gran subida cercana a la fecha de autorización del fármaco.

En los seis meses inmediatamente posteriores, se contabilizan 12 artículos (30%) en el caso de Viagra de septiembre de 1998 a febrero de 1999 y 11 (31%) en el de Cialis de noviembre de 2002 a abril de 2003. Los resultados son equilibrados entre fármacos. Sin embargo, en el caso de Viagra, el porcentaje de noticias baja y en el de Cialis sube. Una posible explicación contemplaría que el lanzamiento de la primera marca fue tan novedoso que los medios crearon altas expectativas en la opinión

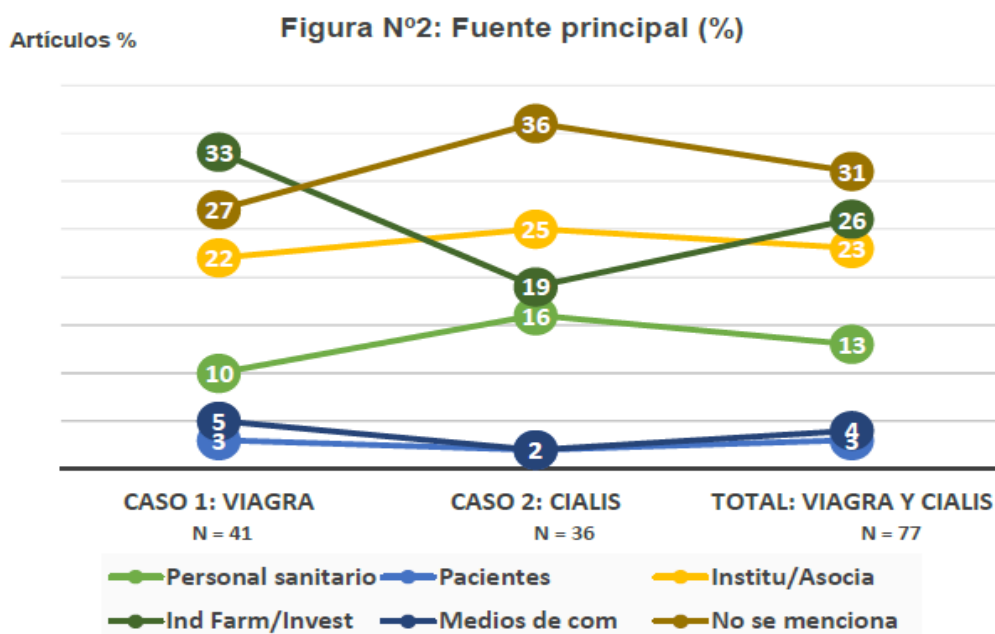


Figura 2. Resultados según la fuente principal. Fuente: elaboración propia

pública, que no conocía previamente otro tipo de fármaco para la disfunción eréctil. Sin embargo, pasada la novedad, las noticias fueron disminuyendo, sin llegar a bajar hasta el 2% del primer periodo tratado. En el caso de Cialis, ocurre al revés. Existen ambos fármacos y, aunque la cantidad de noticias sube mucho, en un primer momento, no llega al punto de Viagra. Además, la aparición de Cialis tiene el efecto contrario en los medios: va aumentando el porcentaje de artículos conforme pasa el tiempo. Los dos diarios tienden a crear piezas más duraderas y recurrentes en el tiempo. A ello, se une, unos meses después de la autorización de Cialis, el lanzamiento de Levitra, un tercer fármaco que ocupa el mismo mercado que los dos anteriores, y que coincide unos meses con la muestra escogida en el caso de Cialis. Con Levitra, vuelve a crecer la expectación.

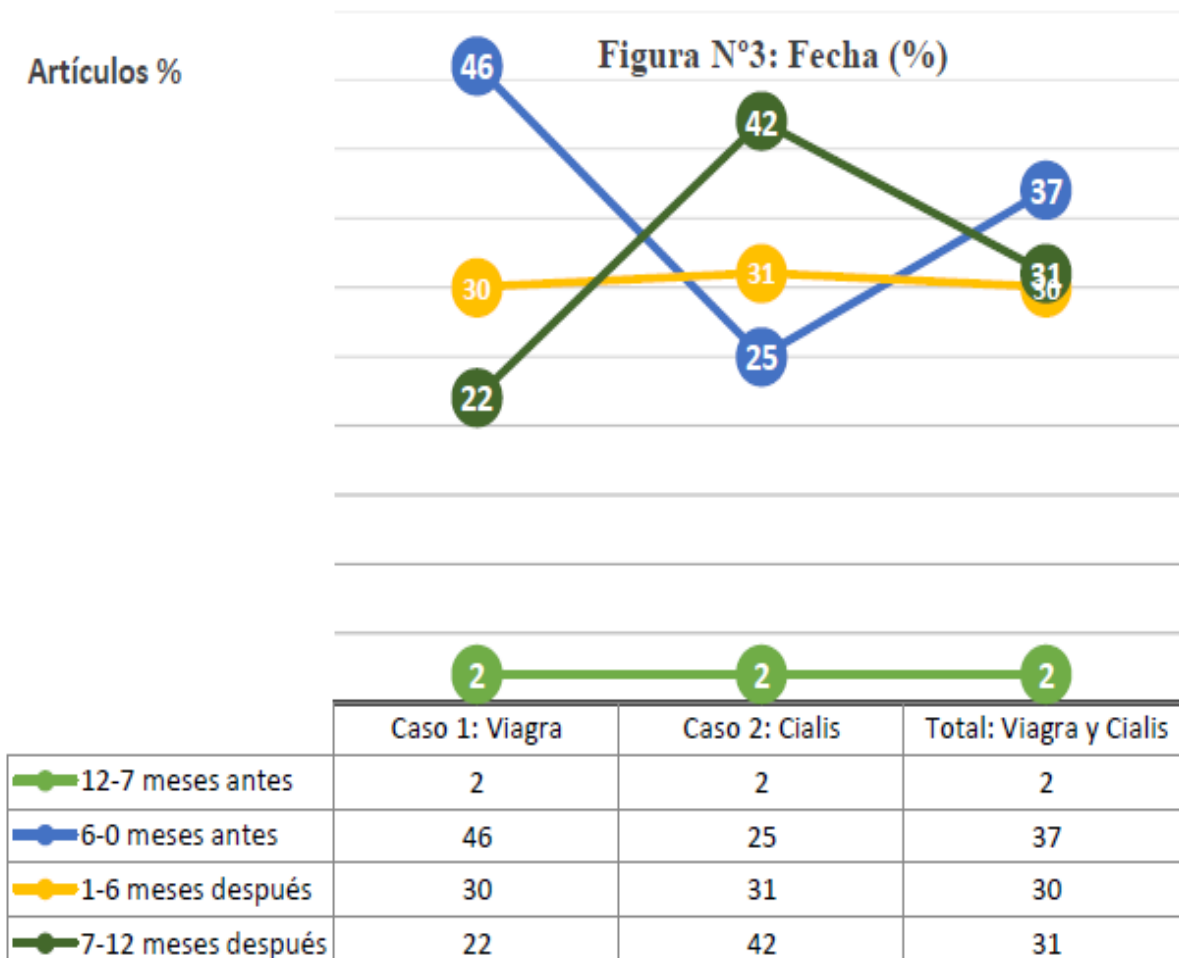
En los seis meses posteriores más lejanos a la fecha tomada como referencia –de marzo a septiembre de 1999 y de mayo a octubre de 2003–, se obtienen 9 artículos, un 22%, en los que en el caso de Viagra y 15 noticias, (42%) en el de Cialis. En total (Viagra y Cia-

lis), se observa un aumento considerable de artículos que hablan sobre la disfunción eréctil a partir de la fecha de autorización de comercialización del fármaco. Mientras que la cantidad de noticias en el año anterior a la autorización del medicamento es de 30 artículos, en el año posterior a esa fecha, asciende a 47 –17 noticias de diferencia–.

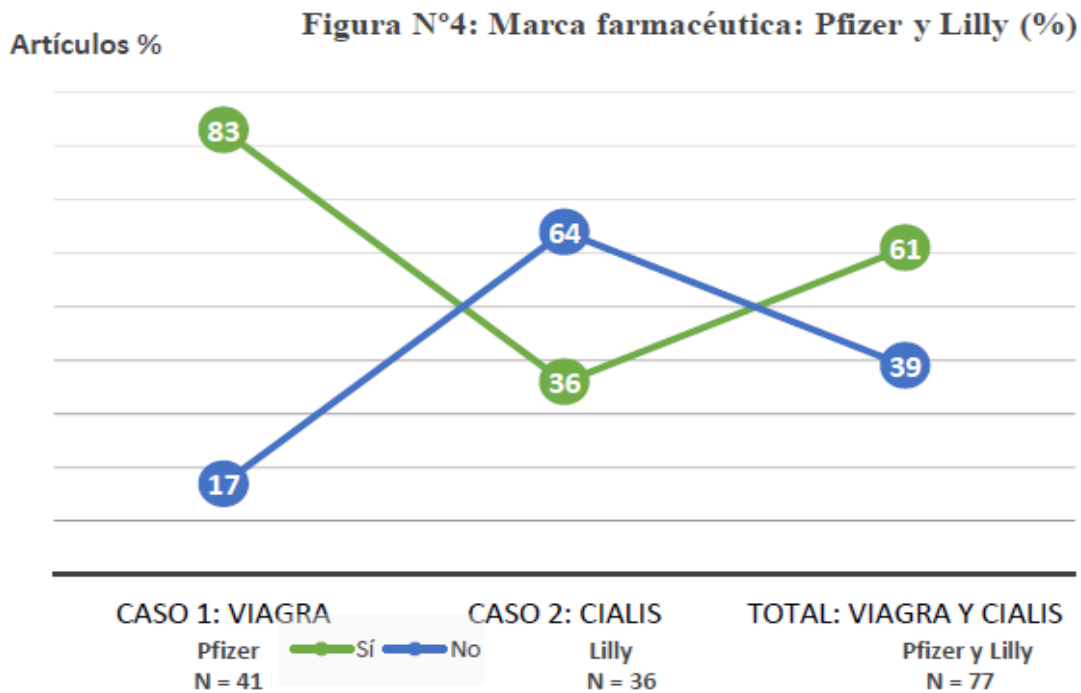
Sin embargo, de ese total de 30 noticias correspondientes al año previo a la fecha, la mayoría coinciden con el periodo inmediatamente anterior y ya hacen referencia o a la existencia del fármaco en otros países como Estados Unidos –donde su lanzamiento fue anterior– o a las expectativas en su comercialización en Europa.

**Resultados: Marca farmacéutica**

En el caso de Viagra, el 83% de los artículos que tratan la disfunción eréctil hacen referencia al fármaco y, con ello, al laboratorio, frente a tan sólo un 17% de las noticias que no mencionan la marca. La diferencia entre ambos es significativa. Esto podría ser un indicativo de



**Figura 3.** Resultados según la fecha. Fuente: elaboración propia



**Figura 4.** Resultados según la marca farmacéutica. Fuente: elaboración propia

la importante campaña que tuvo la farmacéutica en los medios durante los meses más próximos al lanzamiento de uno de sus fármacos estrella.

Con Cialis no ocurre de la misma manera, pese a que la marca también se menciona en una cantidad importante de los artículos (36%), se suele omitir en la mayor parte de noticias (64%). Si se atiende al resultado total de la muestra, el 61% de las noticias analizadas mencionan la marca del fármaco, frente a un 39% de artículos que tratan la enfermedad sin mencionar la empresa farmacéutica o el medicamento concreto.

Resulta de interés resaltar que tal es el conocimiento de la opinión pública sobre la existencia de los fármacos que en algunos artículos se produce una metonimia. Esto ocurre cuando los periodistas publican titulares –dentro de las noticias de la muestra– como “Crean un nuevo ‘viagra’ con el veneno de una araña” (El Mundo, 15 de julio de 2003) o “Viagra femenino para una enfermedad inexistente” (El Mundo, 6 de enero de 2003). Aunque en ninguno de los dos, la noticia se refiere al medicamento concreto de Viagra, sino a otros que, llamándose de otro modo, están orientados a combatir la disfunción eréctil, el periodista pensaría que hacer referencia a ellos como Viagra resultaría más cercano, facilitando

la comprensión del concepto.

## Discusión

De acuerdo con la primera hipótesis (H1) que alude a la teoría de agenda-setting (McCombs & Shaw, 1972), existen indicios para plantear que la industria farmacéutica funciona como motor informativo. Tiene la capacidad de atraer la atención de diarios generalistas –en este caso, con el lanzamiento de un fármaco– hacia una enfermedad que, previamente al lanzamiento del fármaco, no tenía cabida en la publicación.

Se puede apreciar que los temas sobre información sanitaria que se publican en los diarios españoles responden a intereses de las grandes farmacéuticas. Resulta significativo que en el caso de Viagra, las cuestiones que tratan asuntos relacionados con fármacos e industria farmacéutica (64%) quintuplican a las que mencionan el tema siguiente, el de Delitos/Legalidad (12%).

Se observa que Lilly y Pfizer llegan, en ocasiones, a conseguir que se les dé difusión como propaganda informativa en diarios generalistas como El Mundo o El País, tal como se ha visto en los resultados explicados respecto a la variable de marca de ambos laboratorios. El 61% de las noticias llegan a mencionar y dar publicidad



a la empresa farmacéutica cuando la marca del fármaco aparece escrita en una noticia.

Teniendo en cuenta la segunda hipótesis (H2) planteada en el estudio, el lanzamiento al mercado de un determinado fármaco estrella propicia la aparición de mayor cantidad de noticias que abordan ese problema de salud respecto a los meses previos a su autorización de comercialización. Estos datos se ven reflejados en el aumento de noticias, en 35 puntos, que se produce, respecto a la muestra total de ambos casos, de los artículos correspondientes al primer periodo (2%) a los del segundo (37%).

Aunque, dentro de las rutinas periodísticas, la publicación de noticias sobre la aparición de fármacos en el mercado resulta lógica por criterios noticiables como la novedad, la importancia o la magnitud de las personas afectadas, el aumento tan marcado de artículos que alertan sobre la enfermedad y la aparición de la marca farmacéutica en el texto, responden, sobre todo, a las estrategias comunicativas de las empresas.

El periodista utiliza a la industria farmacéutica y a las herramientas que esta le proporciona como fuente de información primaria para orientar al lector sobre ciertos temas de salud, en este caso, la disfunción eréctil. Los resultados obtenidos aportan cierta claridad respecto a la tercera hipótesis (H3). Al estudiar la variable denominada "fuente principal", se estima que, teniendo en cuenta la complejidad o a la novedad a la hora de tratar ciertos aspectos que tienen que ver con temas sanitarios, el periodista acude con mayor asiduidad (26% del total frente al resto de fuentes expuestas) a las informaciones que le proporcionan los gabinetes de prensa de los laboratorios farmacéuticos para informar a los lectores del diario. Con ello se quiere resaltar que se emplean con más frecuencia fuentes "interesadas" (que promocionan un producto concreto) y no otras más específicas como pueda ser el personal sanitario.

Desde una perspectiva periodística, se puede pensar que los redactores que escriben sobre temas de salud no están suficientemente especializados en estos aspectos y, en ocasiones, no saben todo lo necesario de los conceptos tan complejos que abordan y, por eso, recurren a la información que les proporcionan los gabinetes de prensa de la industria farmacéutica a la hora de elaborar su pieza periodística.

Para ilustrar con un ejemplo la reflexión anterior se contactó con Pfizer y con Lilly y se procedió al registro como usuario en ambas webs para acceder a sus notas de prensa. Se pretendía mostrar las posibles similitudes que podrían existir entre alguna de las noticias objeto de la muestra que se ha analizado en este estudio y la

nota de prensa original que la farmacéutica distribuyó a los medios de comunicación con motivo del lanzamiento de Viagra o Cialis. Sin embargo, no fue posible obtener las notas de prensa de las fechas que se han analizado porque, según aseguraron, habían sido eliminadas de los archivos documentales. Es por eso por lo que se ha considerado oportuno mostrar un ejemplo algo más actual e igualmente representativo para lo que se pretende explicar.

Se puede observar las similitudes que hay entre la nota de prensa que Pfizer publicó en su web y distribuyó a los medios de comunicación en febrero de 2012, con motivo del cambio de diseño en el embalaje de Viagra (Pfizer, 2012) y la noticia derivada sobre esta cuestión que, finalmente, se publicó en la sección de salud de la versión digital de El Mundo (El Mundo, 2012).

La nota de prensa de Pfizer alaba y comenta las ventajas que va a suponer el cambio en el diseño de embalaje de Viagra que, según el laboratorio, beneficia a pacientes y farmacéuticos y lo distingue de otros medicamentos falsificados. Además, trata de concienciar de lo perjudiciales que son estas falsificaciones.

Del mismo modo, El Mundo aborda la noticia desde el punto de vista de la farmacéutica, centrándose en los aspectos positivos que supone el cambio en el diseño del medicamento y en las cuestiones negativas que conllevan las falsificaciones del fármaco, sin un análisis más pormenorizado o un background mayor que el que facilita Pfizer y que se le podría exigir a un periodista. Del mismo modo, el medio toma literalmente frases de la nota de prensa y las publica sin apenas modificaciones.

A ello hay que sumar que la agencia de noticias Europa Press es la autora de la pieza periodística. El texto evidencia que, la información que Pfizer distribuyó a los medios de comunicación, se publicó sin apenas variaciones, en un medio de comunicación generalista (El Mundo) a pesar de haber pasado, previamente, por la elaboración de otra fuente intermedia, una agencia de noticias como Europa Press. Esto lleva a afirmar que, en mayor o en menor medida, los periodistas utilizan la información que facilita la industria farmacéutica para crear directamente la pieza —en una noticia breve— o de dar difusión a una "semiliteralidad" de una nota de prensa.

Por su parte, la nota de prensa del 9 de octubre de 2014 que Lilly tiene pública en su web y que se refiere a la disfunción eréctil también se publica en periódicos como La Información o 20 Minutos el día 10 de octubre de 2014. Los medios de comunicación destacan la misma información que la nota de prensa que elaboró la farmacéutica. Es especialmente llamativo de La Información

que publica “Cerca del 50% de los hombres que sufren síntomas urinarios por problemas de próstata, sufre también disfunción eréctil” (La Información, 2014) utilizando exactamente el mismo titular que aparece en la nota de prensa de Lilly. El cuerpo de la noticia es idéntico en ambos. Tanto la farmacéutica como el periódico incluyen, además de los argumentos que apoyan la información que destaca el titular, afirmaciones como las siguientes:

“En el plano de la rehabilitación y tratamiento de la disfunción eréctil tras la prostatectomía radical, durante la conferencia se destacó que tadalafilo ha demostrado su efectividad en el tratamiento para los problemas de erección originados por esta técnica quirúrgica. Especialmente la dosis de 5 mg diaria. “Hay evidencia científica de que la dosis de 5 mg diaria recupera más pacientes que dosis más altas, como la de 20 mg”, ha explicado el Dr. Martínez Salamanca. [...]” (Lilly y La Información, 2014).

Es importante señalar que existe una preocupación real por parte de Lilly de crear una opinión pública favorable al tratamiento de la disfunción eréctil con tadalafilo, ya que es el nombre genérico del fármaco que Lilly comercializa con el nombre de Cialis.

## Conclusiones

Como ya planteaban algunos autores (Peñañiel et al., 2014), los temas de salud en los medios tienen una demanda informativa, los ciudadanos buscan encontrar artículos al mismo tiempo que divulgación y pedagogía sobre salud que ayuden a mejorar su calidad de vida. Es por ello que la aparición de un fármaco, unido al concepto de rentabilidad económica, favorece un impulso de la cobertura de la enfermedad en la agenda mediática (Papí et al., 2007). Las relaciones y contactos con la prensa que las marcas realizan durante los meses previos y posteriores a la comercialización del nuevo fármaco y a la relación que mantienen con los redactores contribuyen a que el medio de comunicación otorgue una mayor importancia y cabida a la enfermedad dentro de la publicación. Estas afirmaciones se derivan de los resultados expuestos en las variables tiempo y tema. Igualmente son indicios que llevan a pensar que la comercialización de un fármaco motivaría una visibilidad informativa mayor de la que tenía la enfermedad durante el periodo previo a la aparición del medicamento.

A modo de discusión y reflexión, el estudio plantea al igual que otros similares (Guzmán & Rodríguez, 2016; Giraldo & Rodríguez, 2017) ciertos interrogantes que merecerían un trabajo posterior: ¿hasta qué punto un tema de salud se convierte en noticia cuando existe una estra-

tegia comercial detrás y por qué?, ¿hasta qué punto es autónoma la prensa en la propuesta de temas de agenda informativa?, ¿existe una dependencia necesaria entre periodistas e industria farmacéutica?

## Referencias Bibliográfica

- Catalán, J. M. y López Iglesias, J. (2003). ¡Infórmate en Salud! Los medios de comunicación y la información sanitaria. Madrid: Colección Cuadernos de educación para la salud, Ediciones Eneida Salud.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2017). Barómetro Sanitario 2016 (Total Oleadas). Núm. 8816. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2016/BS2016\\_MAR.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_MAR.pdf)
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2017). Barómetro de junio de 2017. Núm. 3179. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2016/BS2016\\_MAR.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_MAR.pdf)
- Costa Sánchez, C. (2008). Medicina y salud en la prensa. Las noticias de salud en los principales diarios de Galicia. Revista Latina de Comunicación Social. Vol. 1 Núm. 63 pp. 15-21.
- DeGeorge, W. (1981). Conceptualization and measurement of audience agenda, Mass Communication Review Yearbook. Vol. 2 pp. 219-222.
- Deloitte (2010). Las mayores empresas manufactureras en España. CIBS. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: [http://www.deloitte.es/es/Estudios/es\\_Las\\_mayores\\_empresas\\_manufactureras.pdf](http://www.deloitte.es/es/Estudios/es_Las_mayores_empresas_manufactureras.pdf)
- Forbes (2017). “The World’s Biggest Public Companies”. Global 2000. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://www.forbes.com/global2000/list/>
- El Mundo (2012). Viagra cambia de ‘look’ para combatir la piratería. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/02/16/noticias/1329407282.html>
- Esdiabetes (2011). Esdiabetes, tómatela en serio. Dossier de presa. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://www.esdiabetes.org/dos-sierv1.pdf>
- Farmaindustria (2016). Informe Anual. Consultado el día 10 de enero de 2018 de la World Wide Web: <http://www.farmaindustria.es/web/documento/memoria-anual-2016/>
- Francescutti, P., Martínez Nicolás, M. y Tucho Fernández, F. (2011). La información sanitaria en los teledia-

- rios. La información sanitaria en los telediarios. Madrid: Almad Ediciones.
- Fundació Vila Casas (2010). Informe Quiral 2009: Medicina, Comunicación y Sociedad. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: [http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/informe-quiral2009/\\_pub:13/](http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/informe-quiral2009/_pub:13/)
- Fundació Vila Casas (2016). Informe Quiral 2015: La comunicación pública sobre las vacunas. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <file:///C:/Users/User/Downloads/A89627730.pdf>
- Giraldo, L. F. y Rodríguez, R. (2017). "El tratamiento de los temas de salud en los medios: el caso del Alzheimer", en Cuesta, U., Peñafiel, C., Terrón, J. L, Bustamante, E. y Gaspar, S. (coords), Comunicación y Salud. Dextra, Madrid, pp. 637-648.
- Guzmán, B. y Rodríguez, R. (2016). "Comunicación y salud: la anorexia a través de la prensa". Estudios sobre el mensaje periodístico, vol. 22, 2016, núm. 2, pp. 747-758.
- La Información (2014). Cerca del 50% de los hombres que sufren síntomas urinarios por problemas de próstata, sufre también disfunción eréctil. La información. [Online] Disponible: [http://www.lainformacion.com/salud/medico-de-atencion-primaria/cerca-del-50-de-los-hombres-que-sufren-sintomas-urinarios-por-problemas-de-prostata-sufre-tambien-disfuncionerectil\\_7WeVgCz8NZXngffuRtXFs5/](http://www.lainformacion.com/salud/medico-de-atencion-primaria/cerca-del-50-de-los-hombres-que-sufren-sintomas-urinarios-por-problemas-de-prostata-sufre-tambien-disfuncionerectil_7WeVgCz8NZXngffuRtXFs5/)
- Lilly (2014). Cerca del 50% de los hombres que sufren síntomas urinarios por problemas de próstata, sufre también disfunción eréctil". Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://www.lilly.es/es/noticias/notas-de-prensa-sobre-areas-terapeuticas/09-10-2014-cerca-del-50-por-ciento-de-los-hombres-que-sufren-sntomas-urinarios-por-problemas-de-prstata,-sufre-tambien-disfunc.pdf>
- Lilly (2015). Disfunción eréctil. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://www.lilly.es/es/tu-salud/salud-del-hombre/disfuncion-erectil.aspx>
- McCombs, M. (2004). Setting the agenda: The mass media and public opinion. United Kingdom: Polity Press.
- McCombs, M. y Shaw, D. L. (1972). The Agenda-setting function of the mass media. Public Opinion Quarterly. Num. 36, pp. 176-187.
- Miller, D., Kitzinger, J., Williams, K. y Beharrell, P. (1998). The Circuit of Mass Communication: Media Strategies. Representation and Audience Reception in the AIDS Crisis. Londres: SAGE Publications.
- Papí Gálvez, N., Cambronero Saíz, B. y Ruiz Cantero, M. T. (2007). El género como "nicho": el caso de la publicidad farmacéutica. Feminismo/s pp. 93-110.
- Park, R. (1922). The Immigrant Press and Its Control. New York: Harper & Brothers.
- Peñafiel Saiz, C., Camacho Markina, I., Aiestaran Yarza, A., Ronco López, M. y Echeagaray Eizaguirre, L. (2014). La divulgación de la información de salud: un reto de confianza entre los diferentes sectores implicados. Revista Latina de Comunicación Social. Vol. 69 pp. 135-151.
- Perea Rodríguez, A. y Hellín Ortuño, P. A. (2013). Estudio de la comunicación de lobby en el caso de la gripe A. Persuasión en la prensa escrita española. Anagramas. Vol 11 Núm. 22 pp. 53-78. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://www.scielo.org.co/pdf/angr/v11n22/v11n22a04.pdf>
- Pfizer (2012). Nota de prensa: Pfizer modifica el diseño del embalaje de su medicamento para la disfunción eréctil para distinguirlo de los medicamentos falsificados. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: [www.pfizer.es/actualidad/pfizer\\_modifica\\_diseño\\_embalaje\\_su\\_medicamento\\_disfuncion\\_erectil\\_distinguirlo\\_medicamentos\\_falsificados.html](http://www.pfizer.es/actualidad/pfizer_modifica_diseño_embalaje_su_medicamento_disfuncion_erectil_distinguirlo_medicamentos_falsificados.html)
- Revuelta, G. (2006). Salud y medios de comunicación en España. Observatorio de la Comunicación Científica, Gaceta Sanitaria. Vol. 20 pp 203-208.
- Roberts, A. y Good, E. (2010). Media images and female body dissatisfaction: The moderating effects of the Five-Factor traits. Eating Behaviours. Vol. 11 Núm. 4 pp. 211-216. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eat-beh.2010.04.002>
- Seale, C. 2003. Health and media: an overview. Sociology of Health Illness Brunel University, Department of Human Sciences. Vol. 25 Núm. 6 pp. 513-531.
- Slater, M., Hayes, A.; Reineke, J.; Long, M. y Bettinghaus, E. 2009. Newspaper coverage of cancer prevention: multilevel evidence for knowledge-gap effects. Journal of Communication. Vol. 59 Núm. 3 pp. 514-533. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://dx.doi.org/10.1111/j.14602466.2009.01433.x>
- Wallington, S., Blake, K., Taylor-Clark, K. y Viswanath, K. (2010). Antecedents to agenda setting and framing in health news: an examination of priority, angle, source, and resource usage from a national survey of U.S. health reporters and editors. Journal of Health Communication. Núm. 15 pp. 76-94. Consultado el día 20 de octubre de 2017 de la World Wide Web: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730903460559>
- Whitney, D. y Becker, L. (1982), Keeping the Gates for Gatekeepers: The effects of Wire News. Journalism Quarterly. Vol. 59 pp. 60-65.

Wimmer, R. y Dominick, J. (1996). La investigación científica de los medios de comunicación: Una introducción a sus métodos. Barcelona: Bosch.



## Percepción de los pacientes acerca de la empatía de las enfermeras en Monterrey (México)

## Perception of patients about the empathy of nurses in Monterrey (Mexico)

Javier Álvarez Bermudez<sup>a</sup>, Jessica Paola Sáchica Carreño<sup>b</sup>, Javier Andrés Villalba Rojas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

<sup>b</sup>Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

### Resumen

El estudio tuvo como objetivo conocer la percepción de los pacientes acerca de la empatía de las enfermeras en la ciudad de Monterrey, México. Se utilizó un diseño cualitativo con un abordaje fenomenológico y exploratorio. La muestra estuvo compuesta por personas que estuvieron hospitalizadas por mínimo tres días y con un rango de edad de 18 a 35 años. Se obtuvo que, si bien los pacientes percibían que se les atendía adecuadamente por parte de las enfermeras, también manifestaron que no se les pedía opinión respecto a las atenciones, así como una falta de interés en la vida personal de los pacientes. Así mismo, mencionaron las buenas habilidades que tienen las enfermeras para atender a los pacientes, pero percibían escasa iniciativa por su parte en las situaciones de crisis que ellos vivieron. Es necesario seguir preparando y dotando a las enfermeras de habilidades con respecto al cuidado del paciente, pero igualmente importante resulta la formación de las enfermeras en cuanto a la comunicación, considerando la opinión de los pacientes y teniendo en cuenta la vida personal de los mismos, pudiendo emplearlo como factor de recuperación.

Palabras Clave: Enfermería; Empatía; Percepción; malestar personal; toma de perspectiva.

### Abstract

The objective of the study was to know the perception of patients about the empathy of the nurses in the city of Monterrey, Mexico. A qualitative design with a phenomenological and exploratory approach was used. The sample consisted of people who were hospitalized for at least three days and aged 18 years to 35 years. It was obtained that although the patients stated that they were adequately cared for by the nurses, they also stated that they were not asked for opinions regarding care, as well as a lack of interest in the personal life of patients. Likewise, they mentioned the good skills nurses have to take care of patients, but they perceived that they had little initiative on their part in the crisis situations that they experienced. It is necessary to continue to preparing nurses in terms of communication, considering the option of patients and taking into account the personal life of the patients, being able to use it as a recovery factor.

Key words: Nursing; Empathy; Perception; Personal distress; Perspective taking.

## Introducción

La percepción es el resultado del procesamiento de la información, este se da a través de las estimulaciones a los receptores sensoriales de la propia actividad del sujeto (Carterette & Friedman, 1982; Castilla, 2006; Millán, García, Rodríguez-Peral & Servant, 2008). Para que se dé la percepción se requiriere prestar atención a los estímulos recogidos por los sentidos, para así interpretar la información proveniente de su entorno, y elaborar la imagen social respecto a los objetos y las experiencias mismas. En el caso del comportamiento social, estos estímulos son usualmente otras personas y sus conductas, mismas que adquirimos como representación de la realidad que se percibe (Baron & Byrne, 1998; Lagos, Galán & de Romo, 2010).

La percepción de personas y la percepción de objetos comparten ciertas similitudes. Sin embargo, existen rasgos que las distinguen ya que al percibir personas se hace la interpretación de como esta tiene una causa y un efecto sobre el entorno del individuo (García, Sánchez, Cruz & López, 2012). De manera que al hacer esta interpretación el sujeto infiere acerca de los sentimientos, actitudes e intenciones de la persona en base a sus experiencias previas con otras personas o ambientes similares (Moya, 1994; Rendón, Soler, Cortés, 2012). Otro aspecto a considerar es que la percepción de personas es dinámica, en este sentido puede afectar la conducta de los otros. Además, la percepción de personas es más compleja que la percepción de objetos, ya que existen muchos atributos no observables directamente, las personas cambian más que los objetos, y la exactitud de la percepción es más difícil de comprobar (Castilla, 2006, Davis, 1983).

La empatía es un factor fundamental en el estudio de la conducta del ser humano, y su investigación resulta de enorme interés sobre de la conducta de las relaciones sociales en la cotidianidad de su que hacer (López- Pérez, Fernández Pinto & Abad, 2008; Muñoz, Zapata & Chaves, 2013). Como un ideal de las relaciones humanas, la empatía ha sido concebida de muchas maneras, tratando de impulsar comportamientos de cooperación y convivencia, unidos a la necesidad de ponerse en el lugar de su semejante (Balderas, 2014). La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir alegría, tristeza, miedo, rabia o ansiedad (Muñoz & Chaves, 2013; Pacheco & Berrocal, 2004).

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (Sierra & Zapata, 2013). En enfermería, el cuidado se considera como la esencia; implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de las habilidades y comportamientos para la atención de los pacientes (Ramírez & Müggenburg, 2015). El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento o recuperación de la persona, en los que se hace evidente el cuidado de la enfermera/enfermero, que se caracteriza por la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (Guevara, Zambrano & Evies, 2011). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería (Báez- Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño & Medina-López, 2009).

## Objetivos

- Conocer la percepción de los pacientes acerca de la empatía de las enfermeras en la ciudad de Monterrey.
- Analizar cuáles son las características empáticas de las enfermeras mejor valoradas por los pacientes.

## Material y métodos

Este estudio tiene un diseño cualitativo, con un abordaje fenomenológico y exploratorio. Se utilizó un tipo muestreo por medio de la técnica bola de nieve, con propósito de seleccionar a los sujetos de estudio. Los criterios de inclusión fueron: participantes con un mínimo de tres días de hospitalización, pertenecientes o atendidos en centros de salud del área metropolitana de Monterrey, México, ambos sexos, rango de edad entre los 18 y 35 años. Se incluyeron sujetos con enfermedades pulmonares, dérmicas, cardíacas, gástricas, intoxicaciones o cirugías.

## Instrumento

Se realizó una revisión de la literatura en diferentes bases de datos, como Dianelt, ProQuest, y AcademicSearch Complete, con el propósito de investigar cómo se ha estudiado la percepción que tienen los pacientes acerca de los procesos empáticos en el ámbito de la enfermería. Se identificaron diferentes instrumentos psicométricos que refieren a empatía, seleccionándose tres de ellos por ser los más referidos dentro de diferentes investigaciones: el

IRI (Índice de Reactividad Interpersonal), compuesto de 28 ítems que evalúan cuatro dimensiones independientes de empatía: fantasía, toma de perspectiva, preocupación empática y malestar personal (Davis 1980, 1983; Escrivá, Navarro & García, 2004; Guzmán-Gonzales, Peloquin, Lafontaine, Trabucco & Urzua, 2014). También se revisó el TECA (Test de Empatía cognitivo y afectiva), cuestionario con 33 ítems subdividido en cuatro escalas: Adopción de perspectiva, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática (López-Pérez, Fernández-Pinto & Abad, 2008; Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008; Nekane-Balluerka & Goretti, 2013; Yuguero-Torres, 2015). El tercero es el Test de Jefferson, que contiene 20 ítems divididos en las siguientes dimensiones: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad de ponerse en los “zapatos del paciente” (Hojat, Mangione, Nasca, Cohen & Cols, 2001; Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara & Hojat, 2005, p. 22; Montilva, García, Torres, Puertas & Zapata, 2015).

Se realizó un análisis de cada instrumento, contrastando las dimensiones de cada uno, y se identificaron conceptualizaciones similares, como son: Toma de perspectiva, que refiere a la capacidad intelectual e imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona (Martín, Gómez, Chávez & Greer, 2006; Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008; Rendón, Soler & Cortés, 2012); Malestar Personal, que alude a los sentimientos personales de ansiedad y malestar que se producen al observar las experiencias negativas de los demás (Berenzon Gorn et al., 2014) y Preocupación Empática, que señala los sentimientos de simpatía, compasión y preocupación por los demás (Davis, 1980; Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008).

Luego de esta etapa se realizó una selección de reactivos de cada uno de los instrumentos de acuerdo a las dimensiones elegidas, donde se identificaron los ítems que estaban relacionados con la investigación. Posteriormente se modificaron los mismos para darles un formato de preguntas abiertas, dado el abordaje cualitativo de la investigación.

El instrumento final estuvo constituido de la siguiente forma: tres sub escalas, que son preocupación empática, malestar personal y toma de perspectiva. La sub escala preocupación empática estuvo constituida por 6 preguntas, la de toma de perspectiva por 4 preguntas y la de malestar personal por 4 preguntas (véase tabla 1). Una vez elaborado el instrumento, se procedió a pilotarlo con 5 participantes, queriendo corroborar la interpretación de los ítems durante la administración del mismo.

**Tabla 1** - Instrumento

<b>Nombre:</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Preguntas:</b>	
¿Motivo de hospitalización?	
¿A qué edad estuviste hospitalizado?	
¿Tiempo de permanencia en el hospital?	
1. ¿Me podría platicar como era la disposición de las enfermeras para atenderle? (Preocupación Empática)	
2. ¿Cree que las enfermeras pedían su opinión a la hora de ser atendido? (Toma de Perspectiva)	
3. ¿Cómo considera que fue la actitud de las enfermeras? (Preocupación Empática)	
4. ¿Cómo considera que fue en general la comunicación de ella-s con usted en su estancia? (Preocupación Empática)	
5. ¿Detecta la enfermera sus estados de ánimo o la situación en la que está? (Preocupación Empática)	
6. Cuando habla con las enfermeras, ¿percibe que comprenden cómo se siente? (Preocupación Empática)	
7. ¿Usted cree que las enfermeras entienden su dolor físico o malestar durante los cuidados hospitalarios? (Preocupación Empática)	
8. ¿Cree que las enfermeras consideran su vida personal como un factor importante para la recuperación? (Malestar Personal)	
9. ¿Cree que las enfermeras tienen la habilidad adecuada para la atención de los cuidados hospitalarios? (Toma De Perspectiva)	
10. ¿Piensa usted que las enfermeras ante una situación adversa toman represalias con usted cuando lo están atendiendo? (Malestar Personal)	
11. Cuando las enfermeras le están atendiendo, ¿cree que le están manipulando con desagrado? (Malestar Personal)	
12. ¿Cree que las enfermeras tienden a sentirse afectadas por su recuperación? (Malestar Personal)	
13. Cuando se presenta una problemática entre el mismo personal hospitalario, ¿cómo se comportan las enfermeras en su cuidado? (Toma de Perspectiva)	
14. Cuando se genera conflicto con los trámites hospitalarios, ya sean personales o de otros pacientes, ¿las enfermeras toman en cuenta sus opiniones? (Toma de Perspectiva)	

El instrumento final tuvo un tiempo de aplicación promedio de 5 a 10 minutos. Se contó con el consentimiento de cada participante por medio de la grabación de audio de la entrevista, abarcando la libre participación y que el trabajo respondía exclusivamente a objetivos de investigación.

## Resultados

A continuación se presentan los resultados acerca de la empatía, fenómeno estudiado, que se encuentra dividido en tres dimensiones así ordenadas: preocupación empática, toma de perspectiva y malestar personal.

Dentro del análisis de resultados en la pregunta “¿Me podría platicar como era la disposición de las enfermeras para atenderle?”, se identificó que el 73% de la muestra establece que las enfermeras tuvieron una buena disposición al atenderlos:

“Muy amables, muy serviciales y muy buenos, la atención que recibí en el hospital” (Participante-27)

Por otro lado, se identificó que el 21% de la muestra establecía que algunas enfermeras eran muy frías y no lo hacían con disposición:

“Pues muy duras al momento que tú le pedías algo, y otras si eran como más amables y tenían más disponibilidad” (Participante-24)

En cuanto a la pregunta “¿Cree que las enfermeras pedían su opinión a la hora de ser atendido?”, se identificó que para el 47% de la muestra pedían la opinión de sus pacientes y estaban atentas al dolor que sentían:

“Se disculpaban, por ejemplo, te digo cuando me levantaban por la noche para el medicamento me pedían perdón o así, pero sí me hablaban bien o trataban bien y me preguntaban si me sentía a gusto” (Participante-6)

Mientras que el 38% de los participantes daba a conocer que las enfermeras sólo iban a cumplir con su responsabilidad de cuidado físico, independientemente de si sus pacientes sentían incomodidad o inconformidad:

“No, sólo me decía nada más lo que me iban a hacer y se iban, me avisaban pero no me decía si quería que lo hiciéramos o no” (Participante-31)

Cuando se hablaba acerca de la pregunta “¿Cómo considera que fue la actitud de las enfermeras?”, se encontró que para el 68% de la muestra, las enfermeras tuvieron una actitud atenta donde mostraban seguridad:

“Muy buena, hablábamos de todo, no sólo de mi situación problema, sino de todo en general, siempre me informaban sobre qué es lo que me iban a hacer y el para qué” (Participante-7)

El 23% de los participantes pensaban que las enfermeras no tenían una buena actitud, ya que se comportaban bruscamente y tenían un aspecto de agotamiento laboral.

“Unas sí y otras no, unas no sirven para ese trabajo, porque les preguntas bien y te responden bruscamente” (Participante-14)

En cuanto a la pregunta “¿Cómo considera que fue en

general la comunicación de ellas con usted en tu estancia?”, el 68% de los participantes expresaron que tenían una buena comunicación, ya que las enfermeras hacían lo posible por entender la situación.

“Buena, siempre fueron como que avisándome del cambio y la evolución, y me preguntaban si me dolía y ya después dentro de la hospitalización” (Participante- 21)

Mientras que el 22% establecía que había comunicación mecanizada, robotizada y, en algunos casos, limitada:

“Más que nada es mecanizado, no es que sientan agrado, simplemente están haciendo su trabajo, por lo cual lo hacen de forma fría” (Participante-16)

Así mismo, cuando se hablaba de la pregunta “¿Detecta la enfermera sus estados de ánimo o la situación en la que está?”, el 53% de los participantes expresaron que sí:

“Sí, me decían, oye hoy te vemos como más cansada, oye te sientes bien, con dolor, sí se daban cuenta con base a tu estado de ánimo” (Participante-12)

Mientras que el 29% establecía que en ningún momento detectaban el estado de ánimo en el cual se encontraban:

“No, nunca mencionaron algo que tuviera que ver con mis emociones” (Participante-17)

Sin embargo, cuando se abordó la pregunta “Cuándo habla con las enfermeras, ¿percibe que comprenden cómo se siente?”, el 71% respondieron afirmativamente, que los comprendían y entendían que eran humanos:

“Sí me comprendían, sabían como me sentía, pues ellas entendían todo lo de operación, de los cuidados y la atención que debemos recibir, y pues sí, recibimos buen trato por parte de ellas” (Participante-27)

Un 18% respondía contrariamente, y finalmente un 11% respondía que en algunos casos, dependiendo de la edad y experiencia de las enfermeras.

Igualmente, se les preguntó a los participantes “¿Usted cree que las enfermeras entiende tu dolor físico o malestar durante los cuidados hospitalarios?”, a lo que el 56% respondió afirmativamente, ya que preguntaban constantemente acerca de su estado:

“Sí, porque algunos de ellos bromeaban y te hacían reír o hacían comentarios empáticos como “sé que te duele, es sólo un momento, te vas a sentir mejor”. Si se te ofrecía algo, te ayudaban para que estuvieras cómodo” (Participante-10)

Mientras que el 32% respondían contrariamente, ya que por su permanencia en su profesión ya se les hacía normal realizar los cuidados hospitalarios y que los pacientes se quejaran.



“No, no creo, ellas ya están muy acostumbradas a ver eso” (Participante-19)

Con respecto a la pregunta “¿Usted cree que las enfermeras entienden su dolor físico o malestar durante los cuidados hospitalarios?”, el 47% respondió que no, debido a que pensaban que no era relevante:

“No lo creo, siento que sólo ven la sintomatología”. (Participante-12)

Mientras que el 44% respondieron que sí, debido a que podía influir en el estado de ánimo de los pacientes:

“Sí, tuve varios contactos con enfermeras de diferentes departamentos que trataron de calmarme y de decirme que no me preocupara, que luego iba a ir el doctor a hacer algunos estudios, que le hablara a mis familiares” (Participante-5)

Con referencia a la pregunta “¿Cree que las enfermeras tienen la habilidad adecuada para la atención de los cuidados hospitalarios?”, el 76% así lo consideraba:

“Sí, como te digo tiene las habilidades adecuadas y las herramientas adecuadas y sabían en qué momento utilizarlas” (Participante-9)

El 21% establecía que una parte de las enfermeras no estaban preparadas y era a causa de la falta de experiencia:

“A algunas enfermeras más jóvenes les hace falta más práctica, como mencioné anteriormente, tendían a lastimarme al momento del cambio del catéter o suministro de medicamento” (Participante-3)

Del mismo modo, cuando se les preguntaba “¿Piensa usted que las enfermeras ante una situación adversa toman represalias con usted cuando lo están atendiendo?”, el 79% respondían que no lo hacían, debido a que no tenían que involucrar sus emociones con las situaciones profesionales:

“No, simplemente llegaban y cuando se tardaban simplemente me decían “discúlpeme que me tardé, es que estaba atendiendo otro paciente”, y me lo decían de una forma tranquila” (Participante-12)

Mientras que el 12% contestó contrariamente:

“sí, muchas enfermeras toman las cosas muy personal y no saben diferenciar las cosas, con ello afectan su labor como enfermeras por la falta de capacidad, voluntad y sobre todo amor por hacer su trabajo” (Participante-32)

Por otra parte, se les preguntaba a los participantes “Cuando las enfermeras le están atendiendo, ¿cree que le están manipulando con desagrado?”, a lo cual el 82% negó haber sentido alguna expresión asociada a desagrado.

“No, al menos yo no sentí eso en ningún momento. Eran amables incluso cuando debían despertarme duran-

te la noche o la madrugada a tomarte los signos” (Participante-10)

El 18% respondieron que en algunos casos o algunas enfermeras:

“En ocasiones, me ha tocado en experiencia propia o con familiares. Lo hacen con desagrado o con mala cara” (Participante-11)

En cuanto a la pregunta “¿Cree que las enfermeras tienden a sentirse afectadas por su recuperación?”, el 47% respondieron negativamente, aunque reconociendo posibles casos excepcionales:

“La verdad creo que no, porque están entrenadas también para eso, para saber cómo separar lo que al paciente le pasa con lo de su vida personal, quizás cuando hay un paciente que pues ya duró mucho tiempo hospitalizado pues a lo mejor sí les puede generar algún impacto, porque ya están acostumbradas a ver al paciente todos los días, y pues no sé en algún caso de que llegue a fallecer o que ya no lo vean, quizás sí puede generar cierto impacto” (Participante-2)

Mientras que el 35% de los participantes respondieron afirmativamente:

“Sí, de hecho me daban mucho ánimo, siempre me saludaban y decían que te vas a recuperar y pues que te dan como apoyo psicológico para que uno mismo creyera que se iba a mejorar o recuperar la parte que había perdido” (Participante-9).

Con respecto a la pregunta “Cuando se presenta una problemática entre el mismo personal hospitalario, ¿cómo se comportan las enfermeras en su cuidado?”, el 62% contestó que de manera neutra y tranquila, que el comportamiento no cambiaba independientemente de las situaciones.

“Profesionalmente tratan de no involucrar esas situaciones con el resto de su trabajo” (Participante-7)

Sin embargo, el 26% respondieron que sí eran cambiantes:

“Pues creo que sí cambia un poco, por ejemplo, a mí me tocó cuando estuve hospitalizada que les regañaron, la jefe de las enfermeras regañó como a tres de ellas, y ya andaban como de mal genio y cosas así” (Participante-24).

Finalmente, se les preguntó “Cuando se genera conflicto con los trámites hospitalarios, ya sean personales o de otros pacientes, ¿las enfermeras toman en cuenta sus opiniones?”, a lo cual el 59% de las participantes respondieron negativamente, que cumplían reglas y nunca les preguntaban:

“No creo, pues sólo hace su trabajo y es como que, bueno, te ayudo en tu recuperación y adiós” (Participante-28)

Sin embargo, para un 32% sí tomaban en cuenta su opinión y más cuando presentaban dolencias dentro de su hospitalización.

“Sí me tenían en cuenta, les decía espérame un par de horas que van a venir mis familiares y luego si me meten al quirófano, pues porque no hay nadie acá conmigo, entonces pues dentro de eso alargamos un poquito la operación” (Participante-5)

## Discusión

Los resultados de los pacientes frente al fenómeno de la variable empatía se manejaron de acuerdo a las diferentes dimensiones establecidas para el estudio.

En relación a la variable empatía respecto a la dimensión de preocupación empática, la cual refiere a la tendencia por parte de las enfermeras de experimentar sentimientos de compasión y preocupación ante personas que sufren alguna desgracia (Duñó, Díaz, Oliva, Iglesias & Tobeña, 2014; López & Jiménez, 2012), los resultados muestran que los participantes en el estudio de forma general señalaron una tendencia favorable respecto a que si percibían esa actitud por parte de las enfermeras. En cuanto a la disposición, la detección de estados de ánimo, la actitud profesional de las enfermeras, la percepción de sentir cómo se siente el paciente y la comunicación al momento de atender a los pacientes, reportaron que ésta era positiva, ya que estaban atentas o pendientes de sus cuidados. Cabe destacar que también se encontraron resultados respecto no a un mal tratamiento o mala atención sino a que “ellas manejan un protocolo de su carrera o simplemente no es de su interés”, lo que nos habla de que el realizar el trabajo profesional de las enfermeras de forma despersonalizada puede llevar a relaciones “frías” con los pacientes (Ortiz & Manrique, 2014; Rodríguez, Socorro & Cruz, 2002), abriendo áreas de oportunidad para trabajar en ellas el entender la situación que viven los pacientes y el dolor físico que sienten cuando están en recuperación.

Los resultados en cuanto a la dimensión de preocupación empática son similares a los encontrados en estudios sobre la atención de las enfermeras a los pacientes acerca de ser sensible a las necesidades del usuario (Matamoros et al., 2007; Ramírez & Müggenburg, 2015). Otras investigaciones han mostrado que el grado de empatía en la atención profesional de la salud se asocia con un mejor cumplimiento del paciente y con una pronta recuperación (García & Carrascosa, 2008; García et al., 2009; González-Serna, Serrano, Martín & Fernández, 2014).

En cuanto los resultados obtenidos respecto a la dimensión de toma de perspectiva, que se refiere a la interpretación de los estados mentales y emocionales propios y ajenos por parte de las enfermeras, se encontraron respuestas que muestran opiniones divididas en relación a pedir la opinión de los pacientes acerca de sus cuidados. Este dato es congruente a lo encontrado por Maldonado (2012), en cuanto a señalar la importancia de saber comunicarse para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, lo que permitirá una mejor adherencia al tratamiento y ayudarlo en el proceso de restauración de su salud. Otros autores como Sánchez y Rubio (2001), Barrera et al. (2006) y Matamoros et al. (2007), mencionan la importancia en las enfermeras de la necesidad de poseer habilidades frente al cuidado del paciente, en cuanto a que más allá de ejercer las labores propias de la profesión puedan desarrollar una atención humanitaria.

Otro dato relevante de nuestro estudio en esta dimensión muestra áreas de oportunidad frente a la toma de opinión de los pacientes por parte de las enfermeras cuando aparece una situación adversa o crítica dentro de la enfermedad de los mismos, ya que se reporta una baja iniciativa de las enfermeras frente a estas situaciones. Además, se encontró que cuando las enfermeras están frente a un conflicto con su propio equipo de trabajo, se muestran menos atentas en el cuidado, por consiguiente consideramos que es pertinente prepararlas para que este tipo de situaciones no afecte su labor del cuidado de los pacientes.

Lo identificado en la dimensión de malestar personal con respecto a si las enfermeras tomaban en cuenta la vida personal de los pacientes y si estos percibían que en su recuperación éste era un factor relevante, se encontraron opiniones divididas, es decir, unos creían que sí les preguntaban acerca de su vida y consideraban que esto era importante en su estancia dentro del hospital; por el contrario otros pacientes consideraban que no les preguntaban y que no era necesario, argumentando que su vida personal no correspondía a los asuntos médicos ni de las enfermeras, y que la recuperación de su estado de salud no estaba asociado a esto.

Los participantes que consideraron importante que las enfermeras les preguntaran acerca de su vida personal argumentaron que era un asunto de comunicación y acompañamiento en la recuperación. Autores como Jiménez (1999) señalan la pertinencia de este aspecto en el trabajo de la enfermería como una profesión en busca de una mejor calidad de servicio. En el cuidado del paciente las enfermeras tendrían que estar orientadas a tra-

bajar en función de una identidad profesional fundamentada en el cuidado integral, con el fin de dar un mayor crecimiento a la profesión.

## Conclusión

Encontramos que, dentro del fenómeno de la empatía en la relación enfermeras pacientes, la dimensión toma de perspectiva fue evaluada positivamente por los sujetos de estudio, lo cual nos habla de que es necesario seguir preparando a las enfermeras en dotarlas de habilidades en esta área, dada la relevancia que ésta muestra desde las perspectivas de los pacientes. También consideramos que existen áreas de oportunidad en el trabajo y la formación de las enfermeras en cuanto a dotarlas de habilidades que les permitan una mejor comunicación con respecto a considerar la opinión de los pacientes en las situaciones adversas que ellos vivan dentro de su proceso de enfermedad-recuperación. También obrar en hacerles ver a las profesionales de enfermería la importancia de comunicarse respecto a la vida personal de los pacientes cuando éstos lo demanden, ya que se considera éste un factor relevante en el proceso de recuperación. Esto nos hace sugerir la elaboración de cursos especializados o talleres de formación para dotarlas de habilidades sociales en esas áreas.

## Referencias Bibliográfica

Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5), 57-63.

Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9(2), 127-134.

Balderas Nava, F. J. (2014). Correlación entre la empatía percibida por el médico y la percibida por el derechohabiente en consulta externa de primer nivel de atención (Doctoral dissertation).

Baron, R. & Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. Madrid: Prentice Hall.

Barrera Ortiz, L., Galvis López, C. R., Moreno Fergusson, M. E., Pinto Afanador, N., Pinzón Rocha, M. L., Romero González, E. & Sánchez Herrera, B. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. *Investigación y educa-*

*ción en enfermería*, 24(1), 36-46.

Berenzon Gorn, S., Galván Reyes, J., Saavedra Solano, N., Bernal Pérez, P., Mellor-Crummey, L. & Tiburcio Sainz, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*, 37, 313-319.

Carterette, E. & Friedman M. (1982). *Manual de Percepción. Raíces Históricas y Filosóficas*. México: Editorial Trillas.

Castilla, C. A. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Revista Horizontes Pedagógicos*, 8(1), 1-12.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4), 85-104.

Davis, M.H. (1983). *Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach*.

Duñó Ambròs, R., Díaz-Morán, S., Oliva, J. C., Iglesias-Lepine, M. L., & Tobeña, A. (2014). Religiosidad Y Empatía De Los Sanitarios De Un Servicio De Urgencias Hospitalario. *Emergencias*, 26(5), 1-14.

Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., & García, P. S. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298.

García Fernández, F. P., & Carrascosa García, M. (2008). Resultados de las intervenciones enfermeras en el proceso pluripatológico para mejorar la práctica clínica. *Gerokomos*, 19(4), 18-24.

García, R. R., Sánchez, M. P. S., Cruz, M. M. P., & López, P. R. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1), 49-61.

García-Fernández, F. P., Carrascosa-García, M. I., Rodríguez-Torres, M. C., Gila-Selas, C., Laguna-Parras, J. M., & Cruz-Lendínez, A. J. (2009). Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarios sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos*, 20(4), 152-158.

González-Serna, J. M. G., Serrano, R. R., Martín, M. S. M., & Fernández, J. M. A. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20(1), 53-60.

Guevara, B., Zambrano de Guerrero, A., & Evies, A. (2011). Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. *Enfermería global*, 10(21), 0-0.

Guzmán Gonzales, M., Peloquin, K., Lafontaine, M., Tra-

- bucco, C. & Urzua, A. (2014). Evaluación de la empatía diádica: Análisis de las propiedades psicométricas del Índice de Reactividad Interpersonal en Parejas (IRIC-C) en contexto chileno. *Psicoperspectivas*, 20, 156-164.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. & Cohen, M.J.M. (2001). The Jefferson Scale of physician empathy development and preliminary psychometrics. *Educ Psychol Measurement*, 61, 349-365.
- Jiménez, M. (1999). La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 7(4), 28-35.
- Lagos, E. M., Galán, M. G. N., & de Romo, A. C. R. (2010). Percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería en el INNN.
- López- Pérez, B., Fernández-Pinto, L & Abad, F.J. (2008). Test de empatía cognitiva y afectiva, TECA. Madrid: TEA.
- López-Zafra, E. & Jiménez, M. I. (2012). Psicología Social de la Educación: el papel de la Inteligencia Emocional en el Aula. *Psicología Social Aplicada*, 183-200.
- Maldonado, A. D. A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 147-157.
- Martín, M. J., Gómez, I., Chávez, M., & Greer, D. (2006). Toma de perspectiva y teoría de la mente: aspectos conceptuales y empíricos. Una propuesta complementaria y pragmática. *Salud mental*, 29(6), 5-14.
- Matamoros, K., Obando, N., Rivera, S., Romero, D., Torres, C., & Guzmán, A. (2007). Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 12(1), 1-12.
- Millán, M. J. R., García, F. G., Rodríguez-Peral, E. M., Servant, S. G., Ayala, A. H., Vázquez, O. M. F... Rosado, J. R. (2008). La Percepción De Lo Social.
- Montilva, M., García, M., Torres, A., Puertas, M. & Zapata, E. (2015). Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Investigación en Educación Médica*, 4(16), 223-228.
- Moya, M. (1994). Percepción de personas. En J.F. Morales (Coord.), *Psicología Social* (pp. 93-119). Madrid: McGraw-Hill.
- Muñoz Zapata, A. P. & Chaves Castaño, L. (2013). La empatía: ¿Un concepto unívoco?
- Nekane- Balluerka, A.G. & Goretti, S. (2013). Evaluación de la Empatía en el ámbito educativo y su relación con la Inteligencia Emocional. *Revista de educación*, 364.
- Ortiz, G. C. M., & Manrique, N. A. (2014). El estrés y su relación con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Investigación y Educación en enfermería*, 9(2).
- Pacheco, N., & Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Emotional intelligence, quality of interpersonal relationships and empathy in. Clínica y salud*, 15(2), 117-137.
- Ramírez, P., & Muggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143.
- Rendón, M., Soler, F. & Cortés, M. (2012). Relaciones deícticas simples, toma de perspectiva y competencia social. *Suma Psicológica*, 19(2), 19-37.
- Rodríguez García, O., Socorro Villaveirán, C., & Cruz Martí, N. (2002). Valoración de la educación en el trabajo y la estancia práctica de Enfermería en dos áreas de salud. *Educación Médica Superior*, 16(2), 140-149.
- Sánchez, M. M., & Rubio, J. M. L. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247-251.
- Sierra, S. O., & Zapata, A. C. O. (2013). Calidad del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(2).
- Yuguero Torres, O. (2015). Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas.



## La humanización de la asistencia sanitaria y su comunicación a través de la responsabilidad social

### The humanization of health care and its communication through social responsibility

Iriana Gil Paz<sup>a</sup>, Paz González Martínez<sup>a</sup>, Ana López Acón<sup>a</sup>, Susana Montes Vázquez<sup>a</sup>, Raúl Torres Insua<sup>a</sup>, José Caamaño Ponte<sup>b</sup>, Javier Fernández Nistal<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Cátedra Inditex de Responsabilidad Social, Universidade A Coruña, España

<sup>b</sup>Centro Terapéutico Xerontolóxico A Veiga, España

<sup>c</sup>Xerencia de Xestión Integrada del Área Sanitaria de Santiago de Compostela, España

#### Resumen

Los hospitales siempre han tenido, per se, una función social de gran importancia puesto que su principal actividad se centra en curar y cuidar a los enfermos. Sin embargo, lograr que esa asistencia sanitaria sea más humana resulta de la mayor relevancia. La aplicación de los conceptos que sustentan las iniciativas de Responsabilidad Social podrían constituir una herramienta adecuada para el análisis y la deliberación con el objetivo de desarrollar un plan para la humanización de la asistencia sanitaria en colaboración con la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, para ello seguimos una estructura lógica secuencial. En primer lugar, se identificaron los grupos de interés involucrados en el sector sanitario, analizando su implicación en la humanización de la asistencia sanitaria, y su nivel de influencia, permitiendo la realización de un análisis de materialidad. En segundo lugar, se objetivaron las mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria, comparando cinco organizaciones sanitarias de ámbito nacional. Por último, se procedió al diseño de un plan concretando acciones a desarrollar. Concluimos que los postulados de la Responsabilidad Social y su comunicación eficaz podrían constituir una excelente estrategia hacia el logro de la humanización de la atención sanitaria.

Palabras clave: Responsabilidad Social; Humanización; Asistencia sanitaria; Comunicación.

#### Abstract

Hospitals have always been institutions with an important social role because their principal activity consists in cure and treat the ill. However, making the health care more humane it's really important. The use of the concepts that support the Social responsibility initiatives could constitute a suitable tool for the deliberation and analysis with the objective of developing a plan with the purpose of humanizing the healthcare system in collaboration with the Xerencia de Xestión Integrada of Santiago de Compostela, for that we follow a sequential logic structure. To begin with, the interest groups involved in the health system are identified, analyzing its implication in the humanization of the healthcare, and its level of influence, allowing the elaboration of a materialization analysis. In addition to, the best practices in the health care system have been objectified, comparing five health organizations in the national sphere. Finally a plan stating what actions should be developed was designed. We conclude that the postulates of Social Responsibility and it's effective communication could be an excellent strategy to achieve the humanization of the healthcare system.

Keywords: Social Responsibility; Humanization; Healthcare; Communication.

## Introducción

**E**n España, en consonancia con el reparto de competencias que hace la Constitución Española, las Comunidades Autónomas (CCAA) gestionan los servicios de salud, mientras que el Estado solamente las coordina. De ahí el protagonismo del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) en general, y de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (EOXI), en particular, así expresado en su página web (<http://xxisantiago.sergas.es>) que incluye el compromiso en la implantación y desarrollo de un plan de Responsabilidad Social (RS) dirigido a la humanización de la asistencia sanitaria, entendida como “el conjunto de acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud” (Cedrés de Bello, 2000).

No podemos perder de vista que las organizaciones sanitarias siempre han tenido una función social de gran relevancia que encierra un importante componente ético. Por ello debemos concebir el concepto de RS en el sector sanitario partiendo de la base de que los hospitales son, en esencia, organizaciones socialmente responsables ya que realizan una triple función de asistencia sanitaria, investigación, y docencia. No obstante, la implantación de una estrategia de RS en los hospitales podría contribuir por un lado, a mejorar las relaciones con sus principales grupos de interés o stakeholders (pacientes, empleados, medios de comunicación y sociedad, entre otros), y por otro, proporcionar una guía para fomentar la cultura organizacional que permita mejorar la reputación de los hospitales y generar confianza (Gutiérrez, 2013) y esto lleva implícito el esfuerzo en la realización de un plan de comunicación eficaz a través del compromiso de transparencia.

La humanización de la asistencia sanitaria como desarrollo de la Responsabilidad Social de las organizaciones sanitarias supone un cambio en la cultura institucional en la medida en que el papel del paciente incrementa su protagonismo pues uno de los objetivos será garantizar, no sólo una asistencia de gran calidad técnica, sino también salvaguardar la dignidad del usuario de los centros sanitarios. Así, el punto II del Decálogo de la Responsabilidad Social Sanitaria y Sociosanitaria, señala a la humanización de la asistencia como un valor trascendental e imprescindible, en la misma medida en que lo son los pacientes y los profesionales como actores principales del sistema o la transparencia y el desarrollo sostenible ([www.inidress.org](http://www.inidress.org)).

Las instituciones sanitarias, además de cuidar y curar, se caracterizan por la investigación y el desarrollo innovador, razón de ser y necesidad para ser eficientes. La salud de la población de los países industrializados ha mejorado de manera muy relevante en el siglo XX, sin embargo la cronificación de las enfermedades hace que la percepción pueda ser otra. Podríamos considerar que la creciente tendencia hacia la humanización de la sanidad constituye una oportunidad para la innovación social. Se cumplirían algunas de las condiciones de las que habla Drucker (2004) para ello. A saber, la tendencia hacia la humanización de la salud estaría relacionado con fuentes u oportunidades de innovación como son los cambios demográficos, los nuevos conocimientos, los cambios de percepción o por las necesidades del proceso asistencial, sin olvidarnos de los cambios inesperados, los cambios de mercado y sector, o la adaptación a nuevos procesos. Todo ello implicaría que las instituciones sanitarias, en su necesidad de adaptarse y en su compromiso con la innovación hayan de adoptar todas aquellas medidas precisas para garantizar las necesidades expresadas por los grupos de interés (Leal Costa, 2017. Medina-Aguerreberre, 2012).

Además, las prácticas de humanización de las instituciones sanitarias son intervenciones deliberadas diseñadas para iniciar y establecer futuros desarrollos de las prácticas sociales por lo cual contribuirían a moldear los cambios. Se parte de una idea relevante adaptada a un posible cambio, se evalúa y, muy importante, se difunde para lo cual la comunicación desde la RS de la humanización de la sanidad resulta esencial (Abreu Quintero, 2011). Este autor delibera en torno a la innovación social, y las prácticas de humanización de la salud lo son, y explicita que a pesar de que los resultados de las innovaciones tecnológicas y las sociales puedan solaparse, existen diferencias en cuanto a objetivos y propósitos, de forma que si logramos su integración en la vida cotidiana de las personas, el carácter innovador dejará de serlo, al lograr sus objetivos. En nuestro caso, entendemos que la humanización de las instituciones sanitarias es un punto de partida con un horizonte aún lejano.

Este proyecto abordó el diseño de un plan para el desarrollo de la RS en el sector sanitario. Necesitábamos identificar las mejores prácticas para la humanización de la asistencia sanitaria. Para ello contamos con la colaboración de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, perteneciente al SERGAS que abarca 5 centros hospitalarios, en concreto, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Hospital Gil Casares, Hospital Provincial de Conxo, Hospital Psiquiátrico de Conxo y

Hospital do Barbanza, además de los diferentes centro de Atención Primaria del área. Debido al interés de la Xerencia en reforzar el sentido de pertenencia de todos sus empleados, se hizo especial hincapié en todos aquellos aspectos relacionados con los trabajadores que directa, o indirectamente, incidan en la humanización de la asistencia sanitaria.

Para llevar a cabo el plan de RS el trabajo se estructuró en tres partes. En la primera se determinaron los principales grupos de interés implicados en el sector sanitario, estableciéndose su grado de implicación e influencia hacia la humanización de la asistencia sanitaria. Asimismo se identificaron los asuntos materiales más relevantes que inciden en este objetivo, entendidos como “aquellos asuntos que pueden resultar razonablemente importantes porque ponen de manifiesto los efectos económicos, ambientales y sociales de la organización, o bien porque influyen significativamente en las decisiones de los grupos de interés” (G4.2, p.11). En la segunda parte, se realizó la selección de indicadores de medida del grado de cumplimiento de los asuntos materiales anteriormente señalados que permitieron el estudio comparativo entre cada una de las cinco organizaciones elegidas previamente según el criterio de acciones de responsabilidad social, y en base a ello se seleccionaron las mejores prácticas. Por último, en la tercera, se procedió al diseño de un plan concretando las acciones a realizar en aquellas áreas de mejora identificadas.

## Objetivos y Metodología

Los objetivos para la elaboración de un plan dirigido a la humanización de la asistencia sanitaria fueron los siguientes:

1. Identificar y ponderar los asuntos materiales más relevantes para los grupos de interés del sector sanitario en España que se plasmarán en una matriz de materialidad como instrumento de conocimiento y reflexión sobre responsabilidad social sanitaria.
2. Conocer las mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y gestión de recursos humanos.
3. Elaborar un plan de acción para que la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela implementase el desarrollo de un plan de Responsabilidad Social específicamente en este ámbito.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, la metodología consistió fundamentalmente en la utilización de fuentes secundarias, especialmente publicaciones y documentos disponibles online, incluyendo memorias,

rankings y planes estratégicos de diferentes instituciones sanitarias, seleccionando aquella información relevante en lo relativo a prácticas de humanización de la salud y a las estrategias de comunicación de las mismas, siempre en relación con los asuntos materiales referidos por quienes respondieron a los cuestionarios dentro de las 3 dimensiones planteadas, que incluían aspectos como la seguridad laboral, la calidad asistencial, la conciliación, el prestigio institucional, la eficiencia de la gestión o la transparencia comunicativa ente los treinta asuntos materiales identificados e incluidos en los cuestionarios. Asimismo, recogimos las preocupaciones y observaciones expresadas por los stakeholders para lo cual realizamos una visita al Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) y, en una jornada de trabajo, nos reunimos con profesionales de las distintas áreas de la RS que representaban a cada una de las instituciones elegidas para la comparación con el CHUS y la EOXI al objeto de intercambiar conocimientos y experiencias, con la intención de objetivar en directo hasta qué punto si esa matriz de materialidad era acertada.

La identificación de las mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y gestión de recursos humanos se realizó mediante el análisis comparativo con otras cuatro organizaciones además de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, a saber, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSCM), Hospital 12 de Octubre de Madrid (H12OM), y Gerencia de Salud de Tarragona (GST), consistiendo en el testeo de indicadores de desempeño. La selección de estas entidades se realizó teniendo en cuenta su naturaleza jurídica, son todas entidades públicas, su representatividad territorial, ya que representan a diferentes puntos de España, y su tamaño, en función el número de personas empleadas, para su comparación cuantitativa.

Para el análisis por organizaciones y por dimensiones, el testeo de los indicadores se hizo en base a información online disponible y empleando un cuestionario diseñado ad hoc remitido a los diferentes responsables del área de RS de las entidades hospitalarias comparadas. A la hora de ponderar los resultados obtenidos por cada indicador y organización hemos utilizado la siguiente puntuación:

0. Ni lo hemos encontrado en Internet ni nos han respondido al cuestionario
  1. Por debajo de la media
  2. Valor medio o mayoritario
  3. Por encima de la media

La interpretación de los resultados para el análisis por

dimensiones estaría en función de las dimensiones analizadas y la suma de indicadores, de modo que la puntuación máxima global posible para cada dimensión sería la consecuencia de una suma de las 5 organizaciones, es decir, 225 puntos para las dimensiones social y de buen gobierno, y 45 para la dimensión medioambiental, haciéndose una media en función del número de indicadores que abarca cada dimensión para la comparabilidad entre ellas. En el análisis por organizaciones se sumaron los valores de los indicadores y se ponderaron en función de la puntuación máxima posible, 99.

## Resultados

A continuación expondremos los resultados para cada uno de los objetivos marcados.

**Objetivo 1.** Identificar y ponderar los asuntos materiales más relevantes para los grupos de interés del sector sanitario en España que se plasmarán en una matriz de materialidad como instrumento de conocimiento y reflexión sobre responsabilidad social sanitaria.

La tabla 1 explica el mapa de grupos de interés GGII junto con la razón por la que se justifica su inclusión. Obviamente, dentro de cada uno de los GGII podemos identificar diferentes subgrupos, así, en el grupo de empleados existirán directivos y personal facultativo y no facultativo; y entre los proveedores los habrá de productos y de servicios.

**Tabla 1.** Explicación del mapa de grupos de interés para el sector sanitario.

Grupo	Justificació	Grado de Interés	Nivel de Influenci
Usuarios/as	Objeto de la humanización de la asistencia sanitaria	Alto	Medio
Adm. Públicas	La Administración de Estado transfiere competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas	Medio	Medio
Empleados/as	Vehículo a través del cual es posible humanizar la asistencia sanitaria	Alto	Medio
Medios de comunicación	transmiten a la sociedad la situación de la humanización de la asistencia sanitaria en España	Bajo	Medio

Grupo	Justificació	Grado de Interés	Nivel de Influenci
Sociedad	Interesados en los centros hospitalarios más próximos	Medio	Medio
Proveedores	Provisión de medios para el funcionamiento de los centros sanitarios	Medio	Bajo
Voluntarios	Colaboración directa en la humanización de la asistencia sanitaria	Medio	Medio
Otras instituciones sanitarias	Marco de comparación en la humanización de la asistencia sanitaria	Medio	Bajo
Universidad	Transferencia de conocimiento y provisión de recursos humanos. La financiación de los grupos de investigación proviene principalmente de fondos europeos	Alto	Medio

Fuente: elaboración propia

A continuación, se indicó el grado de interés e influencia sobre la humanización de la asistencia sanitaria. Para ello fueron ponderados por separado en una escala del 1 al 10 el grado de interés y el grado de influencia que cada uno de los subgrupos manifiesta en relación a nuestro objetivo. Una vez ponderado cada subgrupo se hizo una media para cada grupo de interés que determina el valor final de "alto, medio o bajo", entendiendo que: a) Bajo, implica una media comprendida entre 1 y 3; b) Medio, implica una media comprendida entre 4 y 7, y c) Alto, implica una media comprendida entre 8 y 10.

Nos pareció interesante identificar el posicionamiento de los GGII con respecto a la humanización de la asistencia sanitaria concluyendo que los medios de comunicación y los proveedores, en especial la industria farmacéutica, representarían un posible riesgo, mientras que las Administraciones Públicas, los voluntarios y la Universidad supondrían en una oportunidad, y el resto de grupos de interés representarían una posibilidad de diálogo. En concreto la relación entre grado de interés y nivel de influencia la encabezarían el personal sanitario y no sanitario, los pacientes y familiares, los directivos, además de sindicatos y colegios profesionales.

El análisis de materialidad siguió las recomendaciones del Global Reporting Initiative (GRI-G4, 2014),



de modo que para determinar si un asunto es material deben combinarse factores internos y externos. Por ello se tuvieron en cuenta tanto cuestiones que son importantes internamente para el SERGAS como otras preocupaciones expresadas por los grupos de interés, de modo que planteamos 30 asuntos materiales. En este sentido, fueron contemplados por el SERGAS los siguientes: la calidad asistencial, entendida como la reducción de errores en la provisión de servicios sanitarios; la formación continua de los empleados y el sentido de pertenencia; el prestigio; la participación efectiva en general, la transparencia comunicativa, entre otros.

Por su parte, las preocupaciones expresadas por los GGII pueden identificarse con asuntos materiales como tiempos de espera, información a pacientes y familiares, apoyo psicológico y trato humano, acompañamiento familiar al enfermo, prevención del dolor y/o sufrimiento, comodidad e intimidad, resolución de quejas y denuncias, estabilidad/ calidad del empleo o conciliación de la vida personal y familiar.

La configuración del análisis de materialidad efectuado mostró como resultados que la dimensión de mayor relevancia e impacto es la relativa al Buen Gobierno (ocupa el 63% de los asuntos materiales), lo que pone de manifiesto la importancia de la naturaleza jurídica de las organizaciones que forman parte de este sector, puesto que en las entidades públicas, como el SERGAS, la dimensión de gobernanza es fundamental (Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno).

También es importante, aunque en menor medida en cuanto a número de asuntos materiales se refiere (abarca el 30%), la dimensión social, sobre todo en relación a sus principales stakeholders, empleados y pacientes. Por último, conviene destacar la poca importancia y relevancia de la dimensión medioambiental tanto para la organización como para los GGII (menos del 7%).

**Objetivo 2.** Mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y gestión de recursos humanos. Se definieron unos objetivos y se seleccionaron 33 indicadores para los asuntos materiales identificados dentro de las tres dimensiones de la RS –social, medioambiental y buen gobierno– (tabla 2), justificándose su inclusión en función de su relevancia.

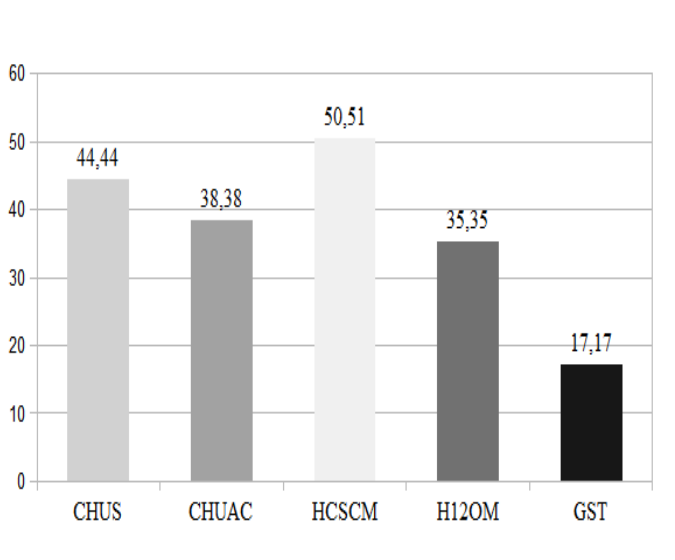
**Tabla 2.** Selección de indicadores según dimensiones

Objetivos		Indicadores
		<b>Dimensión Social</b>
Mejorar la accesibilidad de los servicios	1	Dispone de servicios de asistencia telefónica 24h con acceso a historia clínica electrónica
Tiempos de espera adecuados	2 3	Tiempo medio de espera para cirugía Tiempo medio de espera para consulta a especialista
Calidad asistencial (reducción de errores)	4 5	Procesos judiciales por errores médicos finalizados con sentencia condenatoria Nº de reclamaciones recibidas
Participación en los procesos asistenciales	6 7	Existe libertad de elección de médico y hospital Existencia de actividades de fomento de Instrucciones y Planes previos por parte de los pacientes
Prevención del dolor y del sufrimiento	8	Existe una política y/o comité de prevención del dolor y/o humanización previa a la muerte
Acompañamiento familiar al enfermo	9	Se prevé política de puertas abiertas para el acompañamiento al enfermo
Apoyo psicológico y trato humano	10 11	Existencia de política de humanización de la asistencia sanitaria Existencia de servicios de soporte psicológico al paciente y familiares
Conciliación vida familiar y profesional	12	Empleados acogidos a conciliación familiar tras disfrutar de baja por paternidad/maternidad
Estabilidad y calidad del empleo	13 14	Contratos indefinidos sobre nuevas contrataciones realizadas Existencia de servicios de soporte psicológico al profesional
Sentido de pertenencia del personal	15	Existencia de programas/políticas de fomento de voluntariado social del personal
		<b>Dimensión Medioambiental</b>
Gestión ambiental y de residuos	16 17	Existencia de unidad de sostenibilidad medioambiental Existencia de plan de gestión de residuos
Eficiencia energética/ energías renovables	18	Existencia de plan de eficiencia energética y/o uso de energías renovables
		<b>Dimensión de Buen Gobierno</b>
Resolución de quejas y denuncias	19	Existencia de canales físico y online de recepción de reclamaciones
Prestigio de la Institución	20	Posicionamiento en el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social
Dotación de recursos suficiente	21 22	Personal facultativo en función de la población objetivo Presupuesto anual en función de la población objetivo
Minimizar el absentismo laboral	23 24	Ratio de absentismo laboral Mujeres en puestos de dirección/jefatura respecto al total
Gobierno corporativo ético	25 26	Reuniones anuales del Comité de Bioética Existencia de un Código de Gobierno Ético
Transparencia comunicativa	27 28	Publicación de una memoria anual de sostenibilidad Existencia de una declaración pública de misión, visión y valores
Oferta de participación voluntaria	29 30	Existencia de regulación de participación del voluntariado externo Regulación de la figura del personal emérito (jubilados activos)

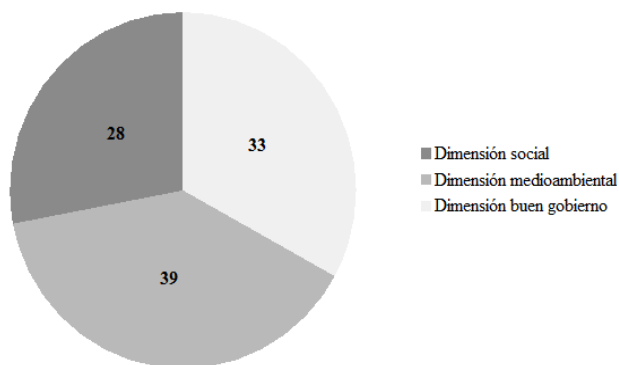
Objetivos		Indicadores
Proyectos de I+D+i	31 32	Presupuesto destinado a I+D+i sobre el total Existencia de modelos de colaboración públicos/privada en I+D+i
Formación continua y de acceso profesional	33	Promedio de horas de capacitación anuales de las que se han beneficiado los trabajadores/as

Fuente: elaboración propia

Dos de las organizaciones no respondieron al cuestionario, el Hospital 12 de octubre y la Gerencia de Tarragona, de ahí que sus resultados se ven penalizados por la inclusión de un mayor número de "no reporta". Los resultados obtenidos se muestran en las figuras 1 y 2.



**Figura 1.** Análisis por organizaciones. Ponderación. Datos porcentuales



**Figura 2.** Análisis por dimensiones. Ponderación. Datos porcentuales

El análisis de cada una de las 5 instituciones comparadas se completó con la selección de algunas de las que consideramos mejores prácticas en lo que respecta a la humanización de la asistencia sanitaria y que hemos agrupado en la tabla 3.

**Tabla 3.** Selección de las mejores prácticas por organización

Organización	Mejores prácticas relativas a humanización
CHUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicitación de su compromiso con la humanización en su declaración de misión, visión y valores del compromiso con la Humanización</li> <li>- Proyecto "Código Saude" de Innovación Sanitaria (financiado por Fondos FEDER)</li> <li>- Puesta en funcionamiento de 2 PAT (Punto de Atención al Trabajador)</li> <li>- Impulso al "Espacio Asociativo de Paciente en la XXI de Santiago"</li> </ul>
CHUAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporación de un nuevo sistema de conservación que mejora la funcionalidad de los órganos extraídos para trasplantar, permite su seguimiento y reduce los días de ingreso del receptor</li> <li>- Existencia de una Unidad de Medioambiente y Calidad, de un Plan de Gestión Ambiental y el diseño, evaluación e implantación de un Sistema de gestión ambiental certificado.</li> <li>- Formación interna sobre el Plan de gestión residuos</li> <li>- Publicación de un indicador sobre la cantidad de residuos reutilizados o reciclados.</li> <li>- Realización de un estudio de eficiencia energética</li> </ul>
HCSCM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existencia de una Declaración Ambiental auditada y verificada por una entidad externa.</li> <li>- Publicación del nº de reclamaciones, cuántas de ellas son contestadas en menos de 30 días hábiles y principales motivos.</li> <li>- Creación del Aula Social Dr. Zarco, donde se transmiten conocimientos científico-técnicos y se genera un espacio para la cultura en todas sus dimensiones.</li> </ul>
H12OM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remodelación de determinadas áreas asistenciales para mayor confort de pacientes.</li> <li>- Inauguración de la primera cineteca Disney de España en un centro sanitario</li> <li>- Programación de un ciclo de conciertos para pacientes, familiares y profesionales.</li> <li>- Desarrollo de sistemas de Gestión Ambiental</li> <li>- Monitorización de indicadores de gestión ambiental (consumo de agua y electricidad)</li> <li>- Publicación del nº de reclamaciones, cuántas de ellas son contestadas en menos de 30 días hábiles y principales motivos.</li> </ul>
GST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación del "AmICS per sempre", en homenaje a los profesionales jubilados.</li> <li>- Creación de un programa destinado a pacientes con enfermedades crónicas. Les ayudan a mejorar su calidad de vida a través de sesiones de rehabilitación y paliación o mitigación del dolor.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

**Objetivo 3.** Elaboración de un plan de acción para la implementación y desarrollo de un plan de Responsabilidad Social específico en el ámbito de la humanización. Consecuencia de los datos previos fue la elaboración de una serie de recomendaciones para el desarrollo de un plan de acción de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria que responde a objetivos enmarcados dentro de las áreas estratégicas definidas por el SERGAS y que se sintetiza en la tabla 4.

**Tabla 4.** Recomendaciones, especificación de los objetivos y acciones

Estrategia central 1		
Una gestión transparente y eficiente		
Objetivo	Proyecto/Acción	Grupo de interés
Abrir la institución sanitaria a la participación de la sociedad	Visibilización y potenciación de los espacios de uso compartido con Asociaciones de Pacientes	Sociedad civil
Promover una mejor comunicación con los grupos de interés	Creación de un Comité Asesor de RSC Publicación de una Memoria Anual de Sostenibilidad	Todos

Estrategia central 2		
Una asistencia eficaz y de calidad		
Objetivo	Proyecto/Acción	Grupo de interés
Generar valores compartidos que los profesionales transmitan en su trabajo	Regulación y promoción de la participación del personal emérito (jubilados activos). Establecimiento de programas de mentorización para los médicos Internos residentes (MIR)	Exempleados Estudiantes
Potenciar el sentido de pertenencia de los profesionales con la institución	- Diseño de un Plan de Carrera Profesional individualizado (fijación conjunta de objetivos, evaluación de desempeño, plan de formación, promoción interna)  - Selección de mandos intermedios entre iguales incluyendo habilidades psicoemocionales. Formación de los mismos en horario laboral acerca de gestión de equipos, dinámicas de grupo, inteligencia emocional, liderazgo, coaching...  - Dinamización del punto de Atención al trabajador (PAT) mediante la oferta de servicios de apoyo y gestión emocional  Establecimiento de sistemas de evaluación de la satisfacción del personal en relación a sus asuntos materiales	Profesionales

Estrategia central 3		
Un trato individualizado y digno		
Objetivo	Proyecto/Acción	Grupo de interés
Fomentar la autonomía y la participación del paciente en su tratamiento	- Campaña informativa (a la población) y formativa (a los profesionales) sobre las Instrucciones y Planes previos al tratamiento de los pacientes - Diseño de un proyecto de acceso telemático de los pacientes a la historia clínica - Introducción del modelo Housing para fomentar la involucración del paciente en su cuidado en hospitalizaciones de media y larga estancia	Pacientes
Mejorar la comodidad e intimidad familiar del paciente	Instauración de políticas de puertas abiertas para el acompañamiento familiar al paciente	Familias

Fuente: elaboración propia

## Discusión

En la Estrategia SERGAS 2014 ([www.sergas.es](http://www.sergas.es), p.58), se incluían algunos de los grupos de interés (GGII) identificados en nuestro estudio, si bien con nomenclatura y clasificación diferentes. No resulta especialmente significativo este hecho en comparación con el desglose de GGII del presente trabajo, sin embargo sí lo son el grado de interés y el nivel de impacto de algunos grupos concretos, como los profesionales, los usuarios y las instituciones universitarias, así como el aparentemente bajo interés de los medios de comunicación (en relación a su nivel de impacto) en la transmisión de las prácticas de humanización de las instituciones sanitarias. Creemos que, a pesar del riesgo, se podría invertir esa tendencia de los medios en cuanto a comunicar aspectos negativos relacionados con los procesos asistenciales con unas fuentes de información que ponen en duda la objetividad de los contenidos y abren el debate sobre la neutralidad e imparcialidad de la prensa en temas de salud (Catalán Matamoros, 2011). Para ello podría ser razonable poner en valor los departamentos de Responsabilidad Social de las áreas sanitarias pertenecientes al Servicio Galego Saúde, en lo relativo a acciones en pos de la humanización.

La optimización de las relaciones con los grupos de

interés y la implementación de la cultura empresarial de las organizaciones sanitarias contribuyen al objetivo de mejorar la reputación de los hospitales (Gutiérrez, 2013), siempre y cuando la comunicación de las estrategias de RS sea clara, por lo cual consideramos que este aspecto podría ser una de las fortalezas de las organizaciones de nuestro estudio si se prolongase en el tiempo.

En cuanto a los asuntos materiales de los principales GGII, el conocimiento de algunas de las preocupaciones y áreas de mejora expresadas por ellos, plasmándose numéricamente en 33 (tabla 2), permitió valorar cómo una parte importante de los mismos estaban relacionadas con aspectos sociales y “humanos” de los procesos de atención, lo cual nos permite afirmar que es un hecho que lo estrictamente técnico y los niveles de salud, son adecuadamente valorados y comunicados, mientras que los aspectos más sociales constituyen un área de mejora en la comunicación de las instituciones de salud analizadas.

Una vez realizado el análisis de materialidad, una de las áreas de discusión está en cómo aquellos asuntos referidos al Buen Gobierno, aspecto de la mayor relevancia, se abordan y comunican de forma deficiente. La razón podría residir en la visión finalista de las instituciones sanitarias en las que prima lo asistencial y lo garantista (eficiencia del sistema), en perjuicio de una visión longitudinal desde una estrategia de Gobernanza amparada en los cambios sociopolíticos (Drucker P. F., 2004). Se trata de una observación frecuente, aunque constituya una dimensión clave en toda institución pública, privada o del tercer sector. Se replican resultados de estudios previos relativos a la RS de entidades sociosanitarias del sector no lucrativo en las que la dimensión de Buen Gobierno es manifiestamente mejorable constituyendo una de las claves en la gestión de las instituciones y, específicamente, en la comunicación de las prácticas de RS, posiblemente por la no integración del área en la cultura de las entidades (Caamaño Ponte et al. 2015, Caamaño Ponte et al. 2017).

La aplicación de protocolos de actuación y sistemas de calidad certificada en la gestión medioambiental, justifica, en nuestra opinión, la menor relevancia de esta dimensión, en la medida en que el tratamiento de residuos está normativizado. Sin embargo, existen matices relacionados con experiencias tan interesantes desde la innovación, como el logro de que la gestión de RRHH del área sanitaria de Santiago de Compostela se esté realizando a través de procedimientos informáticos que evitan el desplazamiento de los profesionales para trámites (en un área geográfica extensa), con lo que esto supone en

lo relativo a gasto energético, huella de CO2 y calidad de vida para el trabajador. Se trata de una puesta en práctica de algunos de los planteamientos de Abreu Quintero (2012).

La identificación de algunas de las mejores prácticas con indicadores preestablecidos, permitió establecer un ranking entre entidades, aunque las prácticas relativas a humanización se mostraron dispares y complementarias. El hecho de que la clasificación la encabezase el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, seguido por el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), se relacionaría con la ponderación de los indicadores definidos, la colaboración de las instituciones y el acceso a la información de los autores del estudio, si bien es cierto que aspectos cualitativos como la explicitación del compromiso hacia la humanización en el plan estratégico del CHUS constituyen un factor diferenciador. Todos y cada uno de los centros estudiados desarrollan sus programas de RS de forma diferenciada, con puntos en común y proyectos cada día más orientados a la mejora en la comunicación con los grupos de interés con el objetivo de aproximar las instituciones sanitarias a las características de los usuarios, sean éstos niños, adultos o mayores, y teniendo en cuenta la heterogeneidad de los trabajadores. De esta manera, se plantean experiencias significativas como el punto de atención al trabajador (CHUS), tratamiento de órganos para trasplante (CHUAC), gestión de reclamaciones y sugerencias (HCSCM), programas de ocio (H12OM) o fidelización de personal jubilado (GST). Se trata de una tendencia general en la mayoría de los hospitales del país que además de desarrollar proyectos de RSC, los comunican empleando también las TICs (Medina, 2012).

Existe una cada vez mayor orientación a la integración del paciente y del trabajador, entendiendo el hospital como una institución abierta también a grupos de iniciativa social creando espacios físicos más humanos y de mayor influencia como áreas para familiares y áreas asociativas transversales que se diseñan de forma colaborativa. Esto ocurre en todas las instituciones observadas lo cual muestra una tendencia creciente hacia la humanización institucional. Aquí es importante entender que se establece siempre una relación entre los profesionales de atención directa y los pacientes (Blazquez Manzano et al. 2012), algunos de ellos cautivos por motivos de edad o por las características de la enfermedad neurodegenerativa o psiquiátrica (Nieto-Alcaraz et al. 2016).

El objetivo final del estudio, la elaboración de recomendaciones para contribuir a la humanización en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela, se tradujo en



tres estrategias centrales señaladas en la tabla 4, para cuya comprensión y puesta en práctica se requerirá un esfuerzo importante en materia de comunicación. Todas ellas están orientadas a los principales grupos de interés y se expresan en la calidad asistencial, la transparencia en la gestión y la individualización y dignidad del cuidado hacia el paciente. Se incide en la necesidad de que, para la conclusión del plan, el hecho de que todos los implicados tengan a su alcance el conocimiento suficiente sobre el desarrollo de la actividad y de qué manera se consigue que las instituciones sanitarias se acerquen cada vez más a la percepción que el usuario busca, además de a la seguridad y confort que el paciente precisa.

En este sentido nuestro estudio confirma la relevancia que las estrategias de RS entendidas como las acciones que una institución sanitaria emprende para ser percibido como una organización responsable al plantear que la comunicación entre pacientes y profesionales (lo interpersonal), el nuevo papel protagonista del paciente (ha de entender aquello que le comunican) y el compromiso con la innovación que genera reputación y prestigio institucional (en la medida en que el paciente tiene cada vez un mayor acceso al conocimiento) son elementos esenciales y generadores de valor añadido para las instituciones (Medina, 2012).

Además, cada una de las 3 estrategias planteadas tenía 2 objetivos concretos que se plasmaron en una docena de acciones orientadas a garantizar el bienestar de pacientes, profesionales, y sociedad civil, incidiendo en la relevancia de la transmisión de la información contando para ello con las nuevas tecnologías y la proximidad de todos los grupos de interés, cuyo impacto debería ser medido.

Nos parece que el estudio es acorde con las observaciones que sugieren la importancia de la comunicación en salud en todos sus niveles a través de programas formativos, políticas e información responsable que permitan el avance del conocimiento de las estrategias de salud que favorezcan la humanización de la atención (Leal Costa, 2017).

## Conclusiones

1. La identificación y ponderación de los asuntos materiales más relevantes para los grupos de interés del sector sanitario en España permitieron la confección de una matriz de materialidad como instrumento de conocimiento y reflexión sobre responsabilidad social.
2. El conocimiento de algunas de las prácticas de éxito en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y de la

gestión de recursos humanos facilitó el diseño de acciones dirigidas a la humanización de la asistencia sanitaria teniendo en cuenta la visión de los stakeholders.

3. La elaboración del plan de acción para que la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela implementase su estrategia de Responsabilidad Social en el ámbito de la humanización permitió concluir que, para ser eficiente, será esencial su inclusión dentro de los planes de comunicación del SERGAS.

## Referencias Bibliográfica

- Abreu Quintero J. L. (2011). Innovación Social: conceptos y etapas. *Daena: international Journal of Good Conscience*. 6 (2), 134-148.
- Blázquez Manzano A., Feu-Molina S., Ruiz-Muñoz E., Gutiérrez-Caballero J. M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 3 (1): 62-76.
- Caamaño Ponte J. L. Gandoy Crego M., Del Monte Pérez A. (2015). Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Galicia y Responsabilidad Social Corporativa. *Neurama: revista electrónica de psicogerontología*. Vol 2. Nº 1 (17-30).
- Caamaño Ponte J., Pérez-Hervada Lemus O., Gil Paz I. (2017). Innovación Social en la enfermedad de Alzheimer. *Neurama: revista electrónica de psicogerontología*. Vol 4. Nº 1 (5-19).
- Catalán Matamoros D. (2011). Los contenidos sanitarios en prensa: ¿Influencias ocultas en salud? *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2(1): 1-2.
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23 (2), pp. 93-97. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACION%20Y%20CALIDAD%20DE%20LOS%20AMBIENTES%20HOSPITALARIOS.pdf>
- Decálogo de la Responsabilidad Social Sanitaria y Socio-sanitaria, señala a la humanización de la asistencia como un valor trascendental e imprescindible ([https://www.inidress.org/wp-content/uploads/Decalogo\\_de\\_la\\_RSS.pdf](https://www.inidress.org/wp-content/uploads/Decalogo_de_la_RSS.pdf)).
- Drucker P. F. (2004). *La disciplina de la innovación*. Harvard Business School Publishing Corporation. (3-7).
- Global Reporting Initiative (GRIG4) (2014). *Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad*. Recuperado de <https://www.globalreporting.org/standards/g4/Pages/default.aspx>

Gutiérrez, R. (2013). *Ética profesional y Responsabilidad Social en Sanidad*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Recuperado de [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500715/n10.10\\_\\_\\_\\_tica\\_profesional.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500715/n10.10____tica_profesional.pdf).

Leal Costa C. (2017). Conclusiones y recomendaciones de la I Jornada Nacional y IV Jornadas Autonómicas de comunicación en salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8 (1), pp. 1-4.

Medina-Aguerreberre, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3 (1), pp. 77-86.

Memoria de la Gerencia Territorial Camp de Tarragona (2014). Recuperado de <http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2014/Tarragona%202014/documents/ics%20tarragona%202014.pdf>

Memoria Hospital Clínico San Carlos (2014). Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142473958302&language=es&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPPage%2FHCLN\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142473958302&language=es&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPPage%2FHCLN_contenidoFinal)

Memoria Hospital Universitario 12 de octubre (2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmemoria+definitiva+pdf+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352894216319&ssbinary=true>

Memoria Xerencia de Xestión Integrada A Coruña (2014). Recuperado de [http://hospitalcoruna.sergas.es/\\*conocenos/memoria\\*s/memoria\\*xxiac2014\\*.pdf](http://hospitalcoruna.sergas.es/*conocenos/memoria*s/memoria*xxiac2014*.pdf)

Monitor de reputación sanitaria (2014). Monitor empresarial de reputación corporativa. <http://merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria>

Nieto-Alcaraz R., Arcos-García C. M., Rubio-Hernández A. (2016). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 7 (2), 331-335.

Servicio Galego de Saúde (SERGAS) (2014). *Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente*. Recuperado de [http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)

Servicio Galego de Saúde (SERGAS). *Procedimientos Internos de Prevención de Riscos Laborais de aplicación al CHUS*. (2015). Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Informe Total Xerencia Xestión.

## Propuesta de variables para el diseño de un modelo sobre TECNO-ADICCIÓN al sexo en la población juvenil

## Proposal of variables for the design of a model about the TECHNO-ADDICTION to sex in the youth population

Olga Serrano Villalobos<sup>a</sup>, Victoria Cuesta Díaz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Comunicación Audiovisual Publicitaria II, Universidad Complutense de Madrid, España

<sup>b</sup>Hospital Quirón de Madrid, España

### Resumen

Introducción: Parece existir una penetración en la vida cotidiana de las TICs que afecta al comportamiento sexual de los más jóvenes. Objetivo: El objetivo de este artículo es presentar una revisión bibliográfica que nos dirija hacia el análisis de las variables más relevantes a la hora de proponer en un futuro un nuevo modelo teórico para comprender el fenómeno de tecno-adicción al sexo vs. adicción al ciber-sexo. Método: Se trata de analizar la bibliografía existente con el objetivo de presentar una nueva línea de investigación para la adicción al sexo por Internet a través de las emociones como origen del comportamiento, y donde cuyo principal interés está dirigido hacia la población adolescente. Resultados: Parecen óptimas determinadas variables, junto con otras variables que también se exponen, centradas en las emociones como origen-causal del comportamiento para este tipo de afecciones. Conclusiones: En definitiva, se trata de abordar la problemática relacionada con el uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), la sexualidad y la juventud con respecto a la salud presentando una serie de variables que nos permitan crear un nuevo modelo teórico en el futuro así como una herramienta clínica válida de medición.

Palabras clave: Adicción; Sexo; Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs); Emociones; Jóvenes; Comportamientos; Clínica.

### Abstract

Introduction: There seems to be a penetration in everyday life to ICT that affects the sexual behavior of the younger. Objective: The goal of this article is to present a bibliographical review that will guide us towards the analysis of the most relevant variables when proposing in the future a new theoretical model to understand the phenomenon of the techno-addiction to sex vs. cyber-sex addiction. Method: We analyze the existing literature with the aim of presenting a new line of research for addiction to sex on the Internet through emotions as the origin of behavior, and where the main interest is directed towards the adolescent population. Results: Appear to be optimal, along with other variables that are also exposed, certain variables centered on the emotions as causal-origin of the behavior for this type of affections. Conclusion: In short, we try to address the problems related to the use of new information and communication technologies (ICT), sexuality and youth with regard to health presenting a series of variables that allow us to create a new theoretical model in the future, and also a valid clinical measurement tool.

Keywords: Addiction; Sex; ICT; Emotions; Youngs; Behaviors; Clinic.

## Introducción

Parece existir una penetración en la vida cotidiana de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación, lo que se conoce como las TICs; donde esta penetración ha provocado importantes cambios en la vida social, en las formas de comunicación y en el comportamiento de las personas, incluido el comportamiento sexual.

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en su conjunto parecen haber desarrollado un uso “envolvente” (Ubaldo Cuesta Cambra, 2012). De esta manera, parece ser que la “inmediata disponibilidad” es un elemento relevante en el análisis de dicho “uso envolvente”. En este sentido, es posible considerar que dicho uso envolvente pueda estar también asociado al mundo de las relaciones incluidas las sexuales, lo que puede potenciar la actividad sexual y, por tanto, la retroalimentación desde otro sentido.

Además, es importante añadir que parece necesario cuando se aborda el tema de la adicción a las nuevas tecnologías considerar que dicha adicción así como las posibles patologías vienen dadas principalmente a través del juego y el sexo (incluidas las relaciones o lo que en su variante tecnológica entendemos como redes sociales, destacando aquellas específicas para las relaciones sexuales, pudiendo ser incluso consideradas como “relaciones sexuales a la carta”).

Con esto es posible poder hacerse a la idea de la importancia que puede tener la actividad sexual en la red en la población actual y cómo esto ocurre de una manera generalizada así como que estas nuevas formas se han terminado por normalizar, afectando directamente a la población más joven y a su comportamiento sexual.

En este sentido, las relaciones que el ser humano establece con el “deseo” pertenecen también a la esfera de las emociones, que se explican a partir de la tensión entre la búsqueda de placer inmediato y el post-puesto, la necesidad de huir de lo monótono pero también de lo ansiógeno y el conflicto. El deseo, una vez alcanzado deja de contener ilusión dejando de ser deseo (Ubaldo Cuesta y Tania Menéndez, 2010) y parece que todo ello puede explicar la necesidad de una búsqueda incesante de emociones y su relación con la necesidad de volver a buscar “nuevas” emociones a partir de nuevos y diferentes contenidos a través de sentimientos opuestos.

Con respecto a la población, parece existir una motivación social que empuja a los individuos a la “búsqueda de contactos” así como a la “búsqueda de información”. Esta motivación social resulta especialmente importante

en la adolescencia, debido a que se produce el paso de las relaciones familiares a las relaciones de amistad. Dicho aspecto resulta uno de los aspectos más relevantes que subyacen a este tipo de adicción (Ubaldo Cuesta y Sandra Gaspar, 2013).

Como base del modelo teórico que aquí se presenta, se observan grandes deseos de la población por conocer y contactar con otros, lo que nos hace pensar que la necesidad del individuo no se trata en “no estar solo”, sino más bien en “no sentirse solo”, y dicho sentimiento comprende una serie de distintas emociones.

Por último, es importante destacar que nos interesamos principalmente por los más jóvenes debido a que este tipo de conexiones repercuten en los conceptos que los jóvenes tienen de la sexualidad de manera equivocada, incluso algunos desean tener relaciones sexuales tempranas, con niños o relaciones homosexuales (Nora Patricia Sánchez et al., 2007), y que esto aún se potencia y extiende más debido a ese sentido profundo de gregarismo y hermetismo que tienen y experimentan los adolescentes con lo que respecta al sexo. Por gregarismo se entiende como la necesidad de establecer vínculos emocionales con otros y con grupos, y que éste parece ser uno de los motivos por los que las personas interiorizan positivamente esta tecnología (Diana Ximena Puerta-Cortés y Xavier Carbonell Sánchez, 2013).

En este sentido, por tanto, es posible pensar en la existencia de unas determinadas consecuencias a partir de una serie de comportamientos llevados a cabo a través de Internet, donde se incluye la conducta sexual que puede ser realizada a través de Internet por los usuarios afectando de alguna manera al desarrollo psicológico y sexual sobre todo de los más jóvenes (Jesús Castro Calvo, Rafael Ballester Arnal, María Dolores Gil Llarlo, Vicente Morell Mengual, Pedro Salmerón Sánchez, 2014; Boies, Knudson Young, 2004; Longo, Brown y Price, 2002). Otras de las consecuencias negativas y de mayor trascendencia son: la promoción de actitudes sexuales negativas, el fomento de la trasgresión de las normas sociales, el inicio temprano y promiscuo en las relaciones sexuales, el aumento de la probabilidad de agresiones sexuales y la adicción al cibersexo (Jesús Castro Calvo, Rafael Ballester Arnal, María Dolores Gil Llarlo, Vicente Morell Mengual, Pedro Salmerón Sánchez, 2014).

Este tipo de actividades se ha reconocido como “cibersexo”, y en acuerdo con Griffiths (2012) y Rafael Ballester Arnal, Cristina Giménez García, María Dolores Gil Llarlo, Jesús Castro Calvo (2015), esta forma de acceder al cibersexo, en principio, tiene un origen recreativo, pero lo cierto es que la posibilidad de existencia de un uso pa-



tológico es latente (Ballester Arnal et al., 2014; Ballester Arnal et al., 2015). En definitiva, la actividad sexual por Internet puede ayudar a obtener información sexual, a la adquisición de conocimientos, a la exploración de la sexualidad, etc., pero tal y como subraya Steinberg (2008) y Ballester Arnal et al. (2015), de igual manera dicha actividad sexual en individuos que buscan sensaciones y no poseen el control necesario es posible que dicha herramienta se torne problemática.

El objetivo consiste en realizar un meta-análisis bibliográfico: realizar una revisión bibliográfica exhaustiva que nos lleve a una nueva forma de abordar el tema de las adicciones a través de las emociones como origen del comportamiento; es decir, mostrar una nueva línea de investigación para este tipo de problemática relacionada con el uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), donde la investigación se centra principalmente en la sexualidad de la población más joven.

## Método

Esta revisión comienza con una amplia recopilación de diferentes trabajos anteriores existentes sobre la adicción a las nuevas tecnologías (NT): televisión, video juegos y ordenador, así como también aquellos trabajos que se dieron posteriormente en el tiempo como son los referidos a la adicción al teléfono móvil, la adicción al ordenador, y aún posteriormente, la adicción al Smartphone.

Sin embargo, con objetivo de delimitar el objeto de estudio, la revisión bibliográfica la vamos a concretar y nos vamos a referir específicamente sobre modelos que se dedican a la adicción al sexo por Internet. Por lo que a continuación vamos a exponer los diferentes modelos teóricos que nos llevarán a la construcción del modelo teórico que aquí se muestra. En este sentido, destacamos los siguientes modelos referidos a la adicción al sexo por Internet:

1) En primer lugar, nos fijamos en el modelo que aporta Silvia Sánchez Zaldivar et al. (2009), donde nos informan que existen dos formas diferenciadas de adicción al sexo por Internet:

- La PORNOGRAFÍA
- El CIBERSEXO

Donde la pornografía adopta una actitud más pasiva y sin interacción, y donde el éxito del cibersexo precisamente reside en su posición más activa debido a la interactividad, resultando un sexo anónimo y sin respon-

sabilidades. Lo que lo convierte en un sexo casual y sin compromisos, favoreciendo las relaciones múltiples. Con esto, podemos ver, que sin duda, Internet ha provocado cambios de comportamientos sexuales en los individuos.

2) El siguiente modelo, más clásico, es el MODELO del Motor de la "Triple A" de Delmonico (1997) donde la actividad sexual por Internet parece ser alimentada por:

- La COMODIDAD – ASEQUIBILIDAD
- La ACCESIBILIDAD
- El ANONIMATO

3) Años más tarde, Young (1999) propone el MODELO ACE, cuyos componentes son:

- El ANONIMATO
- La COMODIDAD
- El ESCAPE DE LA TENSIÓN PSICOLÓGICA.

Esta autora también posteriormente, Young (2008), nos aporta que la adicción a la pornografía en Internet, sigue un ciclo de diferentes fases, que son las siguientes:

- a) Descubrimiento
- b) Experimentación
- c) Escalada
- d) Compulsión
- e) Desesperanza

4) A modo más general, otros autores, han relacionado la adicción al sexo por Internet con:

- La intención de uso (Griffiths, 2000; Carbonell et al.(2012)
- Factores psicológicos como la timidez (Rafael Ballester Arnal, M<sup>a</sup> Dolores Gil Llario, Sandra Gómez Martínez y Beatriz Gil Juliá, 2010; Ross, Rosser, McCurdy y Feldman, 2007).
- Con la baja autoestima, con distorsiones en la imagen corporal (Eric W. Owens, Richard J. Behum, Jill C. Manning, Rory C. Reid, 2012; Löfgren-Martenson y Månsson, 2010), con disfunciones sexuales no tratadas y con adicciones previas (Rafael Ballester Arnal, M<sup>a</sup> Dolores Gil Llario, Sandra Gómez Martínez y Beatriz Gil Juliá, 2010; Orzack y Ross, 2000).
- Con un menor grado de integración social (Eric W. Owens, Richard J. Behun, Jill C. Manning Rory C. Reid, 2012; Mesch, 2009)
- También se ha correlacionado con la agresividad (Eric W. Owens, Richard J. Behun, Jill C. Manning, Rory

C. Reid, 2012; Alexy et al., 2009).

- Se asocia a síntomas depresivos (Eric W. Owens, Richard J. Behun, Jill C. Manning, Rory C. Reid, 2012; Ybarra y Mitchell, 2005) y con creencias psicológicas negativas (sentimientos de soledad, profunda decepción de la vida, el abandono, la sensación en la vida de que todo es trivial, la ausencia de objetivos, donde el único objetivo en la vida es el disfrute, tendencia a renunciar a la solución de problemas, y una voluntad débil para trabajar) (Eric W. Owens, Richard J. Behun, Jill C. Manning, Rory C. Reid, 2012).

- También se asocia con entornos familiares hostiles, según William N. Friedrich y colegas, (1998). Y también se asocia con la conducta delictiva (Eric W. Owens, Richard J. Behun, Jill C. Manning, Rory C. Reid, 2012; Ybarra y Mitchell, 2005), fumar, beber alcohol y café (Christos C. Frangos, Constantinos C. Frangos y Ioannis Sotiropoulos, 2011).

- Por otro lado, el modelo de Joshua B. Grubbs et al. (2015) lo relaciona con la hipersexualidad y con la angustia psicológica, donde los factores con los que trabajan son:

- Neuroticismo
- Autocontrol
- Deseabilidad Social
- Trastorno Psicológico
- Depresión
- Ansiedad
- Estrés

- También otros modelos se han basado en el TRATAMIENTO, y en este sentido destacamos los siguientes tres modelos diferenciados:

i. El modelo de Daniel L. King et al. (2012) se basa en enfoques cognitivos y conductuales. Aquí se relaciona Internet con el Déficit de Atención e Hiperactividad, y también se confirma la COMORBILIDAD, a través del CONSORT.

ii. Desde esta perspectiva del TRATAMIENTO, también destacamos el modelo de Halley M. Pontes et al. (2015) donde se destaca la importancia de la Psicología Clínica y la Psiquiatría. En general, aquí nos informan sobre los procesos neuronales, sus tratamientos psicológicos y farmacológicos.

iii. Por último, Christos C. Frangos et al. (2011); proponen un perfil de un usuario problemático de Internet: “Se trata de un sujeto masculino que gasta más horas al día chateando, jugando y en sitios pornográficos, con resultados significativos de angustia psicológica y deterioro funcional”.

## Resultados y discusión

A partir de esta revisión bibliográfica ya centrada en la sexualidad y el uso tecnológico se analizan las variables que conformarían los diferentes “constructos” que permitirían proponer un modelo de TECNO-ADICCIÓN. Será precisamente esta última propuesta que acabamos de analizar, de Christos C. Frangos et al. (2011), la que nos lleva a comenzar a plantear nuestro modelo, ya que en este nuevo marco teórico que aquí se presenta se plantea justamente al revés, y es que a partir de la angustia psicológica el sujeto acude a Internet. Además las dos opciones son válidas, ya que existe una RETROALIMENTACIÓN MÚLTIPLE, en el sentido que se da retroalimentación en los procesos psicológicos y en el propio sistema de Internet, principalmente a través de los sistemas de notificaciones y la rapidez en la que suceden las informaciones así como la interactividad intrínseca en dicho sistema.

También las variables para el futuro modelo que aquí se propone sugieren que los trastornos de adicción al sexo por Internet se consideran un subtipo de la adicción al sexo. Además, se considera que los trastornos hipersexuales son un subtipo del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y esto es debido a la relación directa entre hipersexualidad y compulsividad, una falta de control de impulsos y un pensamiento obsesivo recurrente.

Las variables propuestas como soporte del futuro modelo, en primera instancia, están basadas en:

1) Los trastornos reconocidos en el DSM-5, concretamente en:

- La DEPRESIÓN
- La ANSIEDAD
- La AGRESIVIDAD
- La FOBIA SOCIAL
- EI DÉFICT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
- La COMPULSIVIDAD
- La OBSESIÓN
- La IMPULSIVIDAD

Estos trastornos se convierten en nuestros factores con el objetivo de justificar y delimitar el trastorno. Además, de esta forma se obtienen factores independientes entre sí, que nos informan de la existencia a través de la relación directa entre los trastornos y el uso tecnológico, concretamente con fines sexuales.

2) El modelo está basado en el ORIGEN-CAUSAL del comportamiento, la COMPULSIVIDAD, y las caracte-

rísticas clásicas de la adicción, como son:

- La TOLERANCIA
- La ABSTINENCIA
- La PERTURBACIÓN DE LA VIDA DIARIA
- La RECAÍDA

3) También se basa en que el origen del comportamiento se evalúa a partir de teorías de INTERIORIZACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN de las emociones, a partir de pensamientos (Yo pienso), de sentimientos (Yo siento), y de creencias (Yo creo) como elementos de INTERIORIZACIÓN; y de Yo actúo reflejando la conducta como elemento de EXPERIMENTACIÓN, siguiendo el modelo de Sardinero García et al. (1997).

4) El modelo, además, estaría basado en la COMORBILIDAD de los trastornos, que se explican a través de los trastornos adyacentes que propone este modelo futuro.

5) También se basa en la RETROALIMENTACIÓN MÚLTIPLE que se da en todo el proceso. Tanto, por un lado, en el proceso psicológico (como me siento mal o con alguna carencia recorro a Internet para sentirme mejor, para luego volver a sentirme mal emocionalmente o peor después de las conexiones; en otras palabras, unas emociones llevan a otras); y, por otro lado, también se da una retroalimentación en el propio proceso y diseño tecnológico de Internet, donde los contenidos son rápidos, cambiantes, múltiples, baratos, también a través de notificaciones y alertas, etc., (por lo que unos estímulos responden a unas emociones determinadas).

6) Además, considera la CREACIÓN DE HÁBITO, para explicar el uso recreativo, y el aburrimiento.

7) También el modelo que se propondría relaciona la actividad sexual por Internet con fotografías, vídeos o chats sexuales en todos los ítems que se dan en la escala creada a través de "busco sexo por Internet", por lo que incluye las dos formas de sexo por Internet (pornografía y cibersexo) a las que hace referencia Silvia Sánchez Zaldivar et al. (2009). Así como en el "PODER DE LA IMAGEN".

8) Por último, se desarrolla una teoría donde con el uso de la tecnología, los trastornos sexuales parafilicos pasan de ser considerados de:

- Conducta Voyeurista • Conducta Tecno-Voyeurista
- Exhibicionismo • Tecno-Exhibicionismo
- Masturbación compulsiva • Tecno-Masturbación

Y bajo estas premisas se construye el término "TEC-

NO-ADICCIÓN", que aparece en el título de este artículo, así como se proponen las variables para el diseño de un modelo futuro.

Los resultados nos indican que en lo que respecta al estudio de las adicciones en general, y en particular a las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), y aún más específicamente en la adicción al sexo por Internet, las emociones son elementos óptimos para hacer dichas evaluaciones. Por tanto, las pasiones, deseos, sentimientos y emociones forman un conjunto importante para el estudio de las adicciones sexuales (trastornos sexuales).

Lo que se ha pretendido es poder analizar el origen del comportamiento cuándo los individuos deciden buscar sexo por Internet, y justificarlo como trastorno a través del DMS-5.

Las variables que han estudiado este fenómeno en trabajos de investigación anteriores han considerado otros factores como el tiempo de exposición, la tecnología utilizada, factores psicológicos, se han aplicado las normas de adicción utilizadas para las adicciones con sustancia, etc., también se han tratado de observar las diferencias entre pornografía y cibersexo. Las investigaciones de los últimos años se han centrado en comprender dicha actividad desde el tratamiento y factores como: Neuroticismo, Autocontrol, Deseabilidad Social, Trastorno Psicológico, Depresión, Ansiedad, Estrés. En definitiva, se ha pretendido ver el fenómeno desde distintas perspectivas. Sin embargo, las variables que se proponen en este trabajo a diferencia de otros trabajos presentados anteriormente se centran en la idea de justificar dicha actividad como un trastorno a partir de ser analizado a través de otros trastornos reconocidos en el DSM-5, a la vez que se centra en las emociones y el origen-causal del comportamiento cuando un individuo decide "buscar sexo por Internet", por lo que se demuestra una relación directa entre emociones y uso problemático de Internet con fines sexuales entre los más jóvenes. Además, en este trabajo de investigación que se presenta se considera el "uso recreativo" y el "poder de la imagen", factores que anteriormente no han sido utilizados en la medición de este fenómeno.

Con respecto a las limitaciones, la principal limitación de este estudio es que esta investigación se centra en una revisión bibliográfica y en la presentación de una serie de variables para la construcción de un posterior modelo teórico y una escala de medición para la detección temprana y cribado sobre la tecno-adicción al sexo en jóvenes, por lo que no aporta datos sobre la aplicación de los factores que se presentan a una muestra de individuos.

Las futuras líneas de investigación se dirigen a crear y aplicar una escala de evaluación a partir del modelo teórico que se creará, que nos detecte si un individuo tiene un problema con el uso de Internet con fines sexuales, además de indicarnos cuál es el origen de su trastorno e inclinación de comportamiento.

También se pretende crear una segunda escala que nos indique qué trastorno parafilico de orden sexual y tecnológico tiene el sujeto, una vez detectado el problema en la primera escala.

Ambas escalas están realizadas para la clínica, por tanto, se consideran de aplicación clínica. Por último, las dos escalas están dirigidas a la población más juvenil.

## Conclusiones

- El uso de las TICs con respecto a las relaciones han provocado un importante cambio de comportamiento en las personas. Se desarrolla una teoría donde bajo esta nueva perspectiva de actuación social con el uso de la tecnología, los considerados trastornos sexuales parafilicos, según el DSM -5, adquieren un nuevo concepto tomando el término más específico y diferenciado de TECNO-ADICCIÓN, y que hace referencia al título de este artículo.
- El objetivo de este artículo es hacer una revisión bibliográfica que nos sitúe en un nuevo proceso para el estudio de las adicción en Internet, concretamente a la adicción al sexo por Internet, a través de las emociones, observando el origen-causal del comportamiento cuando un individuo decide “buscar sexo por Internet”.
- Entre las principales conclusiones, destacar que a través de otros trastornos no sexuales es posible identificar un uso problemático de Internet para la actividad sexual, óptimo para la evaluación en menores de edad, al no hacer referencia sexual alguna.
- Por último, se proponen variables que no han sido consideradas anteriormente en este tipo de mediciones, destacando “el poder de la imagen”.

## Referencias bibliográficas

Alexy, E.M.; Burgess, A. W., y Prentky, R.A. (2009). Pornography use as a risk marker for an aggressive pattern of behavior among sexually reactive children and adolescents. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 42, 442-453.

Ballester Arnal, Rafael; Gil Llarío, Ma Dolores; Gómez

Martínez, Sandra y Gil Juliá, Beatriz (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22(4), 1048-1053.

Ballester Arnal, R., Castro Calvo, J, Gil Llarío M.D., Giménez García, C. (2014). Relationship status as an influence on cybersex activity: cybersex, youth, and steady partner. *Publmed J Sex Marital Ther*, 40 (5), 444-456.

Ballester Arnal, Rafael; Giménez García, Cristina; Gil Llarío, María Dolores y Castro Calvo, Jesús (2015). Cybersex in the “Net generation”: Online sexual activities among Spanish adolescents. *Elsevier, Computers in Human Behavior*, 57, 261-266.

Boies, S.C., Knudson, G. y Young, J. (2004). The Internet, Sex, and Youths: Implications for Sexual Development. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11 (4), 343-363.

Carbonell, Xavier; Fúster, Héctor; Chamorro, Ander y Oberst, Ursula (2012). Adicción a Internet y Móvil: Una revisión de Estudios Empíricos Españoles. *Papeles del Psicólogo*, 33 (2), 82-89.

Castro Calvo, Jesús; Ballester Arnal, Rafael; Gil Llarío, Ma Dolores; Morell Mengual, Vicente y Salmerón Sánchez, Pedro (2014). Internet, Cibersexo y Consumo de Alcohol: Estudio Preliminar en Adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1 (1), 507- 516.

Cuesta Cambra, Ubaldo y Menéndez, Tania (2010). Jóvenes, Drogas y Comunicación. *Drogas, Comunicación y Nuevas Tecnologías de la Información. Revista del Observatorio de Drogodependencia de Castilla-La Mancha*, 6, 93-107.

Cuesta Cambra, Ubaldo (2012). Las TICs y la salud desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Comunicación y Salud*, 2 (1), 29-33.

Cuesta, Ubaldo (2012). Uso “envolvente” del móvil en jóvenes: propuesta de un modelo de análisis”. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 18, (Nº Especial Octubre), 253-262.

Cuesta, Ubaldo y Gaspar Herrero, Sandra (2013). Análisis motivacional de uso del Smartphone entre jóvenes: una investigación cualitativa. *Historia y Comunicación Social*, 18, (Nº Especial Noviembre), 435-447.

Delmonico, D. (1997). Internet Sex Screening Test. <http://www.sexhelp.com> (19 Marzo 2010).

Descartes, R. (2002). *Meditaciones metafísicas. Las pasiones del alma*. Barcelona: Folio.

Elster, Jon (2001). *Sobre las Pasiones, Emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Editorial Paidós.

Frangos, Christos C.; Frangos, Constantinos C. y Sotiropoulos, Ioannis (2011). Problematic Internet Use Among Greek University Students: An Ordinal Logistic Regres-



- sion with Risk Factors of Negative Psychological Beliefs, Pornographic Sites. And Online Games. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, N°1- 2.
- Friedrich, William N.; Fisher, Jennifer; Broughton, Daniel; Houston, Margaret y Shafran, Constance R. (1998). Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*, 101 N°4, e9.
- Griffiths, M. D. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 211-218.
- Griffiths, M. D. (2000). Excessive Internet Use: Implications for sexual behavior. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 537-552.
- Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research and Theory*, 20 (2), 111-124.
- Grubbs, Joshua B.; Volk, Fred; Exline, Julie J. y Pargament, Kenneth I. (2015). Internet Pornography Use: Perceived Addiction, Psychological Distress, and the Validation of a Brief Measure. *Routledge Taylor & Francis Group, Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 83-106.
- Heidegger M. (1970) ¿Qué es la metafísica? Y Otros Ensayos. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- King, Daniel L., Delfabbro, Paul H., Griffiths, Mark D. y Gradisar, Michael (2012). Cognitive-Behavioral Approaches to Outpatient Treatment of Internet Addiction in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68 (11), 1185- 1195.
- Löfgren-Martenson y Månsson, SA. (2010). Lust, love, and life: a qualitative study of Swedish adolescents' perceptions and experiences with pornography. *J Sex Res*, 47 (6), 568-79.
- Longo, R. E., Brown, S. M. y Price, D. (2002). Effects of Internet sexuality on children and adolescents. En A. Cooper (Ed.), *Sex & the internet: A guidebook for clinicians*, 87-105. New York: Brunner routedge.
- Mesch GS (2009). Social bonds and Internet pornographic exposure among adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 601-618.
- Orzack, M.H. y Ross, C. J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions? *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 113-125. Special Issue: Cibersex: The dark side of the forcé.
- Owens, Eric W.; Behun, Richard J.; Manning, Jill C. y Reid, Rory C. (2012). *The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research*. Routledge Taylor & Francis Group, *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 99-122.
- Pontes, Halley M., Kuss, Daria J. y Griffiths, Mark D. (2015). Clinical psychology of Internet addiction: a review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience and Neuroeconomics*, 4, 11-23.
- Puerta-Cortés, Diana Ximena y Carbonell Sánchez, Xavier (2013). Uso problemático de Internet en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Scielo Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 31 (3), 620-631.
- Puerta-Cortés, Diana Ximena y Carbonell Sánchez, Xavier (2013). Las Nuevas Tecnologías, ¿Contribuyen al Desarrollo Humano? Línea Temática III: Investigación y compromiso social. Universidad de Ibagué (Colombia). Sexto congreso Universidad y Cooperación al Desarrollo, Valencia, 2013. [http://www.sextocongresocud.es/wp-content/uploads/2013/03/vicongresocud2\\_013\\_submission\\_238.pdf](http://www.sextocongresocud.es/wp-content/uploads/2013/03/vicongresocud2_013_submission_238.pdf)
- Ross, Michael W.; Rosser, B.R. Simon; McCurdy, Sherly, Feldman, Jaime (2007). The Advantages and Limitations of Seeking Sex Online: A Comparison of Reasons Given for Online and Offline Sexual Liaisons by Men Who Have Sex with Men. *The Journal of Sex Research*, 44 (1), 59-71.
- Sánchez-Chávez, Nora Patricia; Reyes-Hernández, Ulises; Reyes-Hernández, Diana; Quero-Hernández, Armando; Reyes-Gómez, Ulises y Colón-Cuesta, Francisco (2007). Entorno a la Consulta de Pornografía y su Repercusión en Relación a la Sexualidad en un Grupo de Adolescentes Masculinos. *Medigraphic Artemisa en línea. Bol Cin Hosp Infant Edo Son*, 24(1), 3-8.
- Sánchez Zaldívar, Silvia e Iruarrizaga Díez, Itziar (2009). Nuevas Dimensiones, Nuevas adicciones: La Adicción al Sexo en Internet. *SciELO, Intervención Psicosocial*, 18, n.3 Madrid.
- Sardinero García, Eva; Pedreira Massa, J.L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicas/1997/Vol8/Arti3.htm>
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106.
- Syed Shah Alam, Nik Mohd. Hazrul Nik Hashim, Maisarah Ahmad, Che Aniza Che Wel, Sallehuddin Mohd Nor, Nor Asiah Omar (2014). Negative and positive impact of internet addiction on Young adults: Emperical study in Malaysia. *OmniaScience. Intangible Capital*, 10 (3), 619-638.
- Ybarra, ML y Mitchell, KJ (2005). Exposure to internet pornography among children and adolescent: a national survey. *Cyberpsychol Behav.*, 8 (5), 473-86.

Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. 104th annual meeting of the American Psychological Association, 1996. Toronto, Canada.

Young, K. S. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation and treatment. Eds. L. VanderCreek y T. Jackson: Innovations in clinical practice: A source book. Sarasota: Professional Resource Press, 1-13.

Young, K. S. (2001). Tangled in the web: Understanding Cybersex from Fantasy to Addiction. Bloomington, Indiana: Authorhouse.

Young, K.S (2008) Internet Sex Addiction: Risk Factors, Stages of Development, and Treatment. American Behavioral Scientist, 52, 221-237.

## Comunicação de saúde: surgimento e consolidação da especialidade

## Health communication: emergence and consolidation of specialty

Sônia Regina Schena Bertol<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Faculdade de Artes e Comunicação, Universidade de Passo Fundo, Brasil

Revisiones

### Resumo

A Comunicação da Saúde vem consolidando-se como uma especialidade da sub-área da Comunicação Científica e desenvolve-se a partir de idéias disseminadas por médicos europeus ainda no início do século XIX, as quais ganham embasamento epistemológico principalmente nas últimas três décadas, quando novos paradigmas surgidos na comunicação e na saúde passam a perceber a necessidade da união das duas áreas, considerando os pressupostos de novas definições conceituais que passaram a considerar principalmente a promoção e a prevenção da saúde. Neste estudo, nos valem principalmente da análise de documentos, resgatados através de duas fontes principais: livros, jornais, newsletters e revistas especializados na área e Internet, caracterizando nossa pesquisa como bibliográfica e documental, segundo as técnicas e os instrumentos de observação, encarando este material bibliográfico e documental como um veículo de observações feitas por outros pesquisadores; e monográfica, quanto ao método, já que pretende analisar verticalmente, ou seja, em profundidade, a questão do surgimento e da consolidação da Comunicação da Saúde.

Palavras-chave: Comunicação da saúde; Especialidade; Promoção; Prevenção.

### Abstract

Health communication comes consolidating itself as a specialty of the sub-area of scientific communication and develops ideas disseminated by European doctors even in the early 19th century, which earn epistemological know-how especially in the last three decades, when new paradigms emerged in communication and health began to realize the need for the union of the two areas, considering the assumptions of new conceptual definitions to consider mainly the promotion and health prevention. In this study, we mainly document analysis worth, rescued by two main sources: books, newspapers, newsletters and magazines specialized in area and Internet, featuring our bibliographic and documentary research, according to the techniques and observation instruments, viewing this documentary and bibliographic material as a vehicle of comments made by other researchers; and Mon., regarding the method, since analyzes vertically, that is, in depth, the question of the emergence and the consolidation of Health Communication.

Keywords: Health communication, Specialty, Promotion; Prevention.

## Introdução

A noção de que a Comunicação estrutura-se como um campo científico reconhecido e legitimado pela existência de programas de pós-graduação, publicações científicas, associações nacionais e internacionais, promoção de simpósios e eventos de grande amplitude, vem sendo confirmada por pesquisadores como Jensen (2001), Newcomb (2001) e Melo, Epstein, Sanchez, & Barbosa (2001), entre outros, que perceberam seu amadurecimento em direção ao estabelecimento de suas fronteiras bem como a necessidade de efetivamente demarcá-las, promovendo o tratamento de seus objetos de tal forma que encontrem em outras disciplinas apenas seu complemento interdisciplinar, mas, neste campo específico, o corpus teórico necessário para examiná-los sob a ótica comunicacional.

De herança nórdica, Jensen (2001) já crê na cientificidade do campo e sugere a criação de uma Faculdade de Mídia e Comunicação como o caminho mais seguro para sua legitimação, já que em seu centro estão as tecnologias da mídia, suas instituições e linguagens características. Diferentemente pensa o norte-americano Newcomb (2001), para quem a comunicação ainda não é uma disciplina; novas “circunstâncias” precisam ser levadas em conta para o desenvolvimento da pesquisa em comunicação, como as novas tecnologias, a criação de conglomerados da mídia, a política e a legislação e a situação geográfica de algumas nações, que ficam expostas a sistemas globais de mídia. Já Melo et al. (2001) que, como ele mesmo cita, tem viajado frequentemente por toda a América Latina e conhece de perto a realidade do campo, afirma ser este um “campo científico” que se enquadra na noção de “campo social” de Pierre Bourdieu, com lutas pela prevalência de determinados paradigmas, mas que precisa vincular-se com mais proximidade aos fenômenos do campo locais e desvincular-se de idéias importadas de nações que ainda detêm a hegemonia teórico-metodológica neste campo.

Levando em conta as afirmações acima, iremos nos deter neste momento na especificidade da Comunicação da Saúde, com o objetivo geral de verificar quais paradigmas deram emergência à Comunicação da Saúde, procurando conhecer suas origens, seu desenvolvimento histórico e o atual estado da arte do conhecimento neste campo. Como objetivos específicos, buscamos detectar de que forma a Comunicação da Saúde relaciona-se com a Comunicação Midiática; de que forma a Comunicação da Saúde relaciona-se com a Comunicação Grupal; de que forma a Comunicação da Saúde relaciona-se com a

Comunicação Interpessoal; de que forma a Comunicação da Saúde relaciona-se com a Comunicação Organizacional; verificar se a Comunicação da Saúde já está legitimada como uma sub-área filiada às quatro grandes áreas (Midiática, Grupal, Interpessoal, Organizacional), ou se deve ser considerada como uma especificidade da Comunicação Científica; através da exploração de autores, obras, publicações científicas, resultados de pesquisas e da existência de programas de pós-graduação, verificar o estágio atual de seu desenvolvimento; analisar e interpretar os dados obtidos.

## Métodos e Técnicas

Para levar a cabo esta pesquisa, estaremos nos valendo principalmente da análise de documentos, os quais serão resgatados por meio de duas fontes principais: livros, jornais, newsletters e revistas especializados na área e Internet, caracterizando nossa pesquisa como bibliográfica e documental, segundo as técnicas e os instrumentos de observação, encarando este material bibliográfico e documental como um veículo de observações feitas por outros pesquisadores a respeito de nosso objeto de estudo; e monográfica, quanto ao método, já que pretende analisar verticalmente, ou seja, em profundidade, a questão do surgimento e da consolidação da Comunicação da Saúde.

Ainda, nossa pesquisa estará utilizando como fontes dados considerados primários, colhidos diretamente pelo pesquisador, obtidos principalmente através da Internet, e dados secundários, aqueles já existentes, anteriormente colhidos por outro pesquisador ou por outra instituição, chamados de dados de segunda mão.

Para procedermos a pesquisa estaremos nos valendo de amostragens, isto é, estaremos colhendo dados de uma parte do todo, parte que se supõe representar o todo e os resultados assim obtidos são generalizados para o todo. Desta forma, nossa amostra será intencional, o que significa que suas unidades serão intencionalmente escolhidas. Nossa seleção da amostragem leva em conta que a pesquisa ora empreendida é do tipo qualitativo, ou seja, não é de nosso interesse neste momento quantificação ou dados numéricos, mas a seleção e a reflexão sobre dados que nos permitam conhecer o estado da arte do conhecimento da Comunicação da Saúde. Não estaremos centrados, por exemplo, em descobrir o número exato de publicações específicas existentes, mas em buscar nestas publicações reflexões de pesquisadores que permitam conhecer o atual estágio de desenvolvimento da mesma.



## Amostragem

A amostragem selecionada tem a intenção de delimitar nosso objeto de investigação e, sendo intencional, as unidades escolhidas para fazer parte da amostra são ditas significativas ou de representatividade social, sendo os métodos de tratamento dos dados qualitativos. Nossa opção por determinadas associações nacionais ou internacionais de pesquisadores da Comunicação da Saúde, por exemplo, se fará pela sua representatividade e maturidade no contexto em foco sem, entretanto, buscar sua quantificação. Segundo Bauer e Gaskell (2003):

A amostragem garante eficiência na pesquisa ao fornecer uma base lógica para o estudo de apenas partes de uma população sem que se percam as informações – seja esta população uma população de objetos, animais, seres humanos, acontecimentos, ações, situações, grupos ou organizações. Como pode o estudo de uma parte fornecer um referencial seguro do todo? A chave para este enigma é representatividade (Bauer & Gaskell, 2003, p. 40).

## Coleta de dados

Estaremos utilizando a técnica da observação indireta, ou seja, a consulta bibliográfica e documental nos instrumentalizará para coletarmos dados sobre a pesquisa. Assim, estaremos nos valendo de livros, jornais, revistas científicas e sites da Internet para nossa observação e investigação, atendendo aos objetivos traçados para a execução de nossa pesquisa.

## Procedimentos

Para a consecução da pesquisa, foram tomadas medidas que, em sintonia com os objetivos propostos, nos guiaram na execução dos mesmos, sempre com o intento de compreendermos do ponto de vista da Taxionomia das Ciências da Comunicação, em que lugar devemos situar nosso campo de estudos emergente, que é a Comunicação da Saúde. Para tanto, foram seguidos determinados passos:

- Revisão da literatura acerca da legitimação do campo da Comunicação como um campo científico;
- revisão da literatura acerca das quatro grandes áreas da Comunicação, a saber: Midiática, Interpessoal, Grupal e Organizacional;
- revisão da literatura que versa sobre Comunicação Científica e Comunicação da Saúde, para compreender que a primeira vem sendo considerada pelos autores como uma sub-área da Comunicação e a segunda como

sua especialidade;

- pesquisa documental, com a finalidade de explorar, através da busca em sites da Internet, como vem se desenvolvendo e se sedimentando a Comunicação da Saúde, nacional e internacionalmente;
- utilizando o site de busca Google, foi possível localizar a ICA (International Communication Association), através da qual foram apreendidos inúmeros dados e conceitos relativos à Comunicação da Saúde ;
- da mesma forma, localizou-se a NCA (National Communication Association), cuja Health Communication Division apresenta uma newsletter própria;
- na newsletter acima citada, a referência a um artigo de Teresa L. Thompson possibilitou que se chegasse ao Journal of Health Communication, publicação paradigmática desta especialidade;
- no primeiro número do Journal of Health Communication, pudemos dispor do sumário do artigo escrito pelo pesquisador norte-americano Everett Rogers, intitulado “The field of Health Communication today: an up-to-date report”, o qual nos possibilitou o contato com dados históricos e pesquisas que vêm legitimando a especialidade da Comunicação da Saúde;
- também buscamos as associações de pesquisadores da comunicação latino-americana e brasileira, como ALAIC (Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación) e INTERCOM (Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação), no intento de verificar como está situada a Comunicação da Saúde nas mesmas;
- no que se refere aos programas de pós-graduação, verificamos, através de uma listagem oferecida pela NCA, os seguintes programas:
  - programa da Boston University;
  - programa da James Madison University;
  - programa da Universidade de New Jersey;
  - programa da Michigan State University ;
  - programa da Universidade do Minesotta ;
  - programa da Johns Hopkins University.
- também foram localizados vários links relativos à especialidade da Comunicação da Saúde, fornecidos pela Universidade de Iowa;
- no Brasil, encontramos como excelente exemplo de publicação científica a Revista publicada pela Fundação Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, intitulada História, Ciências, Saúde;
- finalmente, também através do Google encontramos um grande número de redes européias de divulgação da ciência.

Parece-nos pertinente lembrar novamente que todos

os procedimentos acima convergem no sentido de esboçar um panorama do estado da arte do conhecimento da especialidade da Comunicação da Saúde, sem entretanto esgotá-lo.

## Revisão de literatura

Ao se pensar em “pesquisa”, pensa-se imediatamente em “problemas de pesquisa”. Tomando como ponto de partida uma indagação que queira fazer dentro de sua área de interesse, o pesquisador lança-se na tarefa de desenvolver cientificamente uma temática que lhe motive. Considera-se que aí se localiza o início do processo no qual se insere o pesquisador, ou seja, a focalização de questões que despertem sua inquietude intelectual, sobre as quais ele pretenda se aprofundar e que geralmente não nascem espontaneamente de uma hora para outra, mas são fruto de experiências, de leituras e de estudos que fazem parte da vida do pesquisador. De certa forma, quando é definido um “problema de pesquisa”, isto ocorre em virtude de um certo grau de amadurecimento que já se tem sobre o mesmo. “Não há a possibilidade de destacar temas para estudo se não há estudo de temas”, diz Moura, Ferreira e Paine (1998, p. 21). “[...] aprendemos a formular um projecto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida apropriada. Até nova ordem, esta constitui o fio condutor do trabalho”, esclarecem Quivy e Campenhoudt (1998, p. 49).

“Ler é um ato absolutamente seletivo” advertem Fadul, Dias e Kuhn (2001). Nesse sentido concordam Quivy e Campenhoudt (1998, p. 51), para quem “A escolha das leituras deve ser realizada com muito cuidado. Qualquer que seja o tipo e a amplitude do trabalho, um investigador dispõe sempre de um tempo de leitura limitado.” Priest (1996, p. 74) também enfatiza a importância de ler seletivamente após a definição do problema de pesquisa: “In any event, the first step in any research project (after identifying a general direction) is reviewing the academic literature on the issue”; Alves-Mazzotti e Gewandsnajder (2001, p. 180) que, ao lembrar que a revisão da bibliografia deve estar a serviço do problema de pesquisa, afirmam: “O exame dos ‘estados da arte’ serve fundamentalmente para situar o pesquisador, dando-lhe um panorama geral da área”; e Moura et al. (1998, p. 25), dizendo que “O contato com a literatura, ou seja, com os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos numa área, sub-área ou tema, é fundamental em todas as etapas de realização de um projeto e mesmo na preparação que o antecede.”

Pela leitura dos textos indicados, pode-se afirmar que uma definição mais clara possível do problema de pes-

quisa também nos encaminhará de forma mais produtiva para a etapa da revisão de literatura. Segundo os autores, há diversas formas de nos encaminharmos de maneira organizada e segura para tanto. Moura et al. (1998) apontam algumas alternativas: ler periódicos científicos; contar com a ajuda de pesquisadores experientes e com o próprio orientador na indicação de publicações importantes; a identificação de boas bibliotecas, fazendo a elas visitas planejadas, nas quais explorará também temas correlatos ao seu próprio; a leitura de dissertações, teses e artigos; uma busca eletrônica em bases de dados; o uso da Internet; a participação em eventos científicos na área de interesse.

Seguindo as premissas prescritas pelos autores acima citados, percorremos alguns caminhos que nos auxiliaram na elucidação de nosso problema de pesquisa, bem como na consecução de nossos objetivos. Neste sentido, foi muito esclarecedor o panorama traçado pelo pesquisador boliviano Beltrán (2001), conselheiro regional do Centro para Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins, acerca da formação do campo da Comunicação da Saúde.

Neste cenário apresentado por Beltrán (2001), ele remonta à Europa do início do século XIX, entre 1820 e 1840 quando os médicos William Alison, escocês, e Louis René Villermé, francês, estabeleceram relações entre pobreza e enfermidade. Na experiência do médico francês, pôde-se comprovar que as duras condições de vida e trabalho sob as quais viviam operários têxteis causavam sua morte prematura. Nestes estudos estaria centrada, segundo Beltrán (2001), a noção extremamente atual de promoção da saúde, na qual a Comunicação se engaja como um instrumento indispensável. O conceito de saúde empregado então por estes médicos europeus desencadeou uma nova maneira de encarar a saúde.

Com este autor concorda a pesquisadora Pintos (2000) ao considerar que:

La Salud ha sufrido un cambio sustancial de paradigma en los últimos años. De una perspectiva que privilegiaba la medicina como único factor de protección sanitaria se ha llegado a una visión que trasciende el problema médico para implicar el entrono físico-ambiental y la situación económico-social Del individuo. La Salud, como concepto, ha ido desarrollando nuevos sentidos; ha trascendido la esfera enfermedad/curación (ausencia de enfermedad), para abarcar aspectos más globales: alimentación, vivienda, seguridad civil, educación, nivel sócio-económico, ecosistema, justicia social, equidad y paz (Pintos, 2000, p. 123).

Em seguida Beltrán (2001) situa o ano de 1848 como de suma importância dentro desta mesma visão, quan-

do se promoveu um movimento de reforma no conceito tradicional da medicina praticada na Alemanha, que preconizava sua atuação como ciência social e difundia uma visão da saúde como algo da responsabilidade de todos, não apenas do médico, cabendo ao Estado o papel de assegurá-la. Um dos seguidores destes preceitos foi o médico e ativista russo Rudolf Virchow, que associa a ocorrência de epidemias a problemas sócio-econômicos. De suas reflexões resultaram três premissas:

1) que la salud pública concierne a toda la sociedad y que el Estado está obligado a velar por ella; 2) que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y que esas relaciones deben someterse a la investigación científica, y 3) que, em consecuencia, deben adoptar-se medidas tanto sociales como médicas para promover la salud y combatir la enfermedad (Beltrán, 2001, p. 356).

Mas somente um século depois estas ideias tiveram eco, quando o médico francês Henry Sigerist, então fixado nos Estados Unidos, despontou como historiador da medicina, revalorizando-as, reafirmando a noção de promoção da saúde e acrescentando as noções de prevenção e de cura. De seus ideais difundidos no início da década de 1940, repercutiram influências sobre a OMS – Organização Mundial da Saúde, que passa a adotar o conceito segundo o qual a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de dores ou enfermidades.

Beltrán (2001) aponta ainda a reafirmação da importância dos conceitos de promoção e de prevenção da saúde quando representantes de 134 países reuniram-se na União Soviética no ano de 1978, em evento promovido pela OMS do qual derivou a Declaração de Alma-Ata, conceitos que também seriam adotados pelo governo dos Estados Unidos no ano seguinte e que ganharam grande amplitude no ano de 1986, quando a OMS promove a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá. Desta Conferência resultou um documento denominado Carta de Ottawa, “que definió a la promoción de la salud como el proceso que consiste em proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Beltrán, 2001, p. 358). Tanto a reunião de Alma-Ata quanto a de Ottawa tiveram a preocupação de demonstrar também a importância da Comunicação dentro deste novo paradigma de promoção da saúde: “Puesto que por definición la promoción debe alcanzar sus fines por persuasión, no por coerción, se atribuye universalmente a la comunicación la calidad de instrumento clave para materializar dicha política de salud” (Beltrán, 2001, p. 361).

Para Beltrán (2001), o essencial diálogo entre povos e governos, experts e leigos, pobres e ricos, com vistas à promoção da saúde, é um compromisso que deve ser articulado pelos comunicadores, utilizando-se de diversas estratégias e de múltiplos meios, interpessoais e massivos, e tendo em mente que os públicos que devem ser atingidos compõem um espectro muito amplo e por isso demandam dos comunicadores a segmentação: “En principio, la promoción aspira a llegar a toda a población, pero tiene que hacerlo dirigiéndose, en varias formas y en distintos grados, a diversas sub-audiencias con distintos propósitos específicos” (Beltrán, 2001, p. 363).

Para o Melo et al. (2001), “a interface entre as capacidades para a comunicação e os temas de saúde têm adquirido importância crescente.” Apontam como fatores desta importância que vem sendo atribuída à comunicação da saúde, de um modo geral, a crescente necessidade que o público tem de receber informação para melhor compreender os programas de saúde pública, que os indivíduos têm no sentido de informarem-se sobre patologias que os afetam diretamente e que os médicos têm para se atualizarem profissionalmente. Além disso, enfatizam contrastes entre a medicina clínica, que opera ao nível individual, a pesquisa biomédica que analisa o nível subindividual e a saúde pública, que adota uma perspectiva baseada em grupos de pessoas ou populações.

Presente de forma cada vez mais decisiva na vida cotidiana do homem contemporâneo, também está a ciência. Suas benesses facilitam a jornada dos que podem desfrutá-las, também através do efetivo conhecimento dos avanços científicos pelo público, principalmente pelos meios de comunicação: “Redigir ciência também abrange temas como a aplicação da ciência através da engenharia e tecnologia e, especialmente as ciências-arte da medicina e cuidados com a saúde” (Burkett, 1990, p. 5).

O contrário, ou seja, não poder desfrutar daquilo que a ciência nos proporciona, acaba trazendo prejuízos ao homem, “no sentido de se constituírem em obstáculos para o exercício efetivo da cidadania” (Epstein, 1998, p. 9).

Torna-se fundamental conhecer os avanços científicos, não apenas nas grandes causas, mas também naquelas que estão diretamente vinculadas ao dia-a-dia do homem moderno, como a saúde. Se hoje o grande público começa a se interessar cada vez mais pela informação científica trazida pelos periódicos e por diversos produtos editoriais que têm se preocupado exclusiva ou complementarmente com a divulgação da ciência e da medicina, então é hora também de qualificar sua cobertura, surgindo neste quadro a importante presença do comunicador, suscitando interesse e curiosidade, promovendo programas de promoção da saúde pública e de prevenção de



doenças coletivas na agenda midiática: “Cidadãos saudáveis, nutridos e felizes podem desencadear mecanismos de desenvolvimento capazes de sustentação autônoma, tornando factíveis, estáveis e duradouras as sociedades onde vivem”. (Melo et al., 2001, p.18).

A importância da divulgação científica e, dentro dela, de temas correlatos à saúde, vem referendando a consolidação da especialidade da Comunicação da Saúde. Com esta premissa também concorda a pesquisadora Pintos (2000), do Uruguai, ao afirmar que a relação entre Comunicação e Saúde veio se afirmando paulatinamente nos últimos anos; profissionais destes campos reconheceram e provaram que eles constituem dimensões da vida cuja articulação (ou ausência de) afeta de maneira direta a saúde e, em um sentido mais amplo, a qualidade de vida dos indivíduos, as famílias e as sociedades:

La Comunicación para Salud (o Comunicación em Salud) refiere no solo a la difusión y análisis de la información – actividad comúnmente denominada periodismo científico o periodismo especializado em salud -, sino que refiere también a la producción y aplicación de estrategias comunicacionales –masivas y comunitarias – orientadas a la prevención, protección sanitaria y a la promoción de estilos de vida saludables, así como al diseño e implementación de políticas de salud y educación más globales. (Pintos, 2000, p.122).

Segundo Pintos (2000), é assim que o encontro destas duas disciplinas foi constituindo uma área profissional específica com intenções concretas:

- assegurar uma adequada cobertura dos temas da Saúde por parte dos meios massivos;
- diminuir a brecha existente entre avanços da medicina e a incorporação destes pela população;
- estudar as estratégias e os meios necessários para conseguir que as temáticas da saúde alcancem os públicos objetivos e produzam neles efeitos concretos;
- motivar a população para temas como políticas de saúde e qualidade de vida;
- gerar ações efetivas em favor da prevenção da enfermidade, da proteção e promoção da saúde integral.

Para a pesquisadora “esta validación del campo se ha manifestado en el terreno académico: el número de áreas, programas de especialización y proyectos de investigación asociados al tema Comunicación y Salud ha venido incrementándose progresivamente en el último decênio” (Pintos, 2000, p. 121). Neste sentido, encontramos diversos programas e escolas que oferecem cursos de Comunicação da Saúde, em nível de pós-graduação. Através do site da NCA (<https://www.natcom.org> recuperado em 14 de agosto, 2017), localizamos programas ofere-

cidos por escolas filiadas à associação, tomando como exemplos os da Boston University, James Madison University, New Jersey University, Michigan State University, University of Minnesota e Johns Hopkins University.

No Department of Mass Communication, Advertising, and Public Relations do College of Communication da Boston University (<https://www.bu.edu/academics/com/departments/mass-communication-advertising-public-relations/> recuperado em 17 de agosto, 2017), é oferecido um programa de mestrado de quarto semestres, “[...] considered ‘the model’ by others [...]”. São ressaltadas as mudanças percebidas pelos cidadãos americanos no sistema de cuidados da saúde, que hoje passa por uma grande sofisticação, sendo que estes cuidados, outrora providos por médicos e hospitais independentes, hoje mudou para companhias de seguro, organizações de manutenção da saúde e uma grande escala de organizações: “Health Communication, a professional field, has emerged in response to these changes.” No currículo deste programa, aparecem disciplinas como Teoria da Comunicação, Políticas e Serviços de Saúde, Interação com o Sistema Midiático, Aplicação de Novas Tecnologias, Relações Públicas, Métodos de Pesquisa, Comunicação Escrita e Oral e Marketing de Cuidados com a Saúde. Na definição de “saúde” adotada, aparece bem clara a noção de promoção: “health communication as the crafting and delivery of messages and strategies, based on consumer research, to promote the health of individuals and communities.” (<https://www.bu.edu/academics/com/departments/mass-communication-advertising-public-relations/> recuperado em 17 de agosto, 2017).

Este conceito de promoção da saúde, como foi lembrado neste texto por Beltrán (2001), também é compartilhado pelos cursos oferecidos pelo Health Communication Institute da James Madison University (<http://www.jmu.edu/commstudies/healthcomm.shtml> recuperado em 17 de agosto, 2017). São oferecidos cursos Major e Minor in Health Communication, sendo que no Major “Students study communication interaction between health professionals and patients/clients and health promotion strategies.”

Diversos cursos de mestrado em Comunicação da Saúde também são co-patrocinados pelo College of Communication Arts and Sciences and the College of Human Medicine da Michigan State University (<http://comartsci.msu.edu/> recuperado em 18 de agosto, 2017), “to educate students in both the theory and practice of health communication.”

Já o programa de mestrado da University of Minnesota (<https://twin-cities.umn.edu/> recuperado em 18 de agosto,



2017), apresenta a particularidade de aproximar a School of Journalism & Mass Communication – na qual localiza-se a Association of Health Care Journalists, e a School of Public Health, para oferecer um programa de estudos que reúne disciplinas de jornalismo e de saúde pública.

Cursos de mestrado e de doutorado na especialidade da Comunicação da Saúde são oferecidos pela School of Public Health da Johns Hopkins University (<https://www.jhsph.edu/> recuperado em 18 agosto, 2017). Mas os programas incluem tópicos de múltiplas disciplinas e dirigem-se à formação de especialistas em diversas carreiras, porém também utilizam conteúdos de comunicação em programas associados, como por exemplo Master of Health Science ou Doctor of Public Health.

No caso brasileiro, localizamos o Departamento de Comunicação e Saúde da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (<https://www.icict.fiocruz.br/> recuperado em 18 agosto, 2017), que produz vídeos de comunicação e saúde e mantém cursos de especialização, projetos e pesquisas na especialidade. Também publica a revista História, Ciências, Saúde, uma publicação quadrimestral da Casa Oswaldo Cruz, uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz dedicada à documentação, pesquisa e museotecnia em história das ciências e da saúde.

Pelo perfil dos cursos oferecidos, pode-se perceber que o campo de ação da Comunicação da Saúde compreende diversas instâncias, que vão desde a conscientização individual no que se refere às mudanças de hábito e comportamento, até programas governamentais de incentivo à promoção e prevenção da saúde. Assim, como afirma a pesquisadora Pintos (2000), pode-se também afirmar que as estratégias comunicacionais utilizadas na promoção da saúde implicam em diversos processos de comunicação intrapessoal, interpessoal, grupal, organizacional e midiática.

Para Pintos (2000), é possível afirmar que, na última década, a Comunicação empreendeu um esforço para legitimar um espaço de encontro com a Saúde, afirmando uma área de aplicação de teorias, princípios e técnicas comunicacionais com o objetivo preciso de difundir e compartilhar informação, conhecimentos e práticas que contribuam para melhorar os sistemas de saúde e bem-estar das populações.

Pintos (2000) cita o ano de 1996 como um marco importante na consolidação da especialidade, quando o primeiro número do Journal of Health Communication definiu a Comunicação em Saúde como:

[...] um campo de especialização dos estudos comunicacionais que inclui os processos de agenda setting para os assuntos de saúde: o envolvimento dos meios massivos

com a saúde; a comunicação científica entre profissionais da bio-medicina, a comunicação médico/paciente; e, particularmente, o planejamento e a avaliação de campanhas de comunicação para a prevenção da saúde. (Journal of Health Communication, 1996 como citado em Pintos, 2000, tradução nossa).

E antecipou a expansão deste nos Estados Unidos e no resto do mundo. O Journal of Health Communication vem sendo considerado como uma das publicações mais importantes da área, por apresentar os últimos desenvolvimentos do campo da Comunicação da Saúde, publicar resultados de pesquisas nos Estados Unidos e no mundo, resenhas de livros, decisões governamentais relativas à área, ética, progresso em tecnologia e saúde pública, entre outros temas, em quatro edições anuais. O primeiro número foi lançado em fevereiro de 1996 e, desde abril de 2001, vincula-se ao Center for International Health da George Washington University. Sua editora é Teresa L. Thompson.

O texto referido por Pintos (2000) publicado em seu primeiro número é de autoria do pesquisador norte-americano Everett Rogers, intitulado “The field of Health Communication today: an up-to-date report”. Em seu sumário, Rogers (1996) afirma que o campo da Comunicação da Saúde começou há cerca de 25 anos com o Stanford Heart Disease Prevention Program em 1971. Um cardiologista e um estudante de comunicação planejaram uma campanha de promoção da saúde que foi implementada em diversas comunidades da Califórnia. Incluiu mensagens na mídia promovendo exercícios regulares, parar de fumar, mudanças na dieta, redução do stress. O programa estava baseado em três princípios teóricos: teoria do aprendizado social (Bandura), teoria do marketing social e teoria da difusão de inovações (Rogers). Estes formaram a base de intervenções da comunicação desde então.

Para Rogers (1996, tradução nossa), “Comunicação da Saúde é qualquer tipo de comunicação humana cujo conteúdo está interessado à saúde.” E cita como exemplos: novidades da escola médica sobre descobertas de uma nova pesquisa; campanhas para exames do tórax e da coluna; interação médico-paciente; conferências sobre saúde; novos artigos sobre epidemias. Diz ainda que campanhas de comunicação para prevenção da saúde têm se tornado mais importantes nos anos recentes e que uma campanha de comunicação:

- é propositiva, pretende causar mudanças específicas no comportamento humano;
- almeja um grande número de indivíduos;
- é conduzida em um período de tempo específico;

- envolve um grupo organizado de atividades de comunicação.

As principais conclusões apontadas por Rogers (1996) são:

- campanhas de comunicação cuidadosamente planejadas para a prevenção da saúde podem ter efeitos consideráveis na mudança de comportamento.

- estratégias de marketing social desempenham um papel crucial em campanhas de prevenção da saúde, especialmente o uso da segmentação.

- a estratégia entretenimento-segmentação tem tido grande impacto fora dos EUA e é menos utilizada nos EUA. O potencial é grande para novas tecnologias por facilitar a troca de informações de saúde.

No site da University of Haifa, Israel (<http://www.haifa.ac.il/index.php/en/home-eng> recuperado em 19 de agosto, 2017), na qual é oferecido um programa em Comunicação da Saúde em seu Department of Communication da Faculty of Social Science and Mathematics, encontramos importantes esclarecimentos no que se refere às estratégias comunicacionais utilizadas na Comunicação da Saúde, as quais também foram citadas de diferentes maneiras por Beltrán (2001), Pintos (2000) e Rogers (1996). Assim, são citados “Traditional Levels of Communication:

- Intrapersonal
- Behavior
- Knowledge
- Attitude
- Emotion
- Personality types
- Interpersonal
- Information transfer
- Dynamics and interaction
- Relationships
- Power imbalances
- Small Group
- Support
- Social networks
- Cooperation
- Organizational
- Coordination
- Stress factors
- Mass/Public
- Campaigns
- Advocacy
- Marketing
- Portrayals
- Diffusion of Information/Innovation

Nestes diversos níveis de comunicação, esta expressa a idéia de que Comunicação deve ser pensada em esquemas e modelos diversos: interpessoal, grupal, intercultural, midiática, e organizacional. Assim, ao nos referirmos à Comunicação e Saúde falamos simplesmente sobre a presença de temas de saúde na mídia, mas também devemos considerar processos comunicacionais não midiáticos postos ao serviço da promoção e da prevenção da saúde.

Para Pintos (2000):

[...] el cruce de los distintos tipos de comunicación es lo más significativo: los mensajes masivos tienen un valor específico y ocupan un lugar primordial en la comunicación interpersonal, debido a que los roles y expectativas que los individuos incorporan y ‘cristalizan’ a partir de la acción de los medios afectan de manera directa y profunda los procesos de relación –paciente/médico, familia/personal sanitaria, etc., - que se desarrollan en ámbitos organizacionales como hospitales, ministerios y centros de salud (Pintos, 2000, p. 128).

Por comunicação massiva ou midiática entende-se como a que se apóia nos meios, seja a televisão, o rádio, os jornais, o cinema, a indústria editorial, a indústria musical e a Internet. Implica a transmissão de informação e elementos de entretenimento a uma grande audiência. Nas mensagens sobre saúde deve sempre ter-se presente que este é um cenário muito variável e que interesses comerciais preponderam sobre bem, público e desenvolvimento humano. Estes e outros limites da comunicação massiva faz que devam ser consideradas outras modalidades de comunicação – não midiáticas, se o objetivo é legitimar a Comunicação da Saúde e promover a qualidade de vida das sociedades.

Por outro lado, o esquema que à primeira vista deveria ser considerado no contexto médico é o da comunicação interpessoal. É a comunicação médico-paciente, médico-enfermeiro, enfermeiro-paciente, médico-família, sem nenhuma mediação tecnológica, sendo que sua qualidade é um aspecto considerado de grande importância no campo da Comunicação da Saúde. Habilidades e competências comunicacionais existentes nesta relação devem buscar sempre o entendimento na produção e interpretação de sentidos.

A comunicação organizacional é também muito relevante no contexto médico-assistencial. Instituições como hospitais, sanatórios e ministérios cumprem funções essenciais na vida do indivíduo e da sociedade. A comunicação, neste caso, implica um processo de criação, intercâmbio, processamento e armazenamento de mensagens em um sistema de objetivos determinados.

Compreende os processos internos de comunicação de uma instituição para assegurar que sua missão, metas, etc sejam promovidos e entendidos pelos seus membros em todos os níveis e logo transmitidos à sociedade e aos pacientes. A comunicação organizacional se relaciona também com processos comunicacionais de ordem política e internacional (comunicação entre governos para cooperação técnica...).

Torna-se necessário dar relevo, ainda, em consonância com os objetivos propostos para este estudo, que o amadurecimento do campo da Comunicação da Saúde também pode ser observado em algumas associações de pesquisadores, em nível nacional e internacional. Tomando como exemplos a duas associações paradigmáticas norte-americanas, a NCA e a ICA, é possível perceber o grau de organização que já existe nesta especialidade. No web site da Health Communication Division da NCA (<http://www.ncahealthcom.org/> recuperado em 19 de agosto, 2017), Comunicação da Saúde é definida como “an exciting and emerging field of interest and interdisciplinary study”. São disponibilizadas inúmeras informações sobre os campos vitais da Comunicação da Saúde, novidades correntes da área ou valiosos links para acessá-las, todas as instituições que oferecem cursos na área nos EUA, resultados de pesquisas, softwares para auxiliar o trabalho do pesquisador, lista detalhada dos principais pesquisadores do campo nos EUA, com a indicação da linha de pesquisa, além de endereços de contato e informações sobre as publicações mais recentes de cada um, cursos e publicações.

Também desde o ano 2000 é produzida uma newsletter que publica artigos de pesquisadores, apresenta resenhas de livros, informa sobre eventos e conferências. No web site da Division of Health Communication da ICA, Comunicação da Saúde “[...] is primarily concerned with the role of communication theory, research and practice in health promotion and health care.” (<https://www.icahdq.org/group/health> recuperado em 19 de agosto, 2017). Inúmeros dados relativos ao campo também estão disponibilizados e há uma referência à coalização realizada em outubro de 2002 entre NCA e ICA, denominada Coalition for Health Communication (CHC), que tem como missão promover o entendimento e o impacto da comunicação da saúde no público e em profissionais de clínicas de saúde, incrementar o apoio entre políticos e agências de fomento, e incentivar compreensões interdisciplinares e esforços entre pesquisadores.

Na América Latina, tomamos como exemplo a ALAIC (<http://alaic.org/site/> recuperado em 19 de agosto, 2017), que apresenta entre seus 21 Grupos de Trabalho o GT

denominado Comunicación y Salud. Coordenador pelo brasileiro Isaac Epstein, disponibiliza no web site resumo de papers de pesquisadores desde o ano de 1998. Já no site da INTERCOM (<http://www.portalintercom.org.br/> recuperado em 19 de agosto, 2017), há poucas informações específicas sobre o campo da Comunicação da Saúde. A especialidade está inserida no GT Comunicação Científica e Ambiental.

## Considerações finais

A evolução da medicina, da genética, astronomia e ciências humanas, entre outras, significa, também, o desenvolvimento do próprio homem. E é justamente na sua divulgação que se encontram possibilidades concretas para estender o novo conhecimento à sociedade, sendo primordial o papel do comunicador como “tradutor” entre o que as inovações surgidas – por exemplo, na reprodução humana, na melhoria da qualidade de vida, na longevidade das pessoas... - e o que o público toma conhecimento. “A informação válida da saúde e temas correlatos para o público equivale a um verdadeiro insumo ao lado dos demais insumos que alimentam os sistemas de saúde”. (Melo et al., 2001, p. 27). Assim, o papel da Comunicação na tarefa de sensibilizar as populações sobre estas problemáticas urgentes se torna fundamental. A comunicação passou, então, a ser entendida como um instrumento-chave para promover e prevenir. São consideradas intenções concretas no encontro destas duas disciplinas: assegurar uma adequada cobertura dos temas da saúde por parte dos meios massivos; diminuir a brecha existente entre os avanços da medicina e a incorporação destes pela população; estudar as estratégias e os meios necessários para conseguir que as temáticas da saúde alcancem os públicos objetivos e produzam neles efeitos concretos; motivar a população para temas como políticas de saúde e qualidade de vida; gerar ações efetivas em favor da prevenção da enfermidade, da proteção e promoção da saúde integral. Por último, registra-se que a comunicação da saúde, entretanto, vem ocorrendo como disciplina curricular no âmbito de escolas de saúde pública. Ao contrário, escolas de medicina que tendem a adotar o que se convencionou chamar modelo flexneriano ou paradigma flexneriano em seu currículo, costumam dar menos atenção à comunicação da saúde, já que privilegiam o modelo da medicina privada. Inúmeros estudos esclarecem as diferenças entre a saúde voltada para a coletividade e a saúde individual, a qual teria sido endossada pelo educador Abraham Flexner, no início do século passado.

Finalmente, gostaria de colocar meu entusiasmo com as possibilidades de transformação social e de efetiva melhoria da qualidade de vida da população que a comunicação da saúde oferece. Entendo esta como a efetiva possibilidade de “construção de pontes” entre a academia e a sociedade.

## Referências Bibliográfica

- Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznajder, F (2001). O método nas ciências sociais naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2003). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes.
- Beltrán, L. R. (2001). La importancia de la comunicación en la promoción de la salud. São Paulo: UMESP.
- Burkett, W. (1990). Jornalismo Científico. São Paulo: Forense Universitária.
- Epstein, I. (1997). Os possíveis efeitos negativos devido à publicação prematura da notícia inesperada ou “novidade” na divulgação científica em medicina. O caso da bactéria Chlamydia. São Paulo: UMESP.
- Epstein, I. (1998). Ciência e anti-ciência (apontamentos para um verbete). São Paulo: UMESP, 1998.
- Fadul, A., Dias, P. R. & Kuhn, F. (2001). Contribuições bibliográficas para o campo da comunicação. São Paulo: UMESP.
- Jensen, K. B. (2001). Na fronteira: uma meta-análise da situação da pesquisa sobre mídia e comunicação. São Paulo: UMESP.
- Melo, J. M. (2001). Conhecer-produzir-transformar: paradigmas da Escola Latino-Americana de Comunicação. São Paulo: UMESP.
- Melo, J. M., Epstein, I., Sanches, C., & Barbosa, S. (Org.) (2001). Mídia e saúde: introdução. São Paulo: UMESP.
- Moura, M. L. S., Ferreira, M. C. & Paine, P. A. (1998). Manual de elaboração de projetos de pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Newcomb, H. (2001). À procura de fronteiras no campo dos estudos de mídia. São Paulo: UMESP.
- Pintos, V. S. (2000). Comunicación y salud (Cap. 3). Montevideo: Universidad Ort Uruguay, 2000.
- Priest, S. H. (1996). Doing media research. Thousands Oaks, Ca: Sage.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.
- Rogers, E. M. (1996). Up-to-Date Report. Journal Of Health Communication, 1(1), 15-24.



## Las apps en la identidad digital hospitalaria: implicaciones en la reputación y tendencias

### Apps in hospital digital identity: implications on reputation and trends

Toni González Pacanowski<sup>a</sup>, Pablo Medina Aguerrebere<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante, España

<sup>b</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Ginebra, Suiza

#### Resumen

La internacionalización y la competitividad creciente que caracterizan al sector hospitalario español han llevado a varios centros hospitalarios a potenciar su comunicación institucional como método para mejorar su reputación y así consolidar su posición en el mercado. Entre todas las iniciativas, destaca la apuesta por las apps de contenido médico cuyo objetivo es mejorar la relación establecida con el paciente. El objetivo de este artículo es estudiar el impacto de las apps de salud en la reputación de los hospitales. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica y un trabajo de campo sobre apps estables impulsadas en el ámbito hospitalario en España. Dichas apps aportan valor a la reputación cuando difunden información útil para el paciente, se orientan a las prioridades asistenciales del hospital y respetan la confidencialidad y la seguridad. (Investigación vinculada al Plan Nacional CSO2016-81882-REDT).

Palabras clave: hospital; comunicación institucional; reputación; marca; Internet; app.

#### Abstract

The internationalization and the increasing competitiveness that characterize the Spanish hospital sector have led several hospitals to enhance their corporate communication as a method to improve their reputation and thus consolidate their position in the market. Among all initiatives, the emphasis is on medical apps whose goal is to improve the relationship established with the patient. This paper aims to study the impact of health apps on the hospitals' reputation. To do this, we carried out a literature review and a fieldwork about the apps of the mains Spanish hospitals. The main conclusion is that apps add value to reputation when they disseminate information that is useful to the patient, responds to hospital care priorities and respects confidentiality and security.

Keywords: hospital; corporate communication; reputation; Brand; Internet; app.

## Introducción

**D**urante estos últimos años, el contexto hospitalario en España ha cambiado radicalmente. El aumento del número de hospitales privados, la implantación en España de hospitales cuya sede principal está en otros países, el interés creciente que la población manifiesta hacia los temas de salud, la generalización de campañas de educación de salud por parte de distintas empresas del sector sanitario (laboratorios farmacéuticos, autoridades sanitarias, asociaciones de pacientes, etc.) y de otras ajenas a dicho sector (alimentación, turismo, etc.), y la mayor exposición social a la que están sometidos los hospitales obliga a estas organizaciones a implantar acciones de comunicación institucional que les permitan reforzar su marca y así conseguir sus objetivos estratégicos. Entre dichas acciones, destaca la apuesta por la comunicación 2.0, y más precisamente, por las redes sociales y las aplicaciones móviles de salud (apps), las cuales permiten a los hospitales establecer relaciones duraderas con sus stakeholders y aportarles información útil para sus respectivos tratamientos o pruebas diagnósticas. El objetivo de este artículo es comprender hasta qué punto la creación y difusión de apps de salud ayuda a los hospitales a mejorar su imagen de marca y, por tanto, a disfrutar de una mejor reputación entre los distintos stakeholders de los que dependen (pacientes, medios de comunicación, autoridades públicas, etc.). Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la marca y la reputación del hospital en el contexto de la comunicación 2.0; y, posteriormente, se ha llevado a cabo un trabajo de campo sobre el uso de las apps de salud por parte de los principales hospitales de España, promovidos bien por el mismo centro sanitario o por servicios institucionales, como herramientas generadoras de reputación corporativa.

### ***De la comunicación hospitalaria a la reputación de marca***

La gestión profesional de la comunicación institucional se ha convertido en una prioridad estratégica para las organizaciones hospitalarias. El déficit presupuestario de algunos hospitales públicos, la creación y desarrollo de los hospitales privados, la expansión internacional de algunos centros hospitalarios, la mayor exposición social de estas organizaciones y las exigencias crecientes por parte de los pacientes obligan a los directores de estas organizaciones a instaurar una gestión profesional de la comunicación institucional que les permita alcanzar los

objetivos económicos, científicos y de gestión fijados por la organización. En los hospitales, la comunicación institucional se puede dividir en tres categorías: comunicación interpersonal, comunicación interna y comunicación externa. La comunicación interpersonal entre el profesional de la salud y el paciente influye en los resultados físicos y psicológicos que este último obtiene con el tratamiento médico (Wright, Sparks & O'Hair, 2008); por lo tanto, dicha comunicación determina el éxito o fracaso de la consulta médica (Berry, 2007). Por su parte, la comunicación interna ayuda a la organización a promover entre los empleados el sentimiento de pertenencia a la institución, así como la lealtad y el compromiso con la misma (Sharma & Kamalanabhan, 2012); por eso, en el entorno hospitalario, la comunicación interna se ha convertido en una de las iniciativas más importantes para el futuro de estas organizaciones (Elvin, 2010). En cuanto a la comunicación externa, se trata de todas las acciones que emprende el hospital para comunicarse con sus stakeholders, es decir, con los pacientes, los medios de comunicación, las autoridades públicas y los laboratorios farmacéuticos, entre otros (Medina, 2011). En el contexto hospitalario, la comunicación interpersonal, la comunicación interna y la comunicación externa constituyen un núcleo de actividad denominado comunicación institucional hospitalaria. Según Van Riel & Fombrun (2007, p.25), la comunicación institucional puede definirse como "el conjunto de actividades incluidas en la gestión y en la organización de todas las comunicaciones internas y externas cuyo objetivo es crear puntos de partida favorables respecto a los grupos de interés de los que depende la compañía. La comunicación corporativa consiste en la difusión de información sobre una organización a través de una variedad de especialistas y generalistas con el objetivo común de mejorar la habilidad de la organización a la hora de conservar su licencia para actuar." El concepto de comunicación institucional necesita ser entendido desde una perspectiva integral y multidisciplinar que incluya los enfoques del marketing, las relaciones públicas y la comunicación organizacional (Mazzei, 2014).

El Director de Comunicación de un hospital asume como principal responsabilidad la creación y difusión de una marca hospitalaria sólida y creíble que ayude al hospital a alcanzar sus distintos objetivos organizacionales. Para ello, el primer paso consiste en definir la arquitectura de marca, es decir, la identidad, los valores, la misión, la visión y la cultura (Nieto, 2005). La identidad corporativa hace referencia a la esencia de la organización que le diferencia del resto de competidores, por eso, se suele afirmar que la identidad es una fuente de ventaja competitiva

(Atakan & Eker, 2007; He & Balmer, 2013). La identidad corporativa debe estar alineada con el resto de elementos que conforman la arquitectura de marca de la organización, así como con las estrategias organizacionales que ésta lleva a cabo (Ditlevsen, 2012). En cuanto a los valores corporativos, se trata de elementos identitarios que guían a la organización en su día a día; dichos valores son definidos por los dirigentes de la institución, así como por sus principales stakeholders (Thomsen, 2005). Por su parte, la misión establece las metas que se propone alcanzar la organización y aporta un sentido claro que guía e inspira a todos los empleados de la misma en su día a día (Cochran, David & Gibson, 2008). El cuarto elemento del que se compone la arquitectura de marca es la visión. Según Nieto (2005), la principal diferencia entre la misión y la visión es que esta última tiene un carácter más de largo plazo ya que especifica los objetivos económicos, sociales y comunitarios que tiene la institución en el plazo de cinco o más años. La visión define el camino que debe seguir la organización, así como los cambios necesarios –productos, servicios, inversiones- para poder alcanzar los objetivos marcados para el largo plazo (Singal & Jain, 2013). El quinto y último elemento de la arquitectura de marca es la cultura corporativa, es decir, la manera de trabajar propia del hospital que lo convierte en una institución única e inigualable por el resto de competidores. La cultura corporativa de una organización se nutre de valores compartidos entre todos los empleados; dichos valores contribuyen positivamente a reforzar el enfoque relacional de la comunicación y potenciar la confianza, el compromiso, el trabajo en equipo, la innovación, la flexibilidad y la orientación a resultados (Iglesias, Sauquet & Montaña, 2011).

La definición de la arquitectura de marca (identidad, valores, misión, visión y cultura) tiene como objetivo, por un lado, ayudar al hospital a fijar un posicionamiento estratégico que le permita alcanzar sus objetivos organizacionales, y por otro, construir y difundir la reputación corporativa. La reputación no es un concepto abstracto, sino una verdadera evaluación que los diferentes stakeholders de la organización realizan sobre ésta y sobre sus productos y servicios (Van Riel & Fombrun, 2007). En el caso de un hospital, uno de los elementos determinantes para la construcción de la reputación es la confianza que los pacientes tienen en el servicio hospitalario, así como el conocimiento que dichos pacientes tienen sobre la organización (Hoon Kim, Sik Kim, Yul Kim, Ho Kim, & Hou Kang, 2008). De ahí la importancia de que el Director de Comunicación elabore un Plan anual de Comunicación que permita a todos los stakeholders de la organización

conocer con precisión los distintos elementos que configuran la arquitectura de marca del hospital. De este modo, la organización podrá mejorar su reputación y, por ende, su posicionamiento estratégico y su rentabilidad en el mercado (Wong & Merrilees, 2007).

### **La reputación hospitalaria en el entorno 2.0**

Los hospitales, al igual que el resto de organizaciones sanitarias, tienen cierto retraso en la gestión profesional de las redes sociales; dicho retraso se debe fundamentalmente a las restricciones éticas y legales, así como al flujo de la información y a la privacidad del paciente (Hawn, 2009). Las redes sociales pueden ayudar a estas organizaciones a mejorar sus actividades de educación de salud, así como sus relaciones comunicativas con el paciente (Fernández-Luque & Bau, 2015), de ahí la importancia de que el Director de Comunicación del hospital considere el potencial comunicativo de las redes sociales. A día de hoy, la gestión eficaz de la reputación corporativa de un hospital exige el uso profesional de las redes sociales, pero también de las aplicaciones de telefonía móvil, las cuales pueden aportar un gran valor añadido a la comunicación que el hospital establece con sus respectivos stakeholders. Desde un punto de vista global, se pueden señalar diez razones por las que un hospital debería apostar por las herramientas 2.0 - redes sociales, aplicaciones móviles (apps), etc.- para fomentar su reputación corporativa: 1) identidad, 2) comunidad de marca, 3) construcción colectiva de la marca, 4) eficacia comunicativa, 5) credibilidad, 6) protagonismo del profesional de la salud, 7) conocimiento del paciente, 8) impacto en la relación médico-paciente, 9) versatilidad de formatos y 10) ética.

Identidad del hospital. Una de las principales ventajas que tienen las redes sociales para los profesionales de la comunicación institucional es su capacidad para promover la identidad corporativa de la organización y lograr que los stakeholders entiendan la esencia de la organización (Booth & Matic, 2011). Por tanto, el recurso a las apps y las redes sociales para divulgar los elementos constituyentes de la arquitectura de marca constituye una oportunidad comunicativa para los hospitales.

Comunidad de marca. Las marcas están cada vez más interesadas en el concepto de comunidad, es decir, una estructura que está formada por los distintos stakeholders de la organización y en el centro de la cual está la marca: por eso, cada vez más organizaciones apuestan por las redes sociales para fomentar el sentimiento de comunidad y aumentar así la eficacia de sus acciones

de comunicación institucional (Lipsman, Mudd, Rich & Bruich, 2012).

Construcción colectiva de la marca. Según Füller, Schroll, Dennhardt & Hutter (2012), las marcas deben construirse a través de un proceso social continuo en el que el valor añadido se cree conjuntamente entre la organización y sus stakeholders. Las redes sociales y las apps ofrecen a los hospitales la posibilidad de interactuar con todos sus stakeholders para llevar a cabo una construcción colectiva de la marca hospitalaria que ayude al hospital a generar confianza y credibilidad.

Eficacia comunicativa. Las aplicaciones 2.0, especialmente las redes sociales y las apps, ayudan a los hospitales a personalizar la información, mejorar la presentación de la misma y aumentar la participación del paciente en el proceso comunicativo, tres factores determinantes para que estas organizaciones alcancen sus objetivos de comunicación institucional (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). El carácter eficaz de dichas herramientas comunicativas ha llevado a muchos hospitales a priorizar el uso de las mismas en sus planes de creación y difusión de la reputación corporativa.

Credibilidad. La simplicidad de uso, la bidireccionalidad en la comunicación y la posibilidad de que el profesional de la salud participe en dicha comunicación han convertido a las redes sociales en un soporte eficaz para lograr que el hospital construya relaciones de confianza y credibilidad con los pacientes (Griffis et al., 2014). Los hospitales pueden usar las redes sociales y las apps para difundir información corporativa, pero también información sobre tratamientos y patologías que ayuden a los pacientes a formarse en temas sanitarios, teniendo éstos siempre la garantía científica de que el emisor de dichas informaciones es el profesional de la salud que trabaja en el hospital.

Protagonismo del profesional de la salud. Las redes sociales y las apps son herramientas que permiten situar al profesional de la salud en el centro del proceso comunicativo, algo que no sucedía con otros medios tradicionales, como por ejemplo la prensa escrita o las revistas. Los hospitales deben apostar por la formación del médico y del personal de enfermería en el uso profesional de estas herramientas para así lograr que el hospital establezca relaciones comunicativas satisfactorias con el paciente (Peluchette, Karl & Coustasse, 2016). De este modo, el profesional de la salud se convierte en parte activa del proceso de construcción y difusión de la reputación corporativa del hospital.

Conocimiento del paciente. Las redes sociales y las apps aportan al hospital un gran número de conoci-

mientos sobre los pacientes: comportamientos, expectativas, preocupaciones, etc. Por eso, es importante que dichas organizaciones monitoreen la información generada sobre el paciente y la utilicen siempre según criterios de calidad y fiabilidad (Carroll et al., 2017). Dicha información es muy valiosa para la construcción de la reputación corporativa del hospital.

Impacto en la relación médico paciente. La gestión profesional de las redes sociales por parte de los hospitales puede ayudar a estas organizaciones a mejorar la relación médico-paciente; no obstante, para ello, resulta necesario que los hospitales integren a los profesionales de la salud en la comunicación 2.0, potencien la educación médica del paciente y faciliten la transmisión de información entre ambos de un modo más simétrico y eficaz (Visser, Bleijenbergh, Benschop, Van Riel, & Bloem, 2016).

Versatilidad de formatos. La diversidad y versatilidad de formatos que ofrecen las redes sociales y las apps (videos, texto, imagen, animaciones, etc.) constituye un reto para los hospitales, pero también una oportunidad interesante ya que les permite difundir información de mayor calidad, lo cual ayuda al paciente a comprenderla mejor (Gabarron, Fernandez-Luque, Armayones, & Lau, 2013). Técnicas como la infografía 3D o las animaciones virtuales son muy útiles para explicar conceptos relativos a una patología o un tratamiento. Esta versatilidad de formatos ofrecida por las herramientas 2.0 puede ayudar al hospital a reforzar su papel de liderazgo en el ámbito de la educación de salud.

Ética. Las connotaciones vitales del servicio médico ofrecido por el hospital y la dificultad para divulgar ciertos conceptos científicos obligan a dicha organización a utilizar un lenguaje preciso y sencillo que, además, respete los principios éticos de la profesión médica. Según Bull et al. (2011), las redes sociales son una herramienta adecuada para que los hospitales demuestren a sus stakeholders su compromiso con la ética, la confidencialidad y la seguridad en el uso de la información, así como su capacidad para establecer relaciones comunicativas simétricas con los distintos stakeholders.

Los hospitales deben apostar por las redes sociales y las apps como soportes prioritarios para difundir su arquitectura de marca –identidad, valores, misión, visión y cultura– y, de este modo, construir de manera colectiva junto con el paciente y los demás stakeholders un marca creíble y reputada que ayude a la organización a alcanzar sus objetivos estratégicos, ya sean estos económicos, científicos o de gestión.



## ***El impacto de las apps en la reputación de los hospitales españoles***

En España, más del 60% de la población utiliza Internet para buscar información sobre salud; además, un 20% de dicha población utiliza las redes sociales para buscar información relativa a contenidos médicos (Salazar & Robles, 2016). En este contexto, durante estos últimos años se ha desarrollado la denominada mhealth o salud digital móvil, la cual hace referencia a los proyectos de integración de las diferentes plataformas de gestión de información clínica y de bases de datos. Sin embargo, el nivel de desarrollo de esta área varía según las distintas provincias españolas. La adaptación de la historia clínica electrónica a todas las plataformas tecnológicas en España y su coordinación con los centros privados, así como la digitalización de la gestión de la prescripción farmacológica son barreras que condicionan la disponibilidad de esta información en las apps, del mismo modo que en el resto de canales de comunicación en Internet. Resulta evidente que el uso de las aplicaciones tiene un potencial que debe valorarse en la relación médico-paciente, así como entre el ciudadano y el sistema sanitario (Buijink, Visser & Marshall 2013).

En el entorno de la mhealth, los contrastes entre lo real y lo deseable son bastante elevados. En la Unión Europea, el 52% de los ciudadanos desea tener acceso electrónico a sus registros de salud, pero sólo el 9% de los hospitales de Europa proporciona de modo online sus propios registros de pacientes. Además, el porcentaje de hospitales que intercambian información sobre la atención clínica de los pacientes por vía electrónica con otras organizaciones de atención de la salud dentro de un mismo país oscila entre el 33% y el 39% (Comisión Europea, 2017).

Por su parte, en Estados Unidos, diversos análisis realizados sobre el uso de las apps médicas más populares en las actuales plataformas concluyen que los principales usuarios de dichas aplicaciones son individuos jóvenes, con formación, estado de salud correcto e ingresos económicos más elevados que la media. Aunque persisten las diferencias de género, edad y nivel educativo, los factores sociodemográficos individuales son cada vez menos importantes a la hora de influir en el compromiso con los dispositivos móviles y con el uso de aplicaciones de salud. Dichos análisis revelan también que los usos más frecuentes de apps son para cambiar la dieta o realizar un control de la actividad física (Carroll et al., 2017).

El crecimiento de la mhealth se ha calificado como

desordenado ya que han surgido en el mercado varias aplicaciones inestables tecnológicamente o de baja calidad; eso implica que se hace necesario la existencia de mecanismos de regulación que garanticen la seguridad en el uso de dichas aplicaciones (Alonso-Arévalo, 2016). Es sabido, además, que, para la población española, las barreras más importantes para usar dichas apps son las cuestiones relativas a la seguridad, la privacidad y la confianza (Comisión Europea, Joint Research Centre, 2013). En la medida en que se unifique el manejo de los datos, especialmente desde el ámbito administrativo, será posible ver apps médicas más eficaces. Algunas revisiones, como The App Intelligence, estiman en 97.000 el número total de apps disponibles en español en todas las plataformas relacionadas con el cuidado de la salud (The App Intelligence, 2014). Se constata que la salud móvil en determinados colectivos, especialmente los de edad avanzada, requiere de un soporte ágil y puntual; así, por ejemplo, el 82% de los pacientes mayores de 65 años afirman no recibir información escrita de su médico (Mañas, 2015).

En la Unión Europea, el "Libro Verde" ha puesto de manifiesto las implicaciones que tiene esta tecnología, no solo para la salud personal, sino también para la misma eficiencia del sistema sanitario. La denominada mSalud supondría para la Unión Europea un ahorro en los costes sanitarios de hasta 99.000 millones de euros (Comisión Europea, 2014). La necesidad de trazar una ruta de acciones y recomendaciones es por tanto evidente. En España, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha promovido una regulación para garantizar la calidad y la seguridad de las apps de salud, con una atención especial a la eficacia real de los servicios que se publicitan al ciudadano.

Por su lado, el Servicio Catalán de Salud también propone entre sus proyectos avanzar en la interoperabilidad, como el denominado proyecto iS3. En Cataluña, según el Observatorio de APPS y proyectos de movilidad de la Fundación TicSalut, se estima que funcionan 60 aplicaciones, cuyas funcionalidades principales son la geolocalización de centros, la gestión de visitas, el tiempo de espera en tiempo real y las visitas virtuales (Fundación TicSalut, 2016).

En cualquier caso, el uso consolidado de la mhealth por parte de los profesionales de la salud es algo que sólo tendrá lugar en el largo plazo. Así pues, algunas organizaciones consideran que muchas apps de salud están todavía en fase de desarrollo y que serán necesarios todavía 15 ó 20 años más para que dichas apps puedan constituir

un elemento clave para el tratamiento de los pacientes; de hecho, en la actualidad, sólo un 4,3% de la población utiliza apps para gestionar su salud (ONTSI, 2016).

La complejidad tecnológica y la especificidad de cada patología hacen que el desarrollo de la aplicación exceda de las competencias tecnológicas del mismo hospital. De hecho, las soluciones tienden a ser colectivas cuando se trata de funcionalidades clínicas para un tratamiento específico, puesto que un mismo proveedor es capaz de ofrecer la misma app adaptada al caso de diferentes centros hospitalarios.

A modo de ejemplo, se puede señalar el caso del Hospital de Sant Joan de Déu, el Hospital Clínic, el Althaia, el Hospital Sant Rafael, el Servicio Murciano de Salud, y el Servei Balear de Salut, que utilizan el desarrollo de la empresa HealthApp para los casos de trastornos de la alimentación.

El análisis de la oferta actual de apps ofrecidas con finalidad asistencial, ya sea en las plataformas de Android o de Apple, por parte de centros sanitarios radicados en España demuestra que la mayoría de dichas apps están orientadas a la gestión administrativa y/o a la atención clínica. Para ilustrar el panorama de las apps de salud en España, hemos realizado un trabajo de campo centrado en analizar la página web de los principales hospitales españoles con el objetivo de localizar qué centros hospitalarios disponen de apps de salud.

Una vez localizados todos los centros que disponen de dichas apps, hemos seguido dos indicadores para la selección final de las apps objeto de análisis: a) exclusión de aquellas que tienen por finalidad el uso clínico interno por parte de los profesionales de la salud; e b) inclusión únicamente de aquellas que cumplen con los requisitos de seguridad, estabilidad en los sistemas operativos y capacidad de respuesta ante reclamaciones del paciente. Siguiendo dichos criterios, hemos seleccionado un total de 9 centros hospitalarios que disponen de apps de salud (Ver Tabla 1) así como 9 indicadores para evaluar cada app (Ver Tabla 2). En los casos en los que hay más de una app por centro hospitalario, se evalúan todas conjuntamente. En el caso de los gobiernos autonómicos (Valencia y Asturias), sus apps no son específicas para la gestión paciente-hospital, aunque sí facilitan el contacto previo con los recursos del sistema sanitario.

Los principales resultados del estudio se pueden observar en la Tabla 3, en donde se analizan las diferentes funcionalidades de todas las apps objeto de estudio.

**Tabla 1.** Listado de centros analizados

Centro hospitalario	App de salud
Clínica Universidad de Navarra	Área Paciente CUN
Grupo Quirón Salud (Fundación Jiménez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena)	Quirón Salud
Hospital de Granollers	Hospital Granollers
Hospital Vall d'Hebron de Barcelona	Vall D'hebron Barcelona Hospital Campus y Scan Kids
Generalitat de Valencia	GV +Salut
Comunidad de Asturias	Astursalud
Comunidad del País Vasco	Portal móvil Osakitdetza y Mi Tratamiento
Comunidad de Andalucía	Salkud Responde, RecuerdaMed, Pregunta por tu salud y Listeo+
Grupo Ribera Salud	YO Sin Humos, YO Embarazo, YO Primeros Auxilios y YO Opino

**Tabla 2.** Indicadores de análisis de cada app

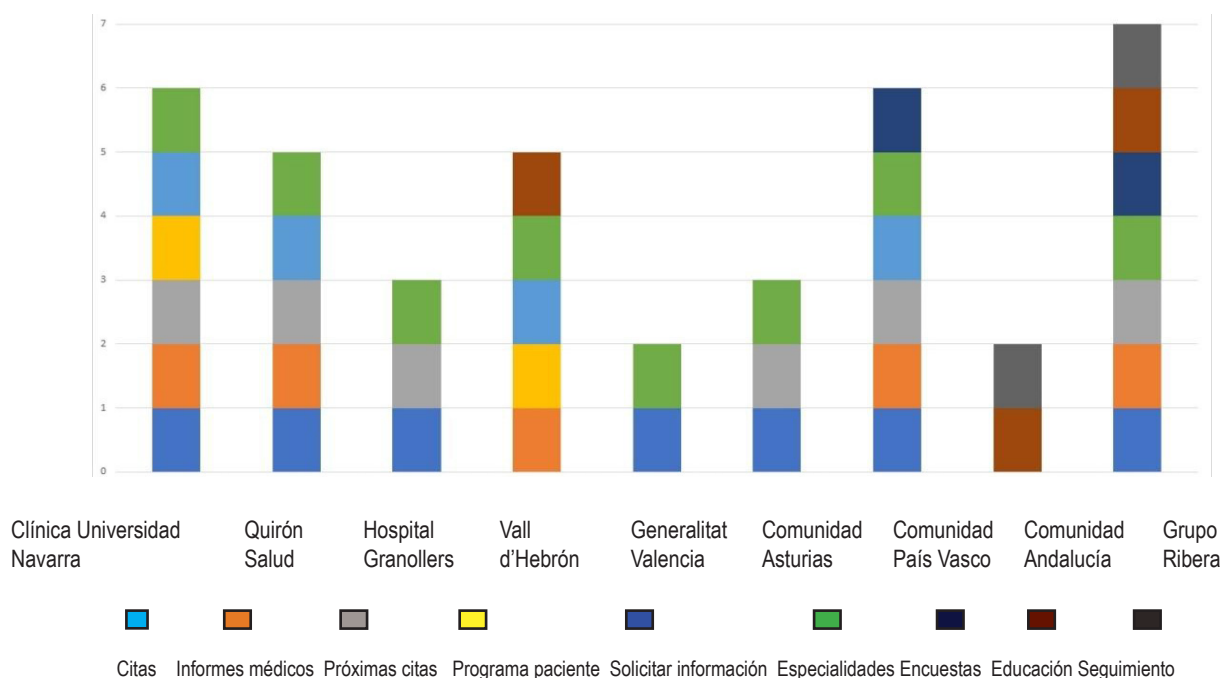
Indicadores
Solicitar citas médicas, modificarlas, gestionarlas y cancelarlas.
Consultar informes médicos, descargándolos y visualizándolos directamente en su dispositivo móvil.
Avisos de próximas citas.
Visualizar el programa del paciente durante su visita.
Solicitar información personalizada.
Contacto con especialidades
Encuestas a pacientes
Educación sanitaria. En este criterio, se ha incluido el contenido divulgativo de actualidad como noticias y reportajes.
Seguimiento medicación

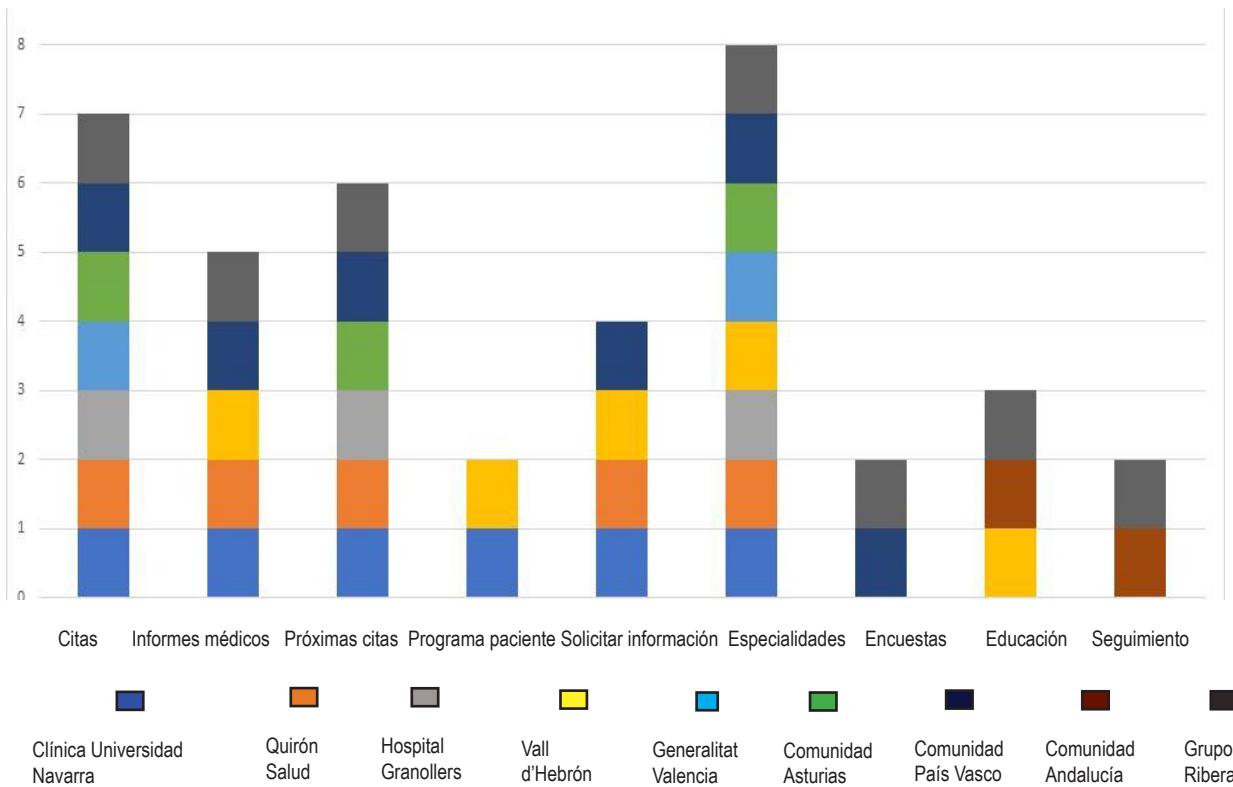
**Tabla 3.** Panorama de apps de salud de servicios hospitalarios en España

	Clínica Universidad Navarra	Quirón Salud	Hospital Granollers	Vall d'Hebrón	Generalitat Valencia	Comunidad Asturias	Comunidad País Vasco	Comunidad Andalucía	Grupo Ribera
Citas	•	•	•		•	•	•		•
Informes médicos	•	•		•			•		•
Próximas citas	•	•	•			•	•		•
Programa paciente	•			•					
Solicitar información	•	•		•			•		
Especialidades	•	•	•	•	•	•	•		•
Encuestas							•		•
Educación				•				•	•
Seguimiento								•	•

Los resultados de este trabajo de campo demuestran que las apps de hospitales privados (Grupo Quirón Salud, Clínica Universidad de Navarra y Grupo Ribera Salud) son las más completas de la muestra en cuanto a funcionalidades. En la Figura 1, se puede apreciar que el grupo Ribera Salud y la Clínica Universidad de Navarra son los más completos en cuanto a funcionalidades, si bien el primero tiene diversificadas en diferentes apps estas funcionalidades parcialmente según la especialidad. La estructura y navegación de estas aplicaciones cambia y se optimiza

progresivamente, corrigiéndose en la mayoría de ellas fallos, especialmente en el acceso, como se ha indicado anteriormente. Como se puede observar en la Figura 2, la derivación a especialista o médicos de atención primaria, así como la concertación de citas y la disponibilidad de informes son las funcionalidades más frecuentes. Las incidencias son elevadas en el uso de estas aplicaciones para gestionar estas acciones por causas tecnológicas, pero suelen ser atendidas con eficacia por los centros sanitarios.

**Figura 1.** Número de funcionalidades operativas en cada hospital



**Figura 2.** Funcionalidades más activas en las apps de hospital

La aplicación del Servicio Vasco de Salud es competitiva en este sentido y aporta sobre las otras el valor diferencial de la integración total con la información digital de tipo hospitalario; además, está reforzada por la app “Mi Tratamiento” para lograr la correcta adhesión. La aplicación del Servicio Valenciano de Salud todavía está en fase inicial de desarrollo, y está sobre todo centrada en la solicitud de visita médica; este es también el caso de las apps del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del Hospital de Granollers. Entre todos los casos analizados, destaca el del Grupo Quirón Salud, el cual, a fecha de julio de 2017, dispone de apps funcionando en los siguientes centros:

- Centro Médico Quirónsalud – Bilbao y Tres Cantos-
- Clínica Quirónsalud Alcázar.
- Clínica Rotger.
- Health Diagnostic.
- Hospital de Día Quirónsalud - Alcalá de Henares, Donostia, Talavera y Zaragoza-
- Hospital El Pilar.
- Hospital General de Villalba.
- Hospital La Luz.
- Hospital Quirónsalud - A Coruña, Albacete, Barcelona, Vizcaya, Cáceres, Campo de Gibraltar, Ciudad Real, Clideba, Costa Adeje, Málaga, Marbella, Murcia, Palmplanas, Sagrado Corazón, San José, Santa Justa,

Sur, Tenerife, Toledo, Torre vieja, Valencia, Vitoria y Zaragoza-

- Hospital Ruber Juan Bravo – 39 y 49-
- Hospital Universitari General de Catalunya.
- Hospital Universitari Sagrat Cor.
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
- Hospital Universitario Infanta Elena.
- Hospital Universitario Quirónsalud Madrid.
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
- IERA - Instituto Extremeño de Reproducción

Asistida.

El reto de todas estas aplicaciones es lograr generar una expectativa real de gestión y asistencia clínica. Ello supone una atención estricta según la información que se proporciona al ciudadano, especialmente en lo relativo a la puntualidad en las visitas con los facultativos y al cumplimiento de las alertas ante informaciones críticas para los usuarios -como es el caso de un cambio en un tratamiento o la necesidad de acudir a una nueva visita con el especialista-. Algunos de los temas que quedan pendientes son la integración de todos los centros -cuando se trata de grupos empresariales o comunidades autónomas con competencias transferidas-, la garantía sobre la seguridad de la información clínica y las limitaciones tecnológicas de los usuarios más desfavorecidos. En definitiva, se trata de lograr la interoperabilidad, no solo en el



ámbito nacional, sino europeo (Comisión Europea, 2014). Una vez que estas organizaciones superen las barreras mencionadas, es posible que dichas organizaciones, en colaboración con el proyecto de la Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), consigan lanzar al mercado apps capaces de reflejar los siguientes contenidos: informe clínico de alta, informe clínico de consulta externa, informe clínico de urgencias, informe clínico de atención primaria, informe de cuidados de enfermería, informe de resultados de pruebas de imagen, informe de resultados de pruebas de laboratorio, informe de resultados de otras pruebas diagnósticas e historia clínica resumida.

## Conclusión

La apuesta por las apps como herramientas capaces de mejorar la reputación corporativa de un hospital se ha convertido en una práctica muy común en el sector hospitalario español. La mejora de la comunicación médico-paciente, la difusión de información útil para este último (tratamiento, citas en el hospital, calendario de medicaciones, etc.) y la mejora de los procesos internos de management en el hospital son algunas de las razones que permiten comprender esta realidad. Con el objetivo de concluir esta reflexión, se ofrecen tres últimas ideas. En primer lugar, la creación de una app de salud aporta valor a la reputación de un centro hospitalario siempre y cuando dicha aplicación responda a necesidades tangibles que tiene el paciente y tenga como único objetivo mejorar su estado de salud; es decir, las apps de salud que realmente aportan valor a una marca hospitalaria son aquellas que carecen de intenciones comerciales o de marketing muy marcadas. En segundo lugar, el escenario de apps hospitalarias está diversificado según el carácter público o privado de la institución y su arquitectura responde a prioridades asistenciales según el centro. Dado que en España todavía está pendiente solucionar ciertas barreras tecnológicas, no hay una estructura homogénea en las secciones de las apps de servicios sanitarios hospitalarios. Por el momento la tendencia es generar apps que puedan complementarse y que se centran en la resolución de problemas asistenciales de los pacientes. Si bien algunas de ellas ofrecen contenidos de educación sanitaria y divulgativos, lo que viene a consolidar la reputación social de la misión de las diferentes organizaciones, es evidente que la progresiva mejora en dichas funcionalidades conllevará una mejora del posicionamiento de marca en internet y un diálogo más intenso en las redes sociales. Y, en tercer lugar, la optimización constante desde el

plano tecnológico que exige un nivel elevado de desarrollo, junto a la necesidad de preservar la confidencialidad y la seguridad en el intercambio de la información, son los ámbitos principales que condicionarán la progresión de nuevos lanzamientos de apps. La sencillez del uso, especialmente para el alta del usuario, y la ergonomía de la aplicación adaptada a la edad, serán elementos clave para lograr una satisfacción entre los usuarios.

## Referencias bibliográficas

- Alonso-Arévalo, J. (2016). Aplicaciones móviles en medicina y salud. Proceedings of XII Jornadas APDIS, abril 20-22, Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Atakan, S., & Eker, T. (2007). Corporate identity of a socially responsible university – a case from the Turkish higher education sector. *Journal of Business Ethics*, 76(1), 55-68. Doi: 10.1007/s10551-006-9274-3.
- Berry, D. (2007). *Health communication: theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.
- Booth, N., & Matic, J. (2011). Mapping and leveraging influencers in social media to shape corporate brand perception. *Corporate Communications: An International Journal*, 16(3), 184-191. Doi: 10.1108/13563281111156853.
- Buijink, A. W., Visser, B. J., & Marshall, L. (2013). Medical apps for smartphones: lack of evidence undermines quality and safety. *Evid Based Med*, 18(3), 90-92. Doi: 10.1136/eb-2012-100885.
- Bull, S., Breslin, L., Wright, E., Black, S., Levine, D., & Santelli J. (2011). Case study: An ethics case study of HIV prevention research on Facebook: the Just/Us study. *Journal of Pediatrics Psychology*, 36(10):1082-1092. Doi: 10.1093/jpepsy/jsq126.
- Carroll, J. K., Moorhead, A., Bond, R., LeBlanc, W. G., Petrella, R. J., & Fiscella, K. (2017). Who Uses Mobile Phone Health Apps and Does Use Matter? A Secondary Data Analytics Approach. *Journal of medical Internet research*, 19(4): e125. Doi: 10.2196/jmir.5604.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). The health communicator's social media toolkit. [http://www.cdc.gov/healthcommunication/ToolsTemplates/SocialMediaToolkit\\_BM.pdf](http://www.cdc.gov/healthcommunication/ToolsTemplates/SocialMediaToolkit_BM.pdf) (consulté le 17 Sep 2012)
- Cochran, D., David, F., & Gibson, K. (2008). A Framework for Developing an Effective Mission Statement. *Journal of Business Strategies*, 25(2), 27-29.
- Comisión Europea (2017). Health and Food Safety Directorate General. Midterm Review of Digital Single Market Strategy includes areas for enhanced. Bruselas: Comisión Europea.

- Comisión Europea (2014). Green Book sobre sanidad móvil. Bruselas: Comisión Europea.
- Comisión Europea; Joint Research Centre (2013). Citizens and ICT for Health in 14 European Countries: Results from an Online Panel. Bruselas: Comisión Europea.
- Ditlevsen, M. G. (2012). Revealing corporate identities in annual reports. *Corporate Communications: An International Journal*, 17(3), 379 – 403. Doi: 10.1108/13563281211253593.
- Elving, W. (2010). Trends and developments within corporate communication: an analysis of ten years of CCIJ. *Corporate Communications: An International Journal*, 15(1), 5 – 8. Doi: 10.1108/13563281011016804.
- Fernández-Luque, L., & Bau, T. (2015). "Health and social media: perfect storm of information". *Healthcare Informatics Research*, 21(2), pp. 67-73. Doi:<http://dx.doi.org/10.4258/hir.2015.21.2.67>
- Füller, J., Schroll, R., Dennhardt, S., & Hutter, K. (2012). Social brand value and the value enhancing role of social media relationships for brands. *Proceedings of the 45th Annual Hawaii International Conference of System Sciences* (pp.3218-3227). Maui: Computer Society Press.
- Fundación TicSalut (2016). Encuesta Tic y salud en Cataluña 2016. Barcelona: Fundación TicSalut.
- Gabarron, E., Fernandez-Luque, L., Armayones, M., & Lau, A.Y. (2013). Identifying Measures Used for Assessing Quality of YouTube Videos with Patient Health Information: A Review of Current Literature. *Interactive Journal of Medical Research*, 2(1):e6. DOI:10.2196/ijmr.2465.
- Griffis, H., Kilaru, A., Werner, R., Asch, D., Hershey, J., Hill, S.... Merchant, R. (2014). Use of Social Media Across US Hospitals: Descriptive Analysis of Adoption and Utilization. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11):e264. Doi: 10.2196/jmir.3758
- Hawn, C. (2009). Take two aspirin and tweet me in the morning: how twitter, facebook, and other social media are reshaping health care. *Health Affairs*, 28(2), 361–368. Doi:10.1377/hlthaff.28.2.361.
- He, H-W., & Balmer, J. (2013). A grounded theory of the corporate identity and corporate strategy dynamic. *European Journal of Marketing*, 47(3-4), 401-430. Doi: 10.1108/03090561311297391.
- Hoon Kim, K., Sik Kim, K., Yul Kim, D., Ho Kim, J., & Hou Kang, S. (2008). Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research*, 61(1), 75-82. Doi: 10.1016/j.jbusres.2006.05.010.
- Iglesias, O., Sauquet, A., & Montaña, J. (2011). The role of corporate culture in relationship marketing. *European Journal of Marketing*, 45(4), 631-650. Doi: 10.1108/03090561111111361.
- Lipsman, A., Mudd, G., Rich, M., & Bruich, S. (2012). The power of 'like'. How brands reach (and influence) fans through social-media marketing. *Journal of Advertising Research*, 52(1), 40-52. Doi: 10.2501/JAR-52-1-040-052.
- Mazzei, A. (2014). A multidisciplinary approach for a new understanding of corporate communication. *Corporate Communications: An International Journal*, 19(2), 216-230. Doi: 10.1108/CCIJ-12-2011-0073.
- Medina, P. (2011). Organización de la comunicación interna en hospitales. Madrid: Fragua.
- Nieto, A. (2005). Comunicación institucional: bases para la evaluación. In M. Sevillano (Ed), *Reflexiones en torno a la libertad de empresa informativa* (pp. 409-442), Madrid: Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid.
- ONTSI (2016). Observatorio nacional de las telecomunicaciones y la sociedad de la información. Los ciudadanos ante la e-sanidad. Madrid: Ontsi.
- Peluchette, J., Karl, K., & Coustasse, A. (2016). Physicians, patients, and Facebook: Could you? Would you? Should you? *Health Marketing Quarterly*, 33(2), 112-126. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07359683.2016.1166811>.
- Salazar, S. F., & Robles, N. L. (2016). Integración de internet y las redes sociales en las estrategias de salud. *Enfermería Clínica*, 26(5), 265-267. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.08.001>.
- Sharma, N., & Kamalanabhan, T.J. (2012). Internal corporate communication and its impact on internal branding. *Corporate Communications: An International Journal*, 17(3), 300-322. Doi: 10.1108/13563281211253548.
- Singal, A., & Jain, A. (2013). An empirical examination of the influence of corporate vision on internationalization. *Strategic Change*, 22(5-6), 243-257. Doi: 10.1002/jsc.1937.
- The App Intelligence (2014). Informe 50 mejores apps de salud en Español. Observatorio Zeltia; 2014.Documento consultado el 5 de junio de 2017 en: <http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-MejoresApps-de-Salud.pdf>
- Thomsen, S. (2005). Corporate governance as a determinant of corporate values. *Corporate Governance: The international journal of business in society*, 5(4), 10-27. Doi: 10.1108/14720700510616569.
- Van Riel, C., & Fombrun, C. (2007). *Essentials of corporate communication: implementing practices for effective reputation gestion*. Abingdon: Routledge.
- Viniegra, L. M. (2015). Análisis del consumidor de la tercera edad en el uso de las aplicaciones o APPS de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 67-79.

Visser, L., Bleijenbergh, I., Benschop, Y., Van Riel, A., & Bloem, B. (2016). Do online communities change power processes in healthcare? Using case studies to examine the use of online health communities by patients with Parkinson's disease. *British Medical Journal Open*, 6. Doi:10.1136/bmjopen-2016-012110

Wong, H.Y., & Merrilees, B. (2007). Closing the marketing strategy to performance gap: the role of brand orientation. *Journal of Strategic Marketing*, 15(5), 387-402. Doi: 10.1080/09652540701726942

Wright, K., Sparks, L., & O'Hair, D. (2008). *Health communication in the 21st century*. Malden: Blackwell Pub.

## Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en fisioterapia

### Importance of communication in the establishment and satisfaction with physiotherapy treatment

Oscar Rodríguez Nogueira<sup>a</sup>, Jaume Morera Balaguer<sup>b</sup>, Antonio Moreno Poyato<sup>c</sup>, Ana Felicitas López Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de León, España

<sup>b</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidad CEU Cardenal Herrera, España

<sup>c</sup>Escuela Superior Enfermería del Mar, Universitat Rovira i Virgili, España

#### Resumen

**Introducción:** La fisioterapia ha comenzado a adoptar rápidamente un modelo biopsicosocial donde se reconoce al paciente y su contexto general. Bajo este nuevo paradigma, la comunicación centrada en la persona entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de sus cuidados es una de las claves del éxito terapéutico. **Objetivo:** describir y reflexionar acerca de la importancia de la comunicación centrada en la persona en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en el ámbito de la fisioterapia. **Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la comunicación centrada en la persona entre el fisioterapeuta y el paciente en las bases de datos de ciencias de la salud PEDro y Pubmed, seleccionándose los artículos que se adecuaban a los objetivos del trabajo. Se integró posteriormente la información de los artículos seleccionados junto a los conocimientos y experiencia de los autores en la materia. **Conclusiones:** La comunicación centrada en la persona es el vehículo mediante el cual se mejora la alianza terapéutica, facilitando un papel activo del paciente en la toma de decisiones terapéuticas y mejorando la satisfacción de este con el tratamiento y con los resultados clínicos. Es necesaria la creación de un instrumento de medida de dicha comunicación en el ámbito de fisioterapia.

**Palabras clave:** fisioterapia; comunicación; relación terapéutica; tratamiento; satisfacción.

#### Abstract

**Introduction:** Physiotherapy is fast adopting a biopsychosocial patient-centred approach where the patient is recognized and its general context. Under this new paradigm, the person-centered communication between health professionals and the beneficiaries of their care is one of the keys to therapeutic success. **Objective:** to describe and reflect on the importance of person-centered communication in the establishment and satisfaction with treatment in the field of physiotherapy. **Material and methods:** A bibliographic review of the person-centered communication between the physiotherapist and the patient was carried out in the main databases of health sciences: PEDro, Pubmed, selecting articles that fit the objectives of the study, integrating subsequently the information of the selected articles and the knowledge and experience of the authors in the matter. **Conclusions:** Patient-centered communication is the vehicle through which the therapeutic alliance is improved, facilitating an active role of the patient in making therapeutic decisions and improving patient satisfaction with treatment and clinical outcomes. It is necessary to create an instrument to measure such communication in the field of physiotherapy.

**Key words:** physiotherapy; communication; therapeutic relationship; treatment; satisfaction.



## Introducción

La comunicación en servicios de salud está experimentando un proceso de cambio en los últimos años (Lázaro & Gracia, 2006). La tendencia actual promueve la participación del paciente en el proceso terapéutico. Esto ha provocado que la relación entre el profesional sanitario y el paciente haya dejado de estar controlada mayoritariamente por el primero, para pasar a ser una relación en la que ambos agentes participan por igual (Mead & Bower, 2000), facilitando la adquisición de un papel más activo por parte del paciente (Leal-Costa, Tirado-González, Van-Der, Román, & Rodríguez-Marín, 2016).

Bajo este nuevo paradigma biopsicosocial, la comunicación entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de sus cuidados es una de las claves del éxito terapéutico (Besley, Kayes, & McPherson, 2011). Según diversos autores, la interacción entre el profesional sanitario y el usuario de servicios de salud es el aspecto que más influye en la percepción de calidad sobre el servicio que tiene este último (Hush, Cameron, & Mackey, 2011; Potter, Gordon, & Hamer, 2003a, 2003b), siendo la comunicación uno de los aspectos más importantes para el establecimiento de dicha interacción (Hush et al., 2011; Potter et al., 2003b).

En cuanto el paciente entra en contacto con el sistema sanitario, se establece una comunicación entre este y los profesionales de la salud que le atienden, comunicación que persigue una finalidad terapéutica, y que constituye una de las partes nucleares de la atención. Esta comunicación, por tanto, es una competencia importante que deben tener los distintos profesionales de la salud, como aseguran las principales instituciones nacionales e internacionales dedicadas a la educación (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2004). Dicha competencia, puede y debe adquirirse a través de la formación, tanto de grado como de postgrado, ya que no es una característica que dependa únicamente de la forma de ser de cada profesional.

La comunicación en salud se considera como una tecnología sanitaria prioritaria, ya que afecta de manera importante a la eficiencia de las actuaciones sanitarias (Leal-Costa et al., 2016), además de ser fundamental en otros resultados primordiales en cualquier intercambio sanitario (satisfacción, calidad percibida, adherencia, etc). En este sentido, establecer una comunicación terapéutica caracterizada por el entendimiento mutuo, la confianza, el respeto, la empatía, el centrarse en las necesidades del paciente y compartir la responsabilidad

se ha relacionado con una mayor satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente (Leal-Costa et al., 2016).

Además, para el profesional sanitario significa un intercambio de experiencias, sentimientos y pensamientos con los sujetos de su entorno, que puede tener efectos protectores de su salud física y emocional, pero también de riesgo de la misma (González & Pacheco, 2007).

En el campo de la fisioterapia, el consenso en que la calidad asistencial depende directamente de la comunicación entre fisioterapeuta y paciente es cada vez mayor (Schmidt, Gramm, & Farin, 2012). De hecho, diversos estudios indican que la fisioterapia ha comenzado a adoptar un modelo biopsicosocial (Kamper et al., 2014) donde se reconoce al paciente y su contexto general. Su desarrollo social, psicológico, cultural y ambiental, da forma a la manera en que el individuo entiende y reacciona ante su enfermedad. En esencia se basa en un sistema de salud centrado en el paciente (Sanders, Foster, Bishop, & Ong, 2013).

Debido al avance de la profesión de fisioterapia, a la adopción del modelo biopsicosocial, y a la importancia que tiene la comunicación dentro del modelo de cuidados centrado en el paciente, creemos necesaria la realización de la presente revisión, cuyos objetivos principales son describir y reflexionar en torno a la importancia de la comunicación centrada en la persona en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en el ámbito de la fisioterapia.

## Material y métodos

Para poder dar respuesta a los objetivos del trabajo, se realizó una revisión bibliográfica sobre la comunicación centrada en la persona entre el fisioterapeuta y el paciente en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PEDro, Pubmed. Se seleccionaron los artículos que se adecuaban a los objetivos planteados. Posteriormente se llevó a cabo una integración de la información de los artículos y de los conocimientos y experiencia de los autores en la materia. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron: fisioterapia, comunicación, relación terapéutica, tratamiento y satisfacción.

## Resultados

### ***Importancia de la comunicación en los cuidados centrados en la persona***

Implementar los cuidados centrados en la persona es

uno de los objetivos prioritarios propuestos por el Institute of Medicine (IOM) para mejorar los cuidados en salud en el siglo 21 (Medicine, 2001). En ese sentido, Mean and Bower (Mead & Bower, 2000), en el año 2000, llevaron a cabo una revisión de la literatura sobre los cuidados centrados en la persona, creando un marco conceptual en el cual incluyeron cinco dimensiones prioritarias: la perspectiva biopsicosocial, el paciente como persona, el compartir el poder y la responsabilidad, la alianza terapéutica y el profesional como persona. Estos autores reconocen que los cuidados centrados en la persona son un plus de calidad de los cuidados de salud, y que sus elementos relevantes son la capacidad del profesional de entender las necesidades únicas de cada persona y el establecer una comunicación interpersonal saludable. En la misma línea, Morgan y Yoder (Morgan & Yoder, 2012) llevaron a cabo en el 2011 una revisión sobre el concepto de los cuidados centrados en la persona, el cual definieron como: enfoque holístico (bio-psico-social-espiritual) de cuidados respetuoso e individualizado, que permite negociar la atención y ofrecer opciones a través de una relación terapéutica en la que se empodera a la persona para participar en decisiones de salud en la medida que esta desee.

Tanto Mead y Bower (2000) como Morgan y Yoder (2012) coinciden en otorgar una importancia crucial a la comunicación y la relación terapéutica como vehículo mediante el cual poder instaurar el modelo de cuidados centrados en la persona. Para establecer esta comunicación centrada en la persona, en la que se tiene en cuenta al paciente, sus emociones, objetivos y necesidades, y se comparte el poder y las decisiones terapéuticas, el psicólogo norteamericano Carl Rogers (1951) definió como características fundamentales que debía desarrollar el terapeuta la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del paciente, a las cuales se unió después la escucha activa. Dentro del marco de esta comunicación se ha prestado especial atención al concepto de Alianza terapéutica (Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010), donde el paciente a través de una relación de afecto positivo debe formar un equipo con el fisioterapeuta, negociar juntos los objetivos del tratamiento y cómo llevarlos a cabo. La consecución de una buena alianza terapéutica se desarrolla a través de los mismos componentes de la comunicación terapéutica centrada en el paciente (Watson & Geller, 2005).

En el ámbito de la fisioterapia Hall (2010) realizó una revisión bibliográfica para tratar de cuantificar si la alianza terapéutica tiene relación con los resultados del tratamiento en el contexto de la rehabilitación. El artículo

concluye que hay estudios, sobre todo en pacientes con dolor músculo-esquelético, que indican que la relación entre alianza y resultados terapéuticos es positiva, consiguiéndose mejores resultados terapéuticos cuanto mayor es la alianza alcanzada. La autora sugiere la necesidad de construir un instrumento de medida para este constructo en la rehabilitación física, ya que los existentes son extraídos de mediciones de psicoterapia.

### ***Importancia de la comunicación en la instauración del tratamiento: la toma de decisiones conjunta***

La toma de decisiones conjunta en cuanto a objetivos y tratamiento entre fisioterapeuta y paciente es una de las características de la alianza terapéutica. Se define como el proceso de toma de decisiones compartida conjuntamente entre los pacientes y sus proveedores de atención médica (Briss et al., 2004). Es necesario el establecimiento de un contexto de comunicación en el que la opinión de los pacientes sobre las opciones de tratamiento sea valorada y considerada como imprescindible. A partir de aquí el profesional transfiere la información técnica necesaria de manera comprensible, ayudando a los pacientes a basar sus preferencias teniendo en cuenta la mejor evidencia posible y existente. El siguiente paso es conseguir que los pacientes manifiesten sus preferencias, y en este momento el profesional introduce el componente de incertidumbre implícito en todas las decisiones de salud (Elwyn, Edwards, & Kinnersley, 1999). Según las conclusiones de una revisión Cochrane centrada en este tema realizada en 2014 existe una evidencia de alta calidad de que este abordaje ayuda en la toma de decisiones en comparación con la atención habitual, reduciendo los conflictos relacionados con el sentirse poco informados y el no actuar conforme a los propios valores. En la revisión se apunta también que se estimula al paciente a tomar parte activa en el tratamiento (Stacey et al., 2014).

A pesar de que la naturaleza de la patología puede influir en la cantidad de control que quiere tener el paciente sobre sus decisiones clínicas (Gravel, Légaré, & Graham, 2006), cada vez más personas reconocen que ellos son los que mejor pueden valorar sus capacidades, tomando en consecuencia las mejores decisiones para su salud (Kennedy, Rogers, & Gately, 2005). Esta manera de pensar es propia de pacientes que ven aumentada su creencia de autoeficacia, cognición absolutamente necesaria en determinados ámbitos, como por ejemplo durante el tratamiento de pacientes con dolor crónico (Nijs, Paul van Wilgen, Van Oosterwijck, van Ittersum, & Meeus, 2011).

En el estudio realizado por Hofstede et al (2013), en el cual mediante la técnica de grupos focales se identificaron las barreras y facilitadores percibidos por los pacientes y profesionales a la hora de instaurar la toma de decisiones conjunta, los resultados demostraron que para los profesionales la principal barrera es una pobre comunicación terapéutica, mientras que para los pacientes la comunicación con su terapeuta puede ser barrera o facilitador según sea esta buena o mala. Se menciona que algunos profesionales demuestran falta de atención por el estado de ansiedad, situación personal y preferencias de los pacientes, sabiendo que la obtención de las preferencias del paciente es crucial para la toma de decisiones conjunta. Los mismos autores Hofstede et al (2014) realizaron otro estudio donde se les preguntó a 246 profesionales y 155 pacientes cuáles creían ellos que eran los factores más importantes a la hora de instaurar la toma de decisiones conjunta en pacientes diagnosticados de ciática. El principal factor, según los profesionales (entre los que se encontraban médicos de cabecera, fisioterapeutas, neurólogos y cirujanos), es la construcción de una buena comunicación terapéutica, mientras que para los pacientes el cuarto factor más importante es la confianza que se consiga entre el profesional y ellos (uno de los objetivos de la comunicación terapéutica), por detrás del correcto diagnóstico, la información sobre las opciones de tratamiento y la explicación sobre el proceso de tratamiento. Es interesante destacar que en la revisión de Gravel et al (2006) sobre las barreras y facilitadores de este tipo de abordaje, se constata que la principal barrera para la toma de decisiones conjunta sea la falta de tiempo de los profesionales en los servicios de salud, falta de tiempo que implica también dificultad para el establecimiento de una comunicación terapéutica eficaz.

### **Importancia de la comunicación en la satisfacción del paciente**

Dibbelt et al (2009) realizaron un estudio con la intención de percibir la calidad de interacción entre el médico y el paciente en rehabilitación, examinando la relación entre la calidad percibida y los resultados de tratamiento a largo plazo. Se evaluó la calidad de la relación entre doctores y pacientes el primer día, al alta y en la visita sucesiva al alta. Los pacientes relataron su estatus de salud el primer día, al alta, y 6 meses después. Aquellos que habían disfrutado de una mayor calidad de relación con el médico obtuvieron mejores puntuaciones en cuanto a reducción del dolor, efecto que continuó a los seis meses. Este éxito fue atribuido a una mayor adherencia y cumplimiento del

tratamiento, al intercambio fluido de información terapéutica, a un mayor ajuste de las expectativas del paciente, y a la autorregulación y superación de metas.

Del mismo modo, como ejemplo de estilos de comunicación ligados a satisfacción del paciente tenemos un estudio realizado en 2008 por Sung Soo Kim et al (2008) en el ámbito de la rehabilitación, donde se examinaban tres estilos de relación de médicos rehabilitadores percibidos por sus pacientes. Se valoraron el estilo empático afectivo (el que tiene capacidad de responder y mejorar los estados emocionales de sus pacientes), el dominante (que pregunta mucho y adopta un alto grado de control sobre las reacciones del paciente) y el empático cognitivo (capacidad del médico para aprehender con precisión el estado mental de su paciente, "este doctor sabe exactamente qué quiero decir"). El 30% de los pacientes consideraron a sus médicos empáticos afectivos, un 55% dominantes y un 15 % empáticos cognitivos, estableciéndose una relación fuerte y positiva entre los estilos empáticos, sobre todo con el cognitivo, y la satisfacción de los pacientes con sus médicos.

### **Consideraciones finales**

La fisioterapia está adoptando un modelo biopsicosocial donde la alianza terapéutica y la toma de decisiones conjunta son primordiales. El vehículo para desarrollar este nuevo modelo es una comunicación centrada en la persona, que en base a la literatura consultada, facilita la alianza terapéutica y la puesta en marcha del método de toma de decisiones conjunta, mejorando en consecuencia la satisfacción del paciente con el tratamiento y los resultados clínicos del mismo.

Sin duda, teniendo en cuenta las evidencias consultadas que indican la necesidad de instaurar una buena relación terapéutica, y dado que en la actualidad no existe ningún instrumento de medición de la misma en el ámbito de la fisioterapia, sugerimos destacar como conclusión final la necesidad de construir y validar un instrumento de medida de dicha relación terapéutica en el ámbito de fisioterapia.

### **Referencias Bibliográfica**

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2004). Libro blanco. Título de grado en Fisioterapia. (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, Ed.). Madrid.
- Besley, J., Kayes, N., & McPherson, K. (2011). ML Roberts Prize Winner-Assessing the measurement properties of



- two commonly used measures of therapeutic relationship in physiotherapy. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 39(2230–4886), 81–91.
- Blanco, L. (2004). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Briss, P., Rimer, B., Reilley, B., Coates, R. C., Lee, N. C., Mullen, P., ... Task Force on Community Preventive Services. (2004). Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 67–80.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 328–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.031>
- Elwyn, G., Edwards, A., & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(443), 477–82.
- González, B., & Pacheco, A. (2007). Problemas de comunicación percibidos por las enfermeras. *Metas de Enfermería*, 10(5), 26–30.
- Gravel, K., Légaré, F., & Graham, I. D. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science: IS*, 1(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-16>
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099–110. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Hofstede, S. N., Marang-van de Mheen, P. J., Wentink, M. M., Stiggelbout, A. M., Vleggeert-Lankamp, C. L. a, Vliet Vlieland, T. P. M., & van Bodegom-Vos, L. (2013). Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implementation Science: IS*, 8(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-95>
- Hofstede, S. N., van Bodegom-Vos, L., Wentink, M. M., Vleggeert-Lankamp, C. L. A., Vliet Vlieland, T. P. M., & Marang-van de Mheen, P. J. (2014). Most important factors for the implementation of shared decision making in sciatica care: ranking among professionals and patients. *PloS One*, 9(4), e94176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094176>
- Hush, J. M., Cameron, K., & Mackey, M. (2011). Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physical Therapy*, 91(1), 25–36. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100061>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 350(9), h444. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Kennedy, A., Rogers, A., & Gately, C. (2005). From patients to providers: prospects for self-care skills trainers in the National Health Service. *Health & Social Care in the Community*, 13(5), 431–40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00568.x>
- Kim, S. S., & Park, B. K. (2008). Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 87(12), 998–1005. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318186babf>
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 7–17.
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Van-Der, C. J., Román, H., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS, 32(1), 49–59. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087–110.
- Medicine, I. of. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Morgan, S., & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15.
- Nijs, J., Paul van Wilgen, C., Van Oosterwijck, J., van Ittersum, M., & Meeus, M. (2011). How to explain central sensitization to patients with “unexplained” chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy*, 16(5), 413–418. <https://doi.org/10.1016/j.math.2011.04.005>
- Nuutila, L., & Salanterä, S. (2006). Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(2), 153–160.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, B. L. (1993). *SERVQUAL: Calidad total en la gestión de servicios*. (D. de Santos, Ed.). Madrid.
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003a). The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 49(1), 53–61.



- [https://doi.org/doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60188-4](https://doi.org/doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60188-4)
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003b). The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 195–202. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60239-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60239-7)
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory* by Rogers, .
- Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-65>
- Schmidt, E., Gramm, L., & Farin, E. (2012). [Communication preferences of patients with chronic back pain in medical rehabilitation]. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 26(1), 69–76. <https://doi.org/10.1007/s00482-011-1105-5>
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., ... Wu, J. H. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In D. Stacey (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001431). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>
- Tattersall, R. L. (2002). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine (London, England)*, 2(3), 227–9.
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process–experiential and cognitive–behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 25–33. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327010>

## Comunicando el Cambio Climático desde un Encuadre de Salud

### Communicating Climate Change from a Health Frame

Jose Daniel Cáceres Pinto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual, Universidad Carlos III de Madrid

#### Resumen

Organismos internacionales coinciden que el cambio climático representa una amenaza para el ser humano, particularmente para su salud. Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y voces de la comunidad científica han venido advirtiendo sobre los efectos que las distorsiones climáticas están teniendo sobre la propagación de enfermedades cuyos vectores dependen de su entorno. Sectores vitales para el desarrollo social como la distribución del agua, la agricultura, y la sanidad pública se están viendo cada vez más amenazados por la vorágine climatológica. Sin embargo, persiste una indiferencia silenciosa en diferentes segmentos sociales que consideran el Cambio Climático como un problema abstracto o simplemente algo muy sobre sus capacidades de resolución. Desactivar este desafecto, concienciar a la población general y movilizar a la toma de acción han sido unos de los retos que diversos actores sociales han asumido. Uno de los casos de éxito que más llama la atención ha sido el uso de encuadres de salud. El siguiente artículo disecciona el impacto que el Cambio Climático tiene y presenta el caso sobre el uso de la promoción de la salud en EEUU para concienciar sobre la problemática ambiental.

Palabras clave: Salud; Cambio Climático; encuadres; mensaje.

#### Abstract

International organizations agree that climate change poses a threat to the human being, particularly to his health. Entities such as the World Health Organization (WHO) and voices from the scientific community have been warning about the effects the climatic distortions are having on the propagation of illnesses which vectors depend on their surroundings. Vital sectors for social development such as water distribution, agriculture, and public health are progressively seeing themselves more threatened by the climatic maelstrom. Nevertheless, an indifferent silence persists in different social segments who consider Climate change as an abstract problem or simply something out of their reach to resolve. Deactivating this disaffection, raising awareness in the general population and mobilize to take action have been some of the challenges social actors have undertaken. One particular success story that grabs the attention is the use of health frames. The following article dissects the impact that Climate Change has and presents the case of the use of health promotion in the USA to raise awareness about the environmental problem.

Key words: Health; Climate Change; Frames; Message.

## Introducción

La comunidad científica internacional está de acuerdo en que el Calentamiento Global y el consecuente Cambio Climático, engranan una de las situaciones más amenazantes para la humanidad. Taxativamente, el cambio climático es algo propio del ambiente y el clima, no obstante su impacto es generalizado y vasto en múltiples disciplinas del quehacer humano, lo que lo convierte en un problema ambiental de muchas escalas (Vainio and Poloniemi, 2011 p. 383). Dichas escalas ya están teniendo efectos negativos en la salud (Mailbach et al, 2010; Magaña y Gay, 2002), la alimentación, el uso del agua para el consumo humano e industrial; así como en la economía, (2002), e incluso los movimientos migratorios humanos (Bòrras, 2006).

## Marco Teórico

Para el caso de la salud, el cambio climático supone una pluralidad de problemas los cuales parecen estar exacerbados por una acuciante complejidad social y una actitud laxa de las figuras públicas pertinentes. Es por ello, que autoridades internacionales, como ser la Organización Mundial de la Salud, han destacado la gravedad del problema. En el estudio *Climate Change Impacts in the United States.*, se advierte que el cambio climático presenta problemas de salud a nivel mundial, con impactos que se estarán manifestando en distintos grados de gravedad en distintas partes. (Luber y Knowlton, 2014, p.211).

Al ser un problema no limitado por las fronteras, el Cambio Climático requiere de esfuerzos multipartidistas y multilaterales de todos los actores del campo: la comunidad científica, los organismos públicos, los organismos no lucrativos, la empresa privada, organismos regionales y la sociedad civil en general. No obstante, los logros alcanzados hasta la fecha han sido tímidos y limitados, incentivando la iniciativa nacional y limitando una política jurídicamente vinculante, como ser el caso de los Acuerdos de París (Mahapatra y Ratha, 2017). Entre tanto, el fenómeno climatológico avanza más, impactando con mayor fuerza a las poblaciones más vulnerables.

El cambio climático supone riesgos con el incremento de fenómenos naturales catastróficos, al desabastecimiento de los suministros de agua, la seguridad alimentaria, y cambios en los brotes de diversas enfermedades.

En primera instancia están las inundaciones y particularmente las sequías cuyas frecuencias han ido en aumento en los últimos años, (Magaña y Gay, 2002, p.7). Las inundaciones tienden a tener efectos devastadores

en poblaciones cercanas a cuerpos de agua y en la industria agrícola, sin embargo, estos se extienden a la propagación de enfermedades, como la leptospirosis, virosis hemorrágicas y otras han sido vinculadas a las inundaciones, (Sánchez et al, 2009, p. 1879 ). Las sequías serán factores determinantes en la causación de incendios forestales que, entre sus consecuencias, traerá consigo un aumento en enfermedades respiratorias, cuadros de estrés y efectos perniciosos en pacientes de enfermedades mentales (Luber et al, 2014, p.223).

En segundo lugar, el cambio climático afectará negativamente en el acceso al agua. En la medida que el calentamiento global, causante directo del cambio climático, derrita a las capas polares, “los efectos a largo plazo irán incrementando la escasez de agua y abastecimientos limitados”. (Xu et al, 2009, p. 523). Tomando como punto de partida las limitaciones que esto impondrá al consumo humano, podemos fácilmente asumir que el impacto también se sentirá en el sector salud con un incremento en cuadros provocados por deshidratación y consumo de agua potencialmente contaminada. Ejemplos de lo anterior se pueden encontrar en varias partes del mundo, y uno que resalta mucho es de la zona asiática que se abastece de los Himalayas. Xu et al señalan que los glaciares Himalayas abastecen a 10 de los ríos más largos en Asia, entre ellos, el Indus, Ganges, Brahmaputra y el Tangtze, fuentes que suplen necesidades en países como China, India, y Vietnam. (2009).

En tercer lugar, nuevas proyecciones estiman que el cambio climático tendrá un efecto contundente en el abastecimiento y la calidad de los alimentos ya que muchos cultivos dependen de alguna manera de la variabilidad del tiempo. Altieri y Nicholls (2008) afirman que entre los aspectos por considerar esta la fertilidad de la tierra, ya que temperaturas elevadas pueden “acelerar la descomposición de la materia orgánica e incrementar las tasas en otros procesos del suelo” (p. 10), limitando la productividad de la tierra y arriesgando un uso agrícola aún más expansivo de lo que ya es. Adicionalmente, advierten que la presencia de las plagas aumenta con las temperaturas altas, así como los hongos y bacterias, los que pueden dispersar la presencia de enfermedades foliares. Indudablemente, esto afectará a la población en general, pero serán los campesinos y segmentos tradicionalmente pobres los que sentirán las peores consecuencias del proceso, considerando de qué, la presencia de fincas pequeñas es mayor en zonas en vías de desarrollo.

Finalmente esta la propagación de enfermedades provocadas por la variabilidad climática y su relación con

factores vectoriales. El desarrollo global, tal y como lo conocemos hoy en día, expandirá aun más la frontera del hombre hacia los límites de lo que percibe como naturaleza. “Esta acelerada y loca carrera global, profundizará la explosión de microorganismos y pondrá a tambalear la salud pública de los países en desarrollo”, (González y Matter, 2009, p. 1666). Enfermedades que muchas regiones ya han logrado controlar, tendrán brotes y aumentarán su presencia. Estas enfermedades incluyen el dengue, la fiebre amarilla, encefalitis virales, malaria y la leishmaniasis, entre otras. Es sabido que el efecto de los factores climatológicos es directo entre la relación de los patógenos y hábitats (Sánchez et al, 2009, p. 1878), como ser la malaria, leptospirosis, dengue, asma, y la enfermedad de Lyme entre otros, así como en la dinámica de hospedadores y reservorios animales (López-Velez y Molina, 2005). Sumado a los cuadros anteriormente expuestos, podemos ver que el cambio climático pondrá contra las riendas los sistemas de salud y sanidad pública alrededor del mundo, aunado a límites todavía difíciles de estimar si se toma en cuenta el daño que los continuos desastres climáticos dejan en su paso.

Sin embargo, pese a la creciente evidencia sobre su existencia y el peligro que representa, persiste una particular falta de conocimiento sobre la materia. Pappin (2014) comenta que como “ciudadanos y consumidores preocupados con el estado del ambiente, todavía somos generalmente no conscientes de la relación directa entre nuestras acciones y sus consecuencias en el medio ambiente”, (p.314). Afirma que la carga del ecologismo es imposible, ya que esto pretendería de que cada ciudadano se responsabilizase por actos en los que ha sido partícipe en alguna manera u otra (p. 322). Es así, que al ser todos partes de un problema, entenderlo devenga en una infinidad de perspectivas y opiniones sobre la materia, lo que se exagera gracias a un conocimiento público generalmente coludido por puntos de vista ajenos, en particular el de los medios de comunicación.

Sin embargo, existen experiencias positivas que demuestran que la coordinación adecuada de acciones y estrategia puede surtir logros apreciables. Dichos logros están en una reconsideración de la narrativa para la comunicación científica (Dahlstrom, 2014), el uso de encuadres adaptados a los públicos (Nisbet, 2009, Myers et al 2012), y el uso de foros comunitarios en el cual miembros del público en general pueden compartir e intercambiar información y perspectivas con expertos en la materia, actividad que según Groffman, puede incentivar el proceso de aprendizaje tanto técnico como social (2010, p. 289).

## Metodología

El trabajo se basa en una búsqueda documental de bibliografía de referencia sobre la conexión entre el Cambio Climático, la comunicación y la Salud. Existen ejemplos sobre como la promoción de la salud ha sido utilizada como herramienta de encuadre para comunicar el Cambio Climático, particularmente entre públicos reacios a reconocer el tema. Llama poderosamente la atención el trabajo de Myers et al (2012) y de Maibach et al (2010), quienes han elaborado estudios sobre el tema en cuestión. Si el problema ha sido la falta de involucramiento del público en general y su inconsecuente influencia en las esferas políticas y empresariales, lo correcto sería replantear el mensaje de la comunicación por uno más adecuado al público. Maibach et al (2010, p. 7) arguyen que los encuadres económicos conllevan la posibilidad de auspiciar una ambivalencia en el público en general, en cambio el uso de la salud como encuadre, puede ser útil para activar el compromiso público. En su estudio, se hipotetiza sobre la aceptación que dicho encuadre podría tener entre diversos públicos debido a la noción general que la idea de la buena salud tiene entre distintos segmentos de EEUU. Durante la investigación, se entrevistaron entre mayo a agosto del 2009 a 70 adultos residentes de 29 estados. El número original fueron 74 pero los datos de cuatro participantes fueron rechazados al no estar completos, (Maibach et al, 2010, p. 3)

Sus rangos de edad variaron entre las edades de 18 a adultos mayores. Estos fueron categorizados en seis grupos (alarmados, preocupados, cautos, descomprometidos, dudosos y despectivos) y cada uno fue expuesto a información sobre la salud pública, (Maibach et al, 2010, p.3). Si bien los grados de aceptación variaron, los seis grupos acordaron con el mecanismo que introducía la información, lo que según los investigadores, se debía a que la salud humana y el bienestar son valores compartidos, (2010, p.7), ya que la “perspectiva de salud pública ofrece una visión de un futuro mejor y más saludable – no solo una visión de desastre ambiental que fue evitado, y se enfoca en una rango de acciones políticas posibles que ofrecen beneficios locales y globales”, (Maibach et al, 2010, p. 10).

## Resultados

Entre los resultados del estudio resalta el consenso de los entrevistados en apoyar medidas de mitigación que prevengan problemas de salud (Maibach et al, 2010, p. 8) sin embargo mostraron diversos grados de reticencia



cuando fueron expuestos a mensajes que invitaban a cambios en su estilo de vida, particularmente el alimento. Sin embargo, el estudio evidencia que existe una ventana de oportunidad de utilizar los encuadres de salud para promover acciones contra el cambio climático debido al valor cultural que una vida saludable tiene.

## Discusión

La salud es un valor compartido por amplios segmentos de la humanidad. Aunque la valoración del acceso a la salud puede variar en diferentes escalas, la idea de un futuro saludable caracterizado por el bienestar social es una idea consensuada por muchos. Mensajes que comparten esta idea representan una valiosa oportunidad para hacer reaccionar a la población en torno a futuros impactos del cambio climático.

El encuadre de salud ha sido comprobado como una buena vela para llevar el barco a buen puerto; el uso de mensajes que inviten a un mejor cuidado de la salud a través de acciones eco-amigables ha sido comprobado como un buen camino a seguir. Si bien los grados de aceptación de los públicos expuestos al estudio no fueron persuadidos a tomar acción, ninguno mostró un rechazo rotundo al mensaje; al contrario, se evidenció la existencia de un tema consensuado en el cual diferentes perspectivas e ideologías pueden convergir, (Maibach et al, 2010, p.9)

## Conclusiones

Concienciar a la población sobre el efecto que sus acciones pueden tener en el estado del medio ambiente y del clima es algo muy complejo. El rechazo ideológico o el sentimiento de incapacidad de resolución ante un problema descomunal parecen desbordar la ciencia que reclama un mayor involucramiento social. Aun así, el estudio descrito ha demostrado que cuando se trata de la salud personal, la reacción es distinta y aunque a veces es reactiva, en el medio plazo puede tornarse pro-activa. Al fomentar el cuidado de la salud personal mediante acciones que consciente o inconscientemente protejan el medio ambiente, el ciudadano común puede encontrar una manera menos intimidante o confrontativa de atender la problemática climatológica. Por lo tanto, hacer partícipe al sector salud a través de las herramientas de promoción de la salud y la comunicación, puede bien contribuir a adaptar las actitudes sociales ante un problema que afectará a todos.

## Referencias Bibliográfica

- Altieri, M. y Nicholls, C. (2008). Los Impactos del Cambio Climático sobre las Comunidades Campesinas y de Agricultores Tradicionales y sus Respuestas Adaptativas. *Agroecología*, Volumen 3: 7-28. Recuperado de: <http://revistas.um.es/agroecologia/article/view/95471>
- Borràs Pentinat, S. (2006). Refugiados Ambientales: El Nuevo Desafío del Derecho Internacional del Medio Ambiente. *Revista de Derecho*, Volumen 19 (n.2), 85-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502006000200004>
- Dahlstrom, M.F. (2014). Using Narratives and Story Telling to Communicate Science with Nonexpert Audiences. *PNAS*, Volumen 111, 13614-13620. DOI: 10.1073/pnas.1320645111
- González M. y Matter, S. (2009). Estilos Modernos de Vida, Cambio Climático y Ecosistemas Alterados: Un Desastre Anunciado para el Surgimiento de las Enfermedades Infecciosas. *Rev. MVZ Córdoba*, Volumen 14 (2), 1665-1666. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3231881.pdf>
- Groffman, P.M., Stylinski, C., Nisbet, M., Duarte, C., Jordan, R., Burgin, A., Privitali, A. y Coloso, J. (2010). Restarting the Conversation: Challenges at the Interface Between Ecology and Society. *The Ecological Society of America*, Volumen 8(6): 284-291, DOI: 10.1890/090160
- López-Velez, R. y Molina, R. (2005). Cambio Climático en España y Riesgo de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Transmitidas por Artrópodos y Roedores. *Rev. Esp. Salud Pública*, Volumen 9 (2), 177-190. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n2/colaboracion4.pdf>
- Luber, G., Knowlton, K., Balbus, J., Frumkin, H., Hayden, M., Hess, J., McGeehin, M., Sheats, N., Backer, L., Beard, C. B., Ebi, K. L., Maibach, E., Ostfeld, R. S., Wiedinmyer, C., Zielinski-Gutiérrez, E., y Ziska, L. (2014) Ch. 9: Human Health. *Climate Change Impacts in the United States: The Third National Climate Assessment*, J. M. Melillo, Terese (T.C.) Richmond, and G. W. Yohe, Eds., U.S. Global Change Research Program, 220-256. DOI:10.7930/J0PN93H5
- Magaña Rueda, V. y Gay García, C., (2002). Vulnerabilidad y Adaptación Regional ante el Cambio Climático y sus Impactos Ambientales, Sociales y Económicos. *Gaceta Ecológica*, (65), 7-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/539/53906501.pdf>
- Maibach, E., Nisbet, M., Baldwin, P., Akerlof, K. y Diao, G. (2010). Reframing Climate Change as a Public Health Issue: An Exploratory Study of Public Relations. *BMC Pu-*

- blic Health, (10), 1-12. DOI: 10.1186/1471-2458-10-299
- Mahapatra, S.K., y Ratha, K.C., (2017) Discussion, Paris Climate Accord: Miles to Go, Journal of Internacional Development, 29, pp 147-154, DOI: 10.1002/jid.3262
- Myers, T., Nisbet, M., Maibach, E. y Leiserowitz, A. (2012). A Public Health Frame Arouses Hopeful Emotions About Climate Change. A Letter, Climate Change, Volumen 113, 1105-1112, DOI: 10.1007/s10584-012-0513-6
- Nisbet, M., (2009). Communicating Climate Change. Why Frames Matter for Public Engagement. Environment Magazine, Volumen 51 n2, 12-25. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/249039969\\_Communicating\\_Climate\\_Change\\_Why\\_Frames\\_Matter\\_for\\_Public\\_Engagement](https://www.researchgate.net/publication/249039969_Communicating_Climate_Change_Why_Frames_Matter_for_Public_Engagement)
- Pappin, G.H. (2014). Chapter 13, The Postmodern Environment, En J. Norwine. (Ed.), A World After Climate Change and Culture Shift (305-325). Oologá, EEUU: Springer.
- Sanchez, L., Mattar, S. y González, M. (2009). Cambios Climáticos y Enfermedades Infecciosas: Nuevos retos Epidemiológicos, Revista MVZ Córdoba, Volumen 14(3), 1876-1885. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/43106002\\_Cambios\\_climaticos\\_y\\_enfermedades\\_infecciosas\\_nuevos\\_retos\\_epidemiologicos](https://www.researchgate.net/publication/43106002_Cambios_climaticos_y_enfermedades_infecciosas_nuevos_retos_epidemiologicos)
- Vainio, A. y Paloniemi R. (2011). Does Belief Matter in Climate Change Action?, Public Understanding of Science, Volumen 22(4), 382-395. DOI: 10.1177/0963662511410268
- Xu, J., Grumbine, R. E., Shrestha, A., Eriksson, M., Yang X., Wang, Y., y Wilkers, A. (2009). The Melting Himalayas: Cascading Effects of Climate Change on Water, Biodiversity and Livelihoods. Conservation Biology, Volumen 23, (3), 520-530, DOI: 10.1111/j.1523-1739.2009.01237.x

## Whatsapp y datos de salud: Una realidad incómoda

### Whatsapp and health information: An inconvenient truth

Juan Alfredo Montero Delgado<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, España

**Cartas al editor**

Sr. Editor de la Revista Española de Comunicación y Salud:

Una de las claves para lograr una asistencia sanitaria de calidad en los hospitales es que exista una eficiente comunicación entre los profesionales que componen el equipo asistencial. Además, una buena comunicación interprofesional es necesaria para lograr una gestión clínica y atención sanitaria adecuada, y por tanto, influye positivamente en la calidad asistencial (Agarwal, Sands y Schneider, 2010).

Actualmente, los canales formales de comunicación intrahospitalarios basados en la tecnología (teléfono fijo, correo electrónico corporativo, interconsulta a través de la Historia Clínica Electrónica y el "busca") son cada vez menos usados por los sanitarios, puesto que no permiten establecer una comunicación bidireccional a la vez que instantánea con la que satisfacer sus necesidades comunicativas durante la jornada laboral. Este hecho está motivando que cada vez sea más frecuente el uso de la mensajería instantánea a través de los teléfonos móviles personales. Esta tecnología, no solo asegura una comunicación instantánea y bidireccional, sino que le aporta al clínico la posibilidad de intercambiar información muy versátil en tiempo real (fotos, vídeos, notas de voz, documentos, etc), facilitando su actividad asistencial.

WhatsApp es la aplicación de mensajería más popular hasta la fecha, con más de 1.000 millones de usuarios activos mensuales en todo el mundo (Blog de Whatsapp, 2017). Obviamente el ámbito sanitario no es una excepción a este fenómeno.

Estudios recientes (Mars y Scott, 2016; Ganasegeran, Renganathan, Rashid y Al-Dubai, 2017; O'Leary et al., 2017) muestran un aumento en la utilización de Whatsapp como vía ágil para resolver incidencias clínicas en tiempo real entre los profesionales sanitarios.

Hasta tal punto ha sido la adopción en los centros sanitarios de estas tecnologías, que en países de nuestro entorno como Reino Unido, se ha cuantificado que el uso del Whatsapp para compartir información de pacientes ha aumentado en los últimos años hasta un 31% (Mobasheri et al., 2015).

El origen de este comportamiento es multifactorial. Las propias funcionalidades de la aplicación, su ubicuidad entre compañeros, facilidad de uso y gratuidad contribuye a que esta vía de comunicación esté sustituyendo parcialmente a los canales oficiales que las organizaciones sanitarias ponen a disposición de sus profesionales.

También la digitalización de los registros clínicos y la implantación de la Historia Clínica Electrónica han favorecido este comportamiento, ya que permiten un mejor y más rápido acceso a la información de los pacientes, y con ello la posibilidad de resolver dudas o consultas clínicas de una forma más eficiente.

Los principales riesgos de esta práctica están relacionados con la ciberseguridad (Centro de Respuesta a incidentes de Seguridad de la Información del Centro Criptológico Nacional, 2017) y la potencial violación de la privacidad de los pacientes. Otras consideraciones a tener en cuenta es la ubicación de los servidores privados de la empresa que comercializa Whatsapp (se encuentran fuera de territorio español), la sincronización de conversaciones y archivos de los dispositivos con la nube o las posibles consecuencias de un error en el receptor del mensaje, hurto o extravío del dispositivo.

En lo que respecta a las implicaciones legales de este bienintencionado comportamiento, el envío de información de salud sin consentimiento a través de plataformas de comunicación digitales no seguras, incumpliría la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), lo que podría acarrear sanciones de hasta 600.000 euros, debido a que este tipo de datos son considerados sensibles o "especialmente protegidos", por lo que les corresponde el mayor nivel de protección.

A raíz del conocimiento de éstas prácticas en el entorno sanitario, autoridades no sanitarias como la Agencia Española de Protección de Datos y sanitarias como el National Health System del Reino Unido han comunicado recientemente que no debe usarse Whatsapp u otra aplicación de mensajería no segura para transmitir información sensible de pacientes sin su permiso, debido a que se estaría infringiendo la LOPD y poniendo en peligro la privacidad del paciente. Por otro lado, es conocido que WhatsApp tampoco cumple con la normativa estadounidense de protección de datos sanitarios para entornos digitales (HIPAA-Health Insurance Portability and Accountability Act), la cual es considerada una referencia internacional.

Además de todas estas consideraciones, con la entrada en vigor en Mayo de 2018 del nuevo Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), cuyo objetivo principal es unificar la normativa de los países europeos, se incrementan las obligaciones y restricciones respecto a la protección de datos de salud en las organizaciones sanitarias.

Por tanto, podemos afirmar que Whatsapp no se considera actualmente una vía apropiada para comunicar información sobre la salud de los pacientes, a pesar de que recientemente haya incluido el cifrado de extremo a extremo.

Sin embargo, los beneficios de las aplicaciones como Whatsapp en el entorno sanitario y su necesidad de uso para los equipos sanitarios son evidentes. De hecho, tenemos algunas iniciativas autonómicas en España que han desarrollado aplicaciones móviles de mensajería desarrolladas para el uso entre sus trabajadores ("WhatSICS" por parte del Institut Catalá de la Salut y "Mensajería Junta" de la Junta de Andalucía).

El actual reto al que se enfrentan las organizaciones sanitarias se encuentra en el diseño, desarrollo e implantación de un sistema de comunicación instantánea que sea de máxima seguridad y que a su vez sea capaz de aportar más valor añadido que Whatsapp para el día a día de sus profesionales (integración con la historia clínica electrónica, por ejemplo). Gracias a que este proceso se basa en que cada profesional aporte su propio dispositivo móvil para comunicarse (modelo "Bring Your Own Device"), implantado en muchas empresas y diversos sectores como la educación, el coste económico no sería una limitación. Por el contrario, sí que podría serlo el cambio cultural necesario dentro de la organización.

En plena era de digitalización, dar la espalda a esta "realidad incómoda" no parece una solución sostenible a medio plazo. Por el contrario, diseñar correctamente e

implantar un plan de comunicación interna teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales, todas las consideraciones legales y haciendo uso de la tecnología actual sí que podría serlo.

## Referências Bibliográfica

Agarwal, R., Sands, D. Z. & Schneider, J.D. (2010). Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 55(4), 265-281. <https://doi.org/10.1097/00115514-201007000-00007>.

Blog de Whatsapp. (2017). Conectando mil millones de usuarios todos los días. Recuperado de <https://blog.whatsapp.com/10000631/Conectando-mil-millones-de-usuarios-todos-los-d%C3%ADas?l=es>.

Mars, M., & Scott, R. E. (2016). Whatsapp in clinical practice: a literature review. *Studies in Health Technology and Informatics*, 231, 82-90. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-712-2-82>.

Ganasegeran, K., Renganathan, P., Rashid, A., & Al-Dubai, S. A. R. (2017). The m-Health revolution: Exploring perceived benefits of WhatsApp use in clinical practice. *International Journal of Medical Informatics*, 97, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.10.013>.

O'Leary, K. J., Liebovitz, D. M., Wu, R. C., Ravi, K., Knoten, C. A., Sun, M., ... Reddy, M. C. (2017). Hospital-based clinicians' use of technology for patient care-related communication: a national survey. *Journal of Hospital Medicine*, 12(7), 530-535. <https://doi.org/10.12788/jhm.2767>.

Mobasheri, M. H., King, D., Johnston, M., Gautama, S., Purkayastha, S., & Darzi, A. (2015). The ownership and clinical use of smartphones by doctors and nurses in the UK: a multicentre survey study. *BMJ Innovations*, 1(4), 174-181. <https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2015-000062>.

Centro de Respuesta a incidentes de Seguridad de la Información del Centro Criptológico Nacional (CCN-CERT). (2016). Informe IA-21/16: Riesgos de uso de WhatsApp. Recuperado de <https://www.ccn-cert.cni.es/informes/informes-ccn-cert-publicos/1746-ccn-cert-ia-21-16-riesgos-de-uso-de-whatsapp/file.html>.

Agencia Española de Protección de Datos. (2017). Decálogo de Protección de Datos para el personal sanitario y administrativo. Recuperado de <http://www.agpd.es/porta-lwebAGPD/canaldocumentacion/publicaciones/common/Guias/2017/DecalogoPersonalSanitario.pdf>.

National Health Service Digital. (2017). Use of Social Media User Guide. Recuperado de [https://digital.nhs.uk/binaries/content/assets/legacy/pdf/o/0/use\\_of\\_social\\_me](https://digital.nhs.uk/binaries/content/assets/legacy/pdf/o/0/use_of_social_me)



dia\_-\_user\_guide\_230517.pdf.

WhatsICS - Missatgeria instantània. (2018). Recuperado de <https://wsm.ics.gencat.cat/whatsics/webchat/acces.php>

Mensajería Junta. (2018). Recuperado de <https://correo.juntadeandalucia.es/mensajeria>