

# RECS - Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2018 • Volumen 9 • Número 2 • Julio – Diciembre • páginas 107 – 252

## *Editorial*

La investigación en comunicación sobre los retos de salud pública

## *Originales*

A year of cancer coverage in the Spanish written press

Impacto de la publicidad en los hábitos alimenticios en los niños

Evaluación de políticas públicas en salud: Caso promoción y comunicación de la salud en México

Apelaciones al miedo en advertencias sanitarias para la prevención del tabaquismo: ¿una imagen vale más que mil palabras?

Evaluación de aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación: elaboración y aplicación de un check-list

Diario Médico: origen, evolución y situación actual en soporte papel y online

## *Revisiones*

Newspaper portrayal of mental illness in England, Canada, Portugal, Spain and Japan

La medicina en los tiempos de Oliver Twist: análisis de la obra de Dickens

Comunicación y salud: La gestión de la crisis del ébola a través de las redes sociales

Lista de comprobación para mejorar la información sobre fármacos en la prensa: la importancia de informar sobre las fases y la incertidumbre de la investigación

Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica

Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica.

## *Perspectivas*

Conspiración de silencio: ¿ayuda o agonía?

La imagen como terapia

Publicidad de medicamentos y recepción audiovisual en Argentina. Un análisis de los reclamos realizados por las audiencias televisivas.

## *Revisores de RECS*

uc3m



RECS es co-editada por la  
Asociación Española de  
Comunicación Sanitaria, y el  
Departamento de Periodismo y  
Comunicación Audiovisual de la  
Universidad Carlos III de Madrid,  
España

E ISSN 1989-9882

## La investigación en comunicación sobre los retos de salud pública

### Research in communication of public health challenges

**E**n innumerables ocasiones se ha demostrado cómo la comunicación juega un papel muy importante en salud pública. Si hacemos una breve búsqueda en Google Scholar o en Pubmed, obtenemos multitud de resultados con estudios del área de comunicación en salud, arrojando una amplia evidencia científica sobre la efectividad que tienen las estrategias de comunicación en cualquier ámbito de la salud. Sin embargo, un barómetro reciente del CIS reveló que los españoles están altamente desinformados sobre pseudoterapias y muestran confusión para identificar lo que es ajeno a la ciencia (CIS, 2018). Estas conclusiones indican que algo no se está haciendo bien, y marcan un gran reto para gestores de salud, profesionales de la salud, así como expertos e investigadores de la comunicación en salud. A raíz de esto, me surgen algunas cuestiones que paso a plantear.

¿Estamos haciendo investigación de calidad? Entendiendo la calidad como la excelencia de algo, y si consultamos los índices internacionales de la calidad de la investigación, podemos concluir que la investigación sobre comunicación en salud es excelente. Numerosas revistas científicas sobre comunicación en salud se indizan en los primeros cuartiles de los rankings internacionales de referencia publicados por Web of Science (JCR) y Scopus (SJR). En base a esto, encontramos títulos de revistas en la categoría de comunicación que están enfocadas a la salud o a la percepción de la ciencia, y que reciben un alto volumen de citas e impacto internacional: *Journal of Health Communication*, *Health Communication*, *Journal of Communication in Healthcare*, *Journal of Science Communication*, *Science Communication*, y *Public Understanding of Science*, entre otras. Sin embargo, si analizamos dónde y qué se investiga nos encontramos con importantes carencias. Un estudio reveló que el 90% de los autores que publicaban en la revista *Health Communication* procedía de Estados Unidos (Kim, Park, Yoo, & Shen, 2010). Este hallazgo ha sido confirmado por dos revisiones sistemáticas recientes que han analizado investigaciones sobre los contenidos sobre medicamentos y vacunas en medios de comunicación desvelando una clara supremacía de estudios en países y medios comunicación de Estados Unidos y otros países anglosajones como Reino Unido y Canadá (Catalan-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2017, 2018). En otros países como España,

la investigación en comunicación en salud representa una área emergente en investigación, que avanza de una manera notable durante la última década, pero es un área aún pequeña si la comparamos con otras como por ejemplo comunicación política. Los programas universitarios de postgrado, las revistas científicas sobre comunicación en salud y los congresos especializados, entre otros, están ayudando al crecimiento científico de la comunicación en salud.

¿Los resultados de investigación se transfieren a la sociedad? Desafortunadamente, ésta es una de las grandes carencias que tiene la ciencia actual. Muchos resultados de investigaciones acaban con la mera publicación científica y perdidos en el mundo académico (Brownell, Price, & Steinman, 2013). El Barómetro del CIS que se ha citado anteriormente muestra una sociedad desinformada sobre temas de salud. Para paliar esta situación, hay iniciativas interesantes que deben ser promovidas de manera rotunda y firme para mejorar la situación actual. Ejemplos de ello son la 'Convocatoria de ayudas para el fomento de la cultura científica, tecnológica y de la innovación' de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, o la reciente publicación del 'Sexenio de Transferencia' que se acaba de poner en marcha en las Universidades.

¿Qué podemos hacer? Una estrategia clave, y que es repetidamente mencionada por investigadores de comunicación en salud, es la necesidad de colaboración entre los gestores de salud, los profesionales sanitarios y medios de comunicación (Perez, Fedoruk, Shapiro, & Rosberger, 2016; Catalan-Matamoros, 2015, 2017). Esto queda en evidencia cuando analizamos si los medios de comunicación siguen las recomendaciones de la administración sanitaria. Un ejemplo de ello lo encontramos en un estudio en el que se ha analizado el seguimiento de las recomendaciones de la OMS para informar sobre suicidios (Garrido-Fabián, Eleazar Serrano-López, & Catalan-Matamoros, 2018). Se observa cómo, aunque se ha mejorado la cobertura periodística, aún quedan recomendaciones que no son seguidas por los medios. Iniciativas para fomentar esta colaboración entre el ámbito de la salud y el de la comunicación son fundamentales para mejorar la calidad de la información que llega a la sociedad. En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social convocó hace una semana la primera reunión del

'Grupo de Comunicación y Publicidad' de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Este grupo ha sido formado por expertos y representantes de la administración pública, del sector civil y de la investigación en comunicación, y tiene como objetivo ofrecer asesoramiento en la elaboración y desarrollo de las estrategias de comunicación que se llevan a cabo desde el Ministerio en relación a las adicciones. Esta iniciativa representa un buen ejemplo del camino por donde se debe dirigir el futuro de la comunicación en salud. Esperemos que estas actividades estimulen la transferencia del conocimiento científico, y que futuros estudios sociológicos muestren a una sociedad más y mejor informada sobre salud.

### Daniel Catalan-Matamoros

Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual,  
Universidad Carlos III de Madrid, España

## Referencias Bibliográfica

Brownell, S. E., Price, J. V., & Steinman, L. (2013). Science Communication to the General Public: Why We Need to Teach Undergraduate and Graduate Students this Skill as Part of Their Formal Scientific Training. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education: JUNE: A Publication of FUN, Faculty for Undergraduate Neuroscience*, 12(1), E6–E10.

Catalan-Matamoros, D. (2015). Periodismo en salud: análisis de los públicos, formatos y efectos (Journalism in Healthcare. Analysis of audiences, formats and effects). *Panacea*, 16(42), 217–224.

Catalan-Matamoros, D. (2017). El gran avance del ámbito científico y académico de la comunicación en salud = The great development of the scientific and academic field of health communicationn salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.20318/recs.2017.3995>

Catalan-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2017). The Use of Traditional Media for Public Communication about Medicines: A Systematic Review of Characteristics and Outcomes. *Health Communication*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405485>

Catalan-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2018). How is communication of vaccines in traditional media: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, in press. <https://doi.org/10.1177/1757913918780142>

[doi.org/10.1177/1757913918780142](https://doi.org/10.1177/1757913918780142)

CIS, C. de I. S. (2018). Barómetro de Febrero 2018. Estudio no. 3205. Retrieved from [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3200\\_3219/3205/es3205mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3200_3219/3205/es3205mar.pdf)

Garrido-Fabián, F., Eleazar Serrano-López, A., & Catalan-Matamoros, D. (2018). El uso por los periodistas de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio. El caso del periódico Abc. *Revista Latina de Comunicación Social*. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2018-1283>

Kim, J.-N., Park, S.-C., Yoo, S.-W., & Shen, H. (2010). Mapping Health Communication Scholarship: Breadth, Depth, and Agenda of Published Research in Health Communication. *Health Communication*, 25(6–7), 487–503. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.507160>

Perez, S., Fedoruk, C., Shapiro, G. K., & Rosberger, Z. (2016). Giving Boys a Shot: The HPV Vaccine's Portrayal in Canadian Newspapers. *Health Communication*, 31(12), 1527–1538. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1089466>

## A year of cancer coverage in the Spanish written press

### Un año de cobertura sobre el cáncer en la prensa escrita española

Alexis Quintana-Sáinz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Directorate of Registration, European Chemicals Agency, Finlandia

#### Abstract

**Objective:** The purpose of the article is to carry out a descriptive analysis of the coverage of cancer in the printed editions of the two main Spanish commercial newspapers: El Mundo and El País. **Methods:** A descriptive method was carried out analysing the newspapers published between February 2017 and January 2018. **Results:** During the analysed period, El Mundo published a total of 26 pages with information related to cancer and El País 18. The news was published to a greater extent in the health and science sections, and the five most mentioned types of cancer were breast cancer, lung cancer, colon cancer, prostate cancer and skin cancer. **Conclusions:** The coverage of cancer in El Mundo was significantly higher compared to El País, not only in the number of pages but also in the number of articles. The celebration of the World Cancer Day, which is celebrated annually on 4 February, seems to result in a greater coverage of news about the disease on that day.

Keywords: Cancer; cancer coverage; cancer types; newspapers; written press.

#### Resumen

**Objetivo:** El artículo tiene como propósito llevar a cabo un análisis descriptivo de la cobertura dedicada al cáncer en las ediciones de papel de los dos principales diarios generalistas españoles de pago: El Mundo y El País. **Métodos:** Se ha realizado un método descriptivo analizando los periódicos publicados entre febrero de 2017 y enero de 2018. **Resultados:** Durante el periodo analizado El Mundo publicó un total de 26 páginas con información relacionada con el cáncer y El País 18. Las noticias aparecieron publicadas en mayor medida en las secciones de salud y ciencia, y los cinco tipos de cáncer más nombrados fueron el de mama, pulmón, colon, próstata y piel. **Conclusiones:** La cobertura sobre el cáncer en El Mundo fue sensiblemente superior en comparación con la de El País, no sólo en número de páginas sino también en número de artículos. La celebración del Día Mundial Contra el Cáncer que se celebra anualmente el 4 de febrero parece tener como resultado una mayor cobertura de noticias sobre esta enfermedad durante dicha fecha.

Palabras clave: Cáncer; cobertura cáncer; tipos de cáncer; periódicos; prensa escrita.

**CONTACTO:** Alexis Quintana-Sáinz  alexisqs@yahoo.com

## Introduction

According to the World Health Organization (WHO), cancer is the second cause of death in the world (WHO, 2018a). In 2015, almost one death in six was due to this disease, totalling 8.8 million. According to the figures published by the WHO, in 2014 28% of the total number of deaths in Spain were caused by cancer: 69,000 men and 42,600 women (WHO, 2014).

The fact that there is a high life expectancy in Spain means that the incidence of cancer is also high since aging is a fundamental factor in its appearance. This is both because risk factors accumulate in certain types of cancer with age and because cellular repair mechanisms lose effectiveness with age (WHO, 2018a).

A large part of the incidences of cancer are due to genetic factors or to the existence of chronic infectious diseases such as Hepatitis A and B or the human papillomavirus (Stewart & Kleihues, 2003). Simply administering vaccines against the human papillomavirus and against Hepatitis B could prevent 1 million cases of cancer each year (Plummer et al., 2016), since these diseases are the cause of the incidence of 25% of cases of cancer in low and middle income countries.

Approximately 30% of cancer deaths are due to five behavioural and dietary risk factors (high body mass index, insufficient consumption of fruit and vegetables, lack of physical activity and consumption of tobacco and alcohol) and, can therefore be prevented (WHO, 2014b). Moreover, 50% of cancer incidences could be reduced by modifying behaviour (Torres-Nieto, 2016). Tobacco alone is responsible for 22% of the deaths caused by cancer.

The early detection of cancer increases the likelihood of survival for those affected. If cancer is diagnosed early, the treatment is more likely to be effective. The probability of survival increases, mortality is reduced and treatment is cheaper. Early diagnosis and treatment bring notable improvements in the lives of patients (WHO, 2018a). Hence, awareness-raising for society should be one of the main tools for its prevention.

The growing interest of Spaniards in health issues (Blanco Castilla & Paniagua, 2007), has meant that the related information has increased considerably in the general information media (González Borjas, 2004). As a result, health issues now have a dedicated section in many media.

In health journalism, the journalist should primarily identify issues and problems related to health by taking into account the social context and the quality of life of specific public. Furthermore, the journalist should disseminate this information in a critical, ethical and respon-

sible manner, from an integral perspective, and help to produce it (Blanco Castilla & Paniagua, 2007). The model for cancer control includes social mobilisation as a fundamental tool to achieve control of the disease (Torres-Nieto, 2016). It is thanks to dates such as 4 February, World Cancer Day, when health journalists have the ideal opportunity to raise awareness and mobilise society to advance in the prevention and control of this disease.

The press is the first source of health information for a good part of society (Catalan-Matamoros, 2015) so the media play a key role in promoting health and preventing diseases (Balcázar, Montero & Newbrough, 2003). Media plays as well a significant role when members of the public make important decisions about their health care (Levitan, 2011) and it is likely to contribute towards influencing public perceptions on preventive health measures (Hilton et al., 2010).

The press is therefore an important source of information about health (Vasterman, Yzermans & Dirkzwager, 2005) and journalists are considered to be valuable channels to promote preventive measures (Leask, 2002).

In the case of cancer prevention, previous studies show that newspapers pay relatively little attention to it, not generating enough public knowledge about this topic (Stryker, Moriarty & Jakob, 2008). By analysing the themes of the published information we will be able to see if this trend applies to the Spanish press as well.

With this study we have tried to answer the following questions in relation to the coverage dedicated to cancer in the two commercial daily Spanish newspapers with the largest number of readers, *El Mundo* and *El País*:

- What is the coverage of cancer in Spain?
- What types of cancer are mentioned in the articles? Are they in line with the cancer types that cause the largest number of deaths?
- What are the predominant themes in the published information?
- Does World Cancer Day have an effect on the number of published articles close to that date?

## Methods

To answer the questions raised, the study was based on the analysis of news content as a way to analyse the data. Content analysis is a research method that uses a series of procedures to categorise and identify certain characteristics within a text (Meyer et al., 2016).

The news items covering cancer information were collected in the Spanish press between 1 February 2017 and 31 January 2018.

Mynews was used to search for information in the two

commercial newspapers with the highest circulation rates in Spain according to the Estudio General de Medios (General Study of Media) in Spain (AIMC - Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación, 2017). Mynews is a professional media agency that monitors all national newspapers and provides copies of all articles. During the study period El País had 1.217 million daily readers, and El Mundo had 0.761 million daily readers.

A search was made for the following terms in the database: “cancer”, “cáncer”, “oncolog” or “oncólogo”. After the analysis of the content of the articles, one was removed from the study as the term “cancer” was not used from a health or medical point of view but metaphorically: “UKIP: Fields to enclose Islamic cancer “. Six advertisements about cancer treatment appeared as well in the search of Mynews. They were eliminated from the study because they were not articles.

Additionally, five articles published by El Mundo and four published by El País, which did not appear in Mynews search result were included in the study. These nine articles did not appear in the search results because none of the key words were included in their titles however, as they were published on the same pages as some of the analysed articles, their inclusion was considered relevant.

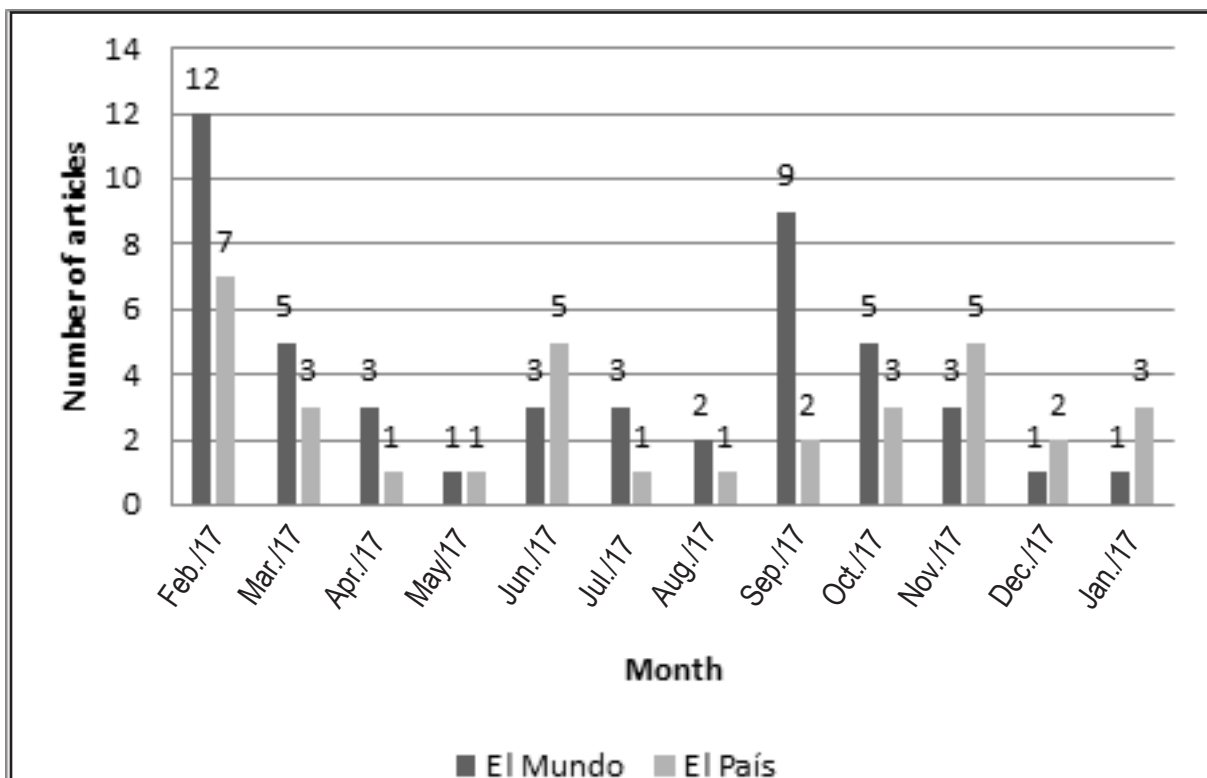
A quantitative analysis of the content of the information was carried out by analysing the following parameters: publication dates, surface of the published page, section of the newspaper in which the article appeared, journalistic genres, type of cancer and thematic.

## Results

In total, 82 articles were analysed; 48 were published by El Mundo and the remaining 34 by El País. The analysis of the number of pages occupied by the articles devoted to cancer resulted in 26 pages for El Mundo and 18 for El País. In both cases, the average published space of each news item was approximately half a page. The average length of each article is in the order of 580 words in both newspapers.

The difference between the two newspapers is in the sections in which the studied articles were published. While in El Mundo 95% of articles covering cancer information appear in five sections (health (67%), opinion (8%), society (8%), science (6%), science/health ( 6%)), in El País nine sections are required to reach 95%, with the five main sections being Science (35%), National (26%), Sports (9%), International (6%) and Society (6%), For the record, in the period in which the study was conducted, El País did not have a dedicated health section.

As can be seen in Figure 1, articles on cancer have an uneven distribution throughout the year. It is to be noted that both El Mundo and El País published a large number of their articles in February, coinciding with the World Cancer Day. El Mundo published 25% of the total number of articles on cancer in February and El País 20%. Of the 12 articles published in February, El Mundo published 11 on the World Cancer Day. In the case of El País, only one of the seven articles published in February was published on that date.



**Figure 1.** Monthly publication of articles related to cancer.

The journalistic genres of the articles published in El Mundo were news articles (26), news reports (8), news in brief (7), interviews (4) and opinion (3). In El País the prevalence of the news articles turned out to be considerably higher (24) when compared with the other two journalistic genres in which articles with information on cancer appeared: news reports (9) and opinion (1).

The types of cancer named in the articles of each

newspaper can be seen in Table 1. In El Mundo, 43.8% of the cases do not mention any specific type of cancer. In El País, the number decreases to 26.5%. There are not many differences in the most mentioned types of cancer by each newspaper. While in El Mundo the most frequently mentioned cancer types are breast (18.8%), lung (16.7%) and colon (10%), in El País the most frequently mentioned are breast (20.6%), lung (20.6%) and leukemia (20.6%).

**Table 1.** Types of cancer named in the articles.

Type of cancer	Total		El Mundo		El País	
	n	Percentage	n	Percentage	n	Percentage
General	30	21.6	21	43.8	9	26.5
Breast	16	11.5	9	18.8	7	20.6
Lung	15	10.8	8	16.7	7	20.6
Colon	8	5.8	5	10.4	3	8.8
Prostate	8	5.8	2	4.2	6	17.6
Leukaemia	8	5.8	1	2.1	7	20.6
Skin	7	5.0	2	4.2	5	14.7
Pancreas	6	4.3	3	6.3	3	8.8
Ovary	5	3.6	3	6.3	2	5.9
Brain	5	3.6	1	2.1	4	11.8
Liver	4	2.9	2	4.2	2	5.9
Stomach	3	2.2	2	4.2	1	2.9
Uterus	3	2.2	2	4.2	1	2.9
Testicles	3	2.2	1	2.1	2	5.9
Esophagus	2	1.4	1	2.1	1	2.9
Tongue	2	1.4	1	2.1	1	2.9
Kidney	2	1.4	1	2.1	1	2.9
Bladder	2	1.4			2	5.9
Cervix	2	1.4			2	5.9
Optic nerve	1	0.7	1	2.1		
Ear	1	0.7	1	2.1		
Gallbladder	1	0.7			1	2.9
Renal	1	0.7			1	2.9
Penis	1	0.7			1	2.9
Lymphoma	1	0.7			1	2.9
Bones	1	0.7			1	2.9
Mouth	1	0.7			1	2.9

The predominant themes of the articles are shown in Table 2. In a number of articles there were several predominant themes so the total computation is 93, although the number of total articles analysed was 82.

The main themes were divided into several categories. "Research" deals with cancer research, either for healing or for the detection or diagnosis of cancer cases. The "Fight against cancer" category includes articles dealing with people with cancer, the incidence of cancer or how this incidence affects society. Articles were also found in which cancer treatment is the main topic. Another common topic was cancer prevention as

well as diagnosis/detection of the disease. The awareness of society was also addressed in a number of articles, as well as the possible causes of certain types of cancer.

El País addressed the issue of malpractice on several occasions. In a small number of articles culture, psychology and fashion were the main topic. Research (26.9%), fight against cancer (20.4%) and treatment against cancer (19.4%) are the most covered topics by the two newspapers and combined cover two thirds of the total number of articles. None of the remaining issues reached 10% of the total number.

**Table 2.** Main topics covered in the articles.

Main topic	Total		El Mundo		El País	
	n	Percentage	n	Percentage	n	Percentage
Research	25	26.9	15	30.0	10	23.3
Fight against cancer	19	20.4	9	18.0	10	23.3
Treatment	18	19.4	12	24.0	6	14.0
Prevention	8	8.6	4	8.0	4	9.3
Diagnosis/detection	6	6.5	4	8.0	2	4.7
Awareness	6	6.5	1	2.0	5	11.6
Causes	4	4.3	3	6.0	1	2.3
Malpractices	3	3.2			3	7.0
Culture	2	2.2	1	2.0	1	2.3
Psychology	1	1.1	1	2.0		
Fashion	1	1.1			1	2.3



## Discussion and conclusions

The greatest limitation of this study is the non-inclusion of the word “tumor” (“tumour” in English) in the search criteria as this would have increased the identified number of articles on cancer.

According to the WHO (WHO, 2014), 25% of the deaths in Spain in 2014 were a consequence of cancer. However, in the two newspapers with the largest circulation in Spain, news articles about cancer appear, as an average, only once every 7 days in *El Mundo* and once every 11 days in *El País*. Diseases derived from problems with the cardiovascular system are the main cause of death in Spain, so it would be advisable to carry out a similar study to the one described in this article to compare whether the coverage of cancer is at the same level. There are, however, some studies (Muñoz Álvarez, 2011) that show that coverage of cancer is not as represented as other diseases that cause fewer deaths, such as multiple sclerosis or obesity.

Previous studies support that cancer is not among the main topics related to health and medicine (Revuelta, 2006), in health content in the Spanish press (Márquez Hernández, 2010) and not even in health and social content of local press (Hernández García, 2011). Therefore, it could be stated that cancer coverage is not as widespread as it should be due to the number of deaths that it causes every year (if compared with other causes of death, such as traffic accidents). An increased awareness in society and a change of habits could prevent many cases of cancer, as indicated earlier in this article. To achieve these two objectives it would be advisable to have greater coverage of cancer by the media.

During the analysed period, *El Mundo* had a greater coverage of cancer compared to *El País*, not only in terms of the number of articles but also in regards to the number of pages. It is also relevant to mention that *El País* did not have a specific section dedicated to health as *El Mundo* does. For readers interested in news about cancer, it will be more difficult to find information about these topic in *El País*, since only 35% of the articles are in the science section of the newspaper, and the rest are spread across ten sections. In the case of *El Mundo*, 67% of articles dealing with cancer are published in the health section.

The incidence of different types of cancer in Spain in 2014 was as follows: colon ( $n = 32,232$ ), prostate ( $n = 27,853$ ), lung ( $n = 26,715$ ), breast ( $n = 25,215$ ), bladder ( $11,584$ ) (WHO, 2014). The first four are also the four most mentioned types of cancer in the articles analysed in this study. Bladder cancer is only mentioned twice so it is clearly under-represented when compared to other

types of cancer. Breast cancer is over-represented in the articles analysed because, despite being the fourth cancer in number of incidences, it is the most named in the articles analysed.

It is also relevant to indicate that the five most frequent types of cancer that appeared in the headlines of the Spanish press (Revuelta, De Semir, Armengou & Selgas, 2012), breast, lung, prostate, colon and skin, appear among the six most mentioned ones in the articles analysed.

21.6% of the articles published by *El País* and 43% of those published by *El Mundo* do not mention any specific type of cancer. This indicates that the coverage of cancer in *El Mundo* is more general than in *El País*, while *El País* tends to target cancer types more often.

Concerning the main topics covered, research, fight against cancer and treatment are the most recurrent. In the case of articles covering research and treatment, the articles analysed have a more positive spin.

From a prevention policy point of view, it would be advisable to have a larger presence of news on diagnosis and prevention, awareness and causes of cancer to enable readers to make changes in their habits and thus reduce the chances of contracting the disease. The little attention to cancer prevention is still in line with previous studies (Stryker, Moriarty & Jakob, 2008).

One of the objectives of this study was to analyse whether the celebration of World Cancer Day has an influence on the publication of articles on cancer. As we have seen in the results, this seems to be true. Although the celebration of this date helps to raise society's awareness of cancer, it would also be advisable for the information to be spread out more over time and that more information is published on cancer, since 50% of cancer cases could be reduced by modifying behaviours. One of the objectives of journalists is to provide citizens with the information they need to make decisions about their lives (American Press Institute, n.d.). This is even more relevant in case of health journalists as they can even help save lives by making readers modify their habits.

## References

- AIMC - Asociación para la investigación de medios de comunicación. (2017). *Estudio General de los Medios en España 2017*. Madrid, Spain: AIMC. Retrieved from: <http://www.aimc.es/-Datos-EGM-Resumen-General-.html>
- American Press Institute. (n.d.) *What is the purpose of journalism?* Accessed July 2018. Retrieved from: <https://www.americanpressinstitute.org/journalism-essentials/what-is-journalism/purpose-journalism/>

- Balcázar, F., Montero, M., & Newbrough, J.R. (2003). Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en las Américas. *Revista Interamericana de Psicología*, 37, 181-188.
- Blanco Castilla, E., & Paniagua, F. (2007). Periodismo, Salud y Calidad de Vida. Contenidos y Fuentes. *FISEC-Estrategias*, 2(8), 3-24.
- Catalán-Matamoros, D. (2015). Periodismo en salud: análisis de los públicos, formatos y efectos. *Panacea*, 16(42), 217-224.
- González Borjas, A. (2004). Salud, información periodística en alza. *Ámbitos*, 11-12, 301-310.
- Hernández García, L. (2011). Análisis de los contenidos sociosanitarios en prensa local. *Rev Esp Com Sal.*, 2(1), 24-31.
- Hilton, S., Hunt, K., Langan, M., Bedford, H., & Petticrew, M. (2010). Newsprint media representations of the introduction of the HPV vaccination programme for cervical cancer prevention in the UK (2005-2008). *Soc Sci Med*, 70(6):942-50.
- Kerr, D. (2000). World summit against cancer for the new millennium: The Charter of Paris. *Annals of Oncology*, 11, 253-254.
- Leask, J., & Chapman S. (2002). 'The cold hard facts' immunisation and vaccine preventable diseases in Australia's newsprint media 1993-1998. *Soc Sci Med*, 54(3):445-57.
- Levitan, M. (2011). Medical journalism in Canada: what audiences learn from public health coverage. *Int J Humanit*, 9(6):87-96.
- Márquez Hernández, V. (2010). Los contenidos sanitarios en la prensa nacional. *Rev Esp Com Sal.*, 1(2), 164-171.
- Meyer, S. B., Lu, S. K., Hoffman-Goetz, L., Smale, B., MacDougall, H., & Pearce, A. R. (2016). A Content Analysis of Newspaper Coverage of the Seasonal Flu Vaccine in Ontario, Canada, October 2001 to March 2011. *Journal of Health Communication*, 21(10), 1088-1097. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1222038>
- Muñoz Álvarez, E. (2011). Análisis de los contenidos sanitarios en prensa nacional: ABC y La Razón. *Rev Esp Com Sal.*, 2(1), 3-12.
- Plummer, M., de Martel, C., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., & Franceschi, S. (2016). Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health.*, 4(9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.
- Revuelta, G., De Semir, V., Armengou, C., & Selgas, G. (2012). *Informe Quiral 2011: Cáncer*. Fundació Vila Casas y Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, 2012. Accessed May 2018. Retrieved from: <http://www.fundaciovilacasas.com/download-publicacio.php?id=600>
- Revuelta, V. Salud y medios de comunicación en España. (2006). *Gac Sanit.*, 20 (Supl 1):203-8.
- Stewart, B. W. & Kleihues, P. (2003). *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press.
- Stryker, J.E., Moriarty, C.M., & Jensen, J.D. (2008). Effects of Newspaper Coverage on Public Knowledge About Modifiable Cancer Risks. *Health Communication*, 23(4), 380-390. doi: 10.1080/10410230802229894
- Torres-Nieto, H. (2016). Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria. *Rev. Cienc. Cuidad.*, 13(1), 121-137.
- Vasterman, P., Yzermans, C.J., & Dirkzwager, A.J.E. (2005). The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*, 27(1):107-14.
- WHO (2014). *Cáncer*. Perfiles oncológicos de los países. Accessed May 2018. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/es/>
- WHO (2018a). *Cáncer*. Accessed May 2018. Retrieved from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- WHO (2018b). *OMS Datos y cifras sobre el cáncer*. Accessed May 2018. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es>

## Impacto de la publicidad en los hábitos alimenticios en los niños

### Impact of advertising on children's eating habits

María Eugenia Reyes Pedraza<sup>a</sup>, Janet García González<sup>b</sup>, María Delia Téllez Castilla<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Contaduría Pública y Administración, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

<sup>b</sup> Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

<sup>c</sup> Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, México

#### Resumen

El objetivo de la investigación es determinar el impacto de la publicidad en los hábitos alimenticios en niños. **Metodología** descriptiva – cuantitativa y la encuesta como técnica de investigación; los sujetos de estudio fueron niños y niñas de 9 a 12 años de edad. Se tomó como universo escuela pública de Monterrey, Nuevo León, México. El tamaño de la muestra consta de 176 alumnos, del ciclo escolar 2014 – 2015. **Resultados:** se percibe que la publicidad impacta en los hábitos alimenticios de los niños, al mostrar signos de ser persuadidos por las diversas marcas y comerciales de productos no saludables. Se demostró influencia por la publicidad de comida chatarra, toman decisiones erróneas en cuanto a los alimentos con alto valor nutricional. En la categoría de los medios masivos de comunicación, encontramos que el 94% de los niños respondieron que les gusta ver televisión; mientras que la frecuencia para verla es de 1 a 2 horas al día, de acuerdo al 76%. **Conclusión:** los medios cambian actitudes en el público, de manera que esto se aprecia en los prejuicios, los estereotipos, u otro tipo de problemas sociales como la obesidad.

Palabras clave: Impacto; publicidad; hábitos alimenticios; salud pública.

#### Abstract

The objective of the research is to determine the impact of advertising on children's eating habits. Descriptive - quantitative **methodology** and the survey as a research technique. The study subjects were boys and girls from 9 to 12 years of age. It was taken as public school universe of Monterrey, Nuevo León, Mexico. The sample size consists of 176 students, from the 2014 - 2015 school year. **Results:** it is perceived that advertising impacts on the eating habits of children, by showing signs of being persuaded by the various brands and commercials of unhealthy products. It was shown to influence the advertising of junk food, make wrong decisions regarding foods with high nutritional value. In the category of the mass media, we found that 94% of the children answered that they like to watch television; while the frequency to see it is 1 to 2 hours a day, according to 76%. **Conclusion:** the media change attitudes in the public, so that this is seen in prejudices, stereotypes, or other social problems such as obesity.

Key words: Impact; advertising; eating habits; public health.

**CONTACTO:** Janet García González  [janet.garciag@uanl.mx](mailto:janet.garciag@uanl.mx)

Fecha de envío: 13/11/2017  
Fecha de aceptación: 15/07/2018

## Introducción

La obesidad infantil es una epidemia que no ha podido ser controlada, pues los índices no se reducen, al contrario, van en aumento. La problemática de la obesidad ha roto barreras de edades, estacionándose en México como uno de los problemas más graves de salud pública, ubicándonos como el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos (UNICEF, 2012).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños es 36.9%. Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5.664, 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. El mayor aumento en nuestro país es en la zona Norte, aumentando considerablemente desde el 2006, después le sigue la zona Centro, la zona Sur, y por último la ciudad de México.

El problema es social y por consiguiente requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales. Al contrario de la mayoría de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento (García, 2015).

La enfermedad se asocia principalmente a hábitos alimentarios inadecuados y a la poca práctica de actividad física. Las causas de que los niños no tengan una conducta saludable son ver televisión y el consumo excesivo de energía como resultado de la ingestión de dietas con alto contenido de grasa y carbohidratos. Además del desplazamiento de la actividad física, hay un mayor consumo de alimentos mientras se ve la TV y de esto se deriva el incremento del consumo de los alimentos anunciados en la TV (Pérez, 2010).

Por su parte Osorio (2014), considera que es necesario generar contenidos publicitarios y de programación pensados para niños y adolescentes, respetando sus códigos, realidades y gustos estéticos, que promuevan conductas saludables. Y por supuesto, contemplar los distintos soportes (TV, ordenador, telefonía, celular). La publicidad es el máximo exponente de un juego de engaños (Menéndez, 2009). Ésta influye sobre las actitudes, el comportamiento y pensamiento que desarrollan los infantes (Parra, 2014). El infante recibe el mensaje publicitario y lo admite sin reflexión (Menéndez, 2009).

Actualmente los medios de comunicación forman parte importante de la sociedad, tienen una capacidad de transmitir cultura e imponer hábitos, costumbres y va-

lores; pueden causar desequilibrios y beneficios físicos, psíquicos y culturales (Osorio, 2014).

## Marco teórico

Los medios de comunicación tienen una capacidad de transmitir cultura e imponer hábitos, costumbres y valores; pueden causar desequilibrios y beneficios físicos, psíquicos y culturales (Osorio, 2014); pueden y deben ayudar a formar en muchos temas, y por supuesto en el ámbito de la salud, a toda la población en general y a diferentes colectivos en particular como pueden ser niños y adolescentes.

La comunicación persuasiva, indica que el cambio de actitud que se produce a través de la ruta central es más duradero, predice mejor la conducta y es más resistente a la persuasión contraria, que el cambio de actitud producido a través de la ruta periférica (González, 2015).

En este sentido la publicidad se define como un tipo particular de comunicación, caracterizada por su intencionalidad comercial. De acuerdo con la Ley general de publicidad, es una forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, con el fin de promover la contratación de bienes, servicios, derechos y obligaciones.

Se caracteriza por ser un tipo de comunicación: unilateral, pues la empresa que emite la publicidad no interacciona de forma inmediata con el cliente, por lo que diseña un mensaje basado en sus propios criterios; impersonal, el receptor suele estar constituido por un número indeterminado de personas, por lo que va dirigido a todas ellas en general; e interesada, el objetivo de la publicidad es siempre producir una modificación en los hábitos del cliente, tentándole a consumir más (Bastos, 2006).

El objetivo básico de la publicidad consiste en transmitir una idea respecto de la marca y el producto o productos publicitarios, a fin de influir sobre la percepción del cliente. Además de: informar, que es dar a conocer el producto y la marca, describirlos, sugerir nuevos usos y servicios; persuadir, atraer la atención del cliente, crear preferencias en él, influir sobre su comportamiento de compra, animarlo a realizar modificaciones, tratar de cambiar su percepción e inducir a una respuesta; recordar, situar al producto, generar necesidades nuevas en el cliente y mantener el producto en la memoria; y atraer, incidir sobre los beneficios, asociar el producto a una imagen o comportamiento (Bastos, 2006).

Según Salcedo (2008) menciona que la habilidad de persuadir a los demás es una aspiración humana tratada desde antiguo. Por lo que las teorías de persuasión van creando un juicio en el receptor para poder "atraparlo".

La persuasión existe desde hace muchos años, no es algo nuevo, pero a lo largo de los años ha ido cambiando, por lo que las investigaciones contemporáneas se basan en los primeros estudios de la psicología social y de los medios masivos de comunicación.

La persuasión tiene que ver con: mover o inducir a alguien a cambiar de creencias o actitudes previamente asumidas, pero no se moviliza de cualquier manera, sino que genera cambios con razones, dando argumentos, que sirven para que dicho cambio perdure y mueva al interlocutor a hacer cosas o dejar de hacerlas, es decir, la persuasión se ha de traducir en comportamientos o acciones tangibles (Salcedo, 2008).

Los medios cambian actitudes en el público, de manera que esto se aprecia en los prejuicios, los estereotipos, u otro tipo de problema social como la delincuencia. (Hovland, 1953) decía que siempre relacionaba el cambio con las creencias del receptor del mensaje y el cambio que en ellas, junto con incentivos, los medios pudieran producir. También afirmaba que los efectos están determinados por ciertas características de los receptores como la susceptibilidad ante la persuasión, la edad, el nivel educativo, las creencias previas, la autoestima, la personalidad, entre otras cosas.

Ante esto (Janis, citado por Schramm, 1982) declara que algunas personas, son más fáciles de persuadir que otras para que realicen ciertos actos o mantengan ciertas creencias. El autor se preguntaba si es verdad que ciertas personas, por efectos de su personalidad, son más persuasibles que otras, y si éste es el caso, de qué naturaleza son estas personas.

Existen tres clases diferentes de características de la personalidad que influyen en la respuesta de una persona hacia la persuasión: (1) su disposición para aceptar una posición favorable o desfavorable en el tópico específico que se está discutiendo; (2) su susceptibilidad ante ciertos tipos de argumentos y recursos persuasivos; y (3) su nivel general de susceptibilidad ante cualquier forma de persuasión o de influencia social. (Schramm, 1982).

Dentro de la comunicación persuasiva hay dos atributos clave: la credibilidad y la simpatía. (Pornpitakpan 2004, citado en Kassin, 2010) afirma que las fuentes con credibilidad alta suelen ser más persuasivas que aquellas con nivel de confianza bajo. Para que una co-

municación inspire confiabilidad, es necesario que cumpla con dos características: 1) competencia o pericia en el tema, que se refiere a la capacidad de quien emite el mensaje y 2) fiabilidad, es decir, las fuentes deben percibirse como capaces de reportar lo que saben con verosimilitud y sin compromiso.

El otro factor, la simpatía, el impacto del comunicador, tener afinidad y ser persuasivo son características que van de la mano. Aunque también tiene que ver el atractivo físico del comunicador. Si bien la afinidad de la fuente puede dar lugar a la persuasión, la falta de afinidad es capaz de disparar el efecto opuesto, es decir, la inhibición (Kassin, 2010).

El mejor conocido como “el rey de la publicidad” (David Ogilvy 1985, citado en Kassin, 2010) decía que las celebridades no son efectivas para recomendar un producto debido a que el público sabe que se les paga por hacerlo. Sin embargo, los comerciales televisivos acostumbran llevar como protagonistas a toda clase de personajes famosos, entre más grande sea la popularidad, más valioso es su respaldo hacia determinado producto o servicio (Kassin, 2010).

## Metodología

El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo, se utilizó a la encuesta como técnica de investigación; los sujetos de estudio fueron niños y niñas de 9 a 12 años de edad. Se tomó como universo una escuela pública de Monterrey, Nuevo León, México. La determinación de la escuela se debió al cumplimiento de nivel socio económico bajo-medio, dado que fue necesario conocer en qué situación se encontraba en base al problema social que se analiza el objeto del estudio.

El tamaño de la muestra. El alumnado total de la escuela registrado para del ciclo escolar 2014 – 2015 fue de 360 alumnos. Para efectos del estudio se escogió a cinco grupos de los cuáles uno era de cuarto año, dos eran de quinto año y los dos restantes de sexto año, ya que son los grados que corresponden al rango de edad propuesto. Con una muestra de los grupos seleccionados entre los últimos tres niveles de educación primaria, se encuestaron 176 alumnos, los alumnos que asistieron ese día. A cada niño se le sacó su Índice de Masa Corporal (IMC) a partir del peso y estatura.

**Tabla 1.** Categorías de análisis y variables.

<b>Categorías de análisis</b>	<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Problema social y prevención de la obesidad infantil	Calidad de vida	Estatus asignado	▶ Edad ▶ Sexo
		Bienestar emocional	▶ Estado emocional
		Bienestar social	▶ Estado social
		Factores materiales	▶ Ingresos materiales ▶ Trabajo laboral ▶ Nivel de educación
			Factores ambientales
		Factores de infraestructura	▶ Nuevas tecnologías
	Factores de relacionamiento	▶ Otras organizaciones ▶ Tiempo libre ▶ Interacción con padres	
Salud pública	Familiar	▶ Rol de la familia	
	IMC	▶ Peso ▶ Altura	
Conducta saludable	Perfil cultural	Hábitos alimenticios	▶ Tiempos de consumo de alimentos ▶ Preferencias de alimentos
Medios masivos de comunicación	Sedentarismo	Tiempo libre	▶ Exposición a los medios masivos de comunicación ▶ Actividad física
Publicidad de alimentos	Influencia de la publicidad de alimentos	Signos y significados	▶ Anuncios de comida recordados ▶ Marcas recordadas
Publicidad de alimentos no saludables	Información nutrimental	Ideología	▶ Percepción de la imagen del alimento ▶ Conocimiento de la información nutricional

## Resultados

Se determinó el problema social para poder prevenir la obesidad infantil, con las variables de **calidad de vida y salud pública**, se sacaron las dimensiones de los niños en cuanto al estatus asignado, el bienestar emocional, el bienestar social, factores materiales, factores ambientales, factores de relacionamiento y el rol de la familia. De la dimensión de bienestar emocional se les preguntó a los niños si el medio de comunicación masiva, la televisión, les ponía de buen humor, y los resultados muestran que al 83% de ellos les produce bienestar.

En cuanto al bienestar social, se determinó el estado social, es decir, si pasan tiempo con amigos, si están con su familia, y lo más importante, si pasan tiempo viendo la televisión con su familia. 52% de ellos mencionaron que a veces, el 39% si ve Tv con la familia y el 9% no.

La familia promedio de las familias del norte son alrededor de 3 hijos en promedio, ante ello la encuesta menciona que el 93% tiene hermanos y el 7% son hijos únicos. De estos padres, el 95% de los padres trabajan.

Dentro de la calidad de vida también se encuentran los factores ambientales, la seguridad de la colonia se determinó con una pregunta, ya que era indispensable saber si el sector en el que viven es seguro como para salir con amigos o para que puedan salir a realizar algún tipo de actividad física, pues es uno de los factores que intervienen para poder tener una mejor calidad de vida. El 57% afirmó no tener seguridad en la calle contra los 43% que si estaban seguros. A pesar de estos resultados el 70% de los niños sale a jugar con sus amigos. Dentro de esta cuestión se determinó el bienestar social, pues los niños salen a jugar a pesar de que el sector en el que viven no es muy seguro, pero mantienen sus relaciones con la comunidad.

En esta misma dimensión se realizó otra pregunta referente a si los niños caminan para dirigirse a un lugar o utilizaban más un medio de transporte, el 84% caminan para dirigirse a un lugar y el 16% se desplazan en otro medio. Esto muestra que al menos si realizan actividad física al caminar, lo que nos lleva al indicador de movilización dentro de los factores ambientales.

Por último, dentro de la dimensión de factores ambientales intervienen las nuevas tecnologías, tema importante hoy en día, por lo que se elaboraron varias preguntas de acuerdo a esto, los resultados acerca de si los niños tienen acceso a las nuevas tecnologías como computadora, laptop, celular, tablet, entre otros aparatos fueron: el 93 % de los niños respondieron que sí tienen acceso a las nuevas tecnologías. La frecuencia de uso es que el 5% de los niños mencionaron que las usan todo el día, el 70% sólo unas horas al día y el 25% casi nunca las usan.

La siguiente dimensión abarca los factores de interacción, es decir, que otras actividades realizan los niños, se les preguntó acerca de las actividades que realizan en su tiempo libre o mientras trabajan sus padres, el 38% realizan tarea, el 34% ven televisión, el 24% hacen deporte, y el 4% duermen. En esta dimensión también se incluye la interacción social, es decir, los factores de relacionamiento que tienen los niños, no sólo dentro de la escuela sino fuera del contexto educativo.

La siguiente variable analizada fue la de **salud pública**, determinando el IMC de cada uno de los alumnos (esto se sacó con la fórmula del peso entre la altura al cuadrado), 47% de los niños tienen bajo peso, el 46% dentro del peso normal y 7% sobrepeso.

En la parte de la **conducta saludable** de cada uno de los niños se analizó el perfil cultural alimenticio, lo que incluye saber que hábitos alimenticios han ido adquiriendo conforme van creciendo. Se les preguntó en primera instancia cuántas comidas son las que consumen al día, obteniendo que 23% consumían dos, el 58% tres, el 16% cuatro y sólo 3% de los niños dijeron que consumían cinco comidas al día.

La **conducta saludable** es algo muy importante, ya que se escogió una escuela como muestra de este estudio, se consideró importante conocer si en la dependencia venden o si los niños tienen posibilidad de adquirir dentro del plantel educativo alimentos saludables, así que se incluyó una pregunta referente a esto. La respuesta a si venden comida saludable en la escuela fue que el 46% de los niños dijeron que sí. Se realizaron otras preguntas para determinar las preferencias de los alimentos, se sabe que es difícil que un niño diga con sinceridad que

consume comida chatarra, por lo que se realizaron varias cuestiones entorno a los hábitos alimenticios que actualmente tienen, se les preguntó acerca de si les gustan las frituras o mejor conocidas como 'comida chatarra' y 84% de los niños dijeron que sí.

En relación a la frecuencia de consumo diario de este tipo de comida el 12% de los niños dijeron que siempre, 43% a veces y 45% casi nunca. Y en cuanto a la frecuencia diaria de comer frutas y verduras, el 34% niños dijeron que siempre, 54% a veces y 12% casi nunca.

En la categoría de **los medios masivos de comunicación** se pretendía saber qué es lo que los niños practican como actividades diarias o si se revelaba un estilo de vida sedentario, primero se determinó que actividades realizan en su tiempo libre, esto también nos sirvió para la categoría de calidad de vida, después se les preguntó si les gusta ver televisión y los resultados fueron los siguientes: 94% de los niños respondieron que sí les gusta ver televisión y el 6% dijo no gustarle. Se les preguntó la frecuencia con la que ven la televisión en horas por día, en donde 76% de los niños dijeron ver televisión de 1 a 2 horas al día, 18% de 3 a 4 horas al día y 6% más de 5 horas al día.

Para determinar si tenían un estilo de vida sedentaria se les preguntó si realizaban algún tipo de actividad física y se confirmó que el 88% si realiza, mientras que el 12% no. Por último en esta categoría, era necesario saber si los niños realizaban otra actividad al estar viendo televisión, específicamente se les preguntó si se alimentaban al ver la televisión, a esta cuestión 25% de los niños respondieron que si, 30% dijo no y 45% a veces.

En cuanto a la **Publicidad de alimentos no saludables** no se autorregula en esta categoría se determinó si la publicidad de alimentos tiene influencia sobre los hábitos alimenticios de los niños, se les dejó dos preguntas abiertas, en una de ellas se les cuestionó acerca de qué marcas de comida recordaban, se recolectaron muchas marcas, las cuales fueron agrupadas en la gráfica 1, se agruparon las más similares, ya que mencionaban varias marcas de un mismo tipo de alimento.

Dentro de esta misma variable, la otra pregunta

abierta fue sobre un anuncio en particular que recordaran, es decir, algún comercial de comida que les llamara la atención o se les viniera a la mente, algunos mencionaron marcas, otros niños sólo pusieron el tipo de comercial que recordaban referente a un tipo de alimento, los resultados se muestran a continuación en la gráfica 2.

En esta misma categoría, la pregunta realizada en la escala de Likert, fue: "Después de ver un anuncio de comida me da hambre", el 50% de los niños dijeron que a veces, 40% casi nunca y 10% que siempre.

En este objetivo también se determinó en primer lugar la información nutricional y la ideología que tienen los niños acerca de esto, si saben que es, si no saben, y qué es lo que les llama la atención de todos aquellos productos de comida que no son saludables. La percepción de la imagen del alimento fue valorada con las preguntas restantes de la escala de Likert, "He comprado un alimento sólo porque sale en la televisión", el 3% de los niños dijeron que siempre, el 48% a veces y 49% casi nunca.

La siguiente cuestión de la escala dice: "Me llama la atención un anuncio porque salen personajes", con esto se pretendía saber qué es lo que les llama más la atención del producto, pero de manera que se identificaran más con la pregunta, los resultados se muestran el 9% dijeron que siempre, 43% a veces y 48% casi nunca.

En relación al conocimiento de la información nutricional, al ver que los niños si tienen contacto con los productos saludables y no saludables, se les colocó una imagen en el instrumento, una etiqueta de la información nutricional y se les preguntó si habían visto este tipo de etiqueta en los productos o comida que consumen, 76% de los niños dijeron que si la han visto y 24% dijeron que no.

Por último, se les agregó una cuestión, para determinar si sabían o tenían alguna idea de lo que proporciona esta etiqueta, porque pueden verla, sin embargo, no saben para qué sirve, los resultados a esta pregunta fue que 68% de los niños dijeron que si sabían para qué sirve, pero el 32% dijeron que no. Aun así corresponde a una buena cantidad de niños que no tienen una idea de lo que proporciona la etiqueta de información nutricional.



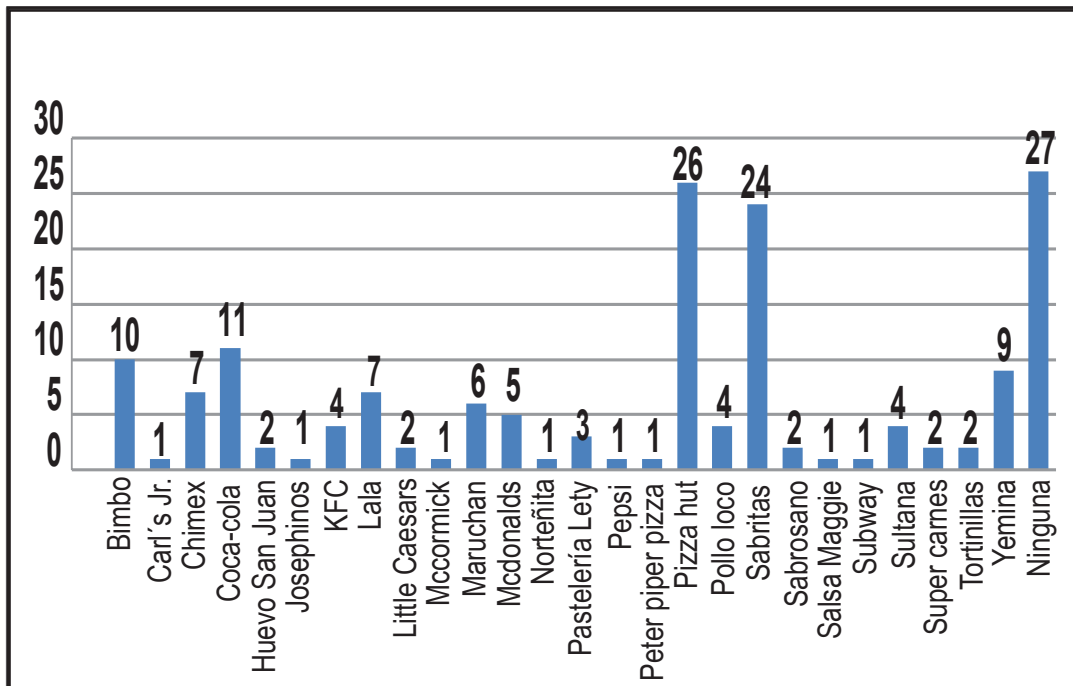


Gráfico . "Marcas reconocidas".

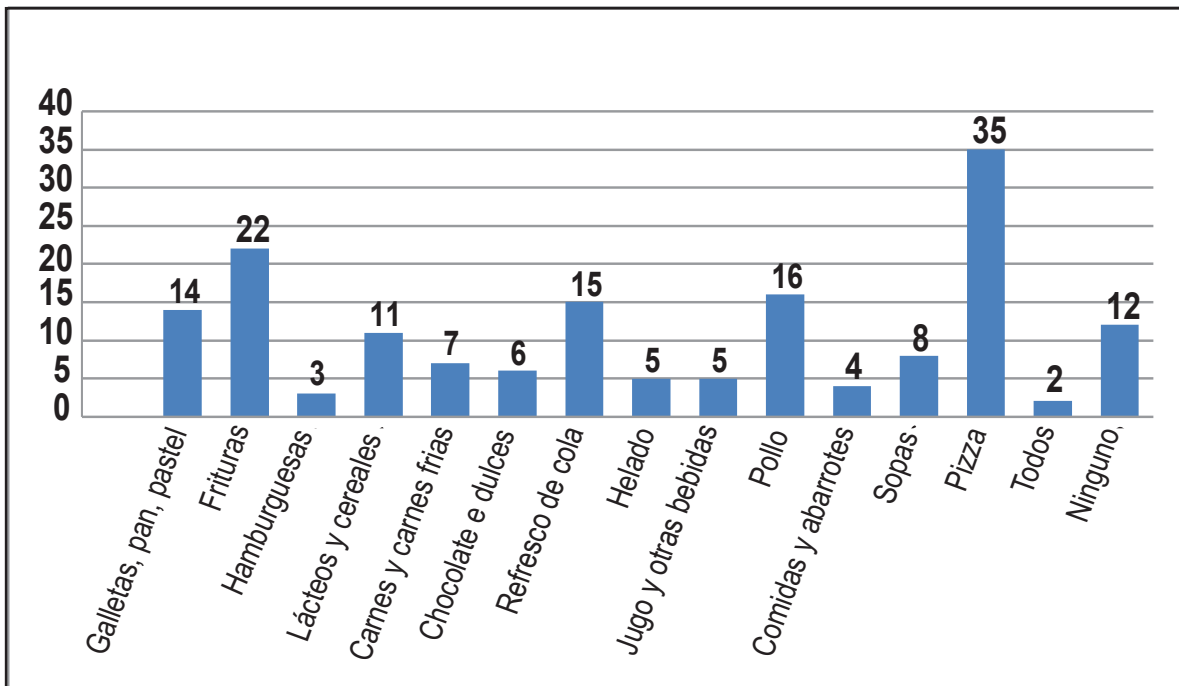


Gráfico 2. "Comercial recordado".

## Conclusiones

Para evaluar el problema social y poder prevenir la obesidad infantil se determinaron ciertas variables que van dirigidas hacia el estatus asignado, al bienestar emocional, al bienestar social, a los factores materiales, factores ambientales, y factores de relacionamiento con la familia, después se determinó el IMC de cada uno de los niños, por lo que este perfil permitió conocer en qué condición se encontraban los infantes en cuanto a su estado de nutrición.

Inesperadamente se encontró que gran porcentaje de los infantes estaban en un estado de desnutrición, casi la mitad de la muestra presentó bajo peso, y no sólo eso, sino que el IMC detectado de cada uno estaba muy por debajo del límite de bajo peso, según la Secretaría de Salud de la ciudad de México, el peso bajo es menor a 18 y los niños presentaron cantidades muy por debajo de esa cifra, por lo que es necesario valorar los signos de desnutrición. La otra mitad de la muestra mantenía un peso normal, sin embargo muchos de ellos apenas rebasaba el límite del IMC de un peso normal.

Al analizar el bienestar emocional de los infantes, la cuestión se enfocó en los medios masivos de comunicación, es decir, la televisión. En los resultados se determinó que la mayoría de los infantes se ponen de buen humor al ponerse en contacto con este medio masivo. Se estableció contacto con los grupos encuestados y mencionaban incluso el motivo por el que ven la televisión, la mayoría dijo que por diversión, para entretenerse, o porque les gusta ver caricaturas. (Salcedo, 2008) menciona que la persuasión crea un juicio que “atrapa” al receptor, de manera que, mientras los niños vean la televisión, de alguna u otra forma serán atrapados por todo lo que se transmite en ese medio.

Las emociones positivas ayudan a inducir los cambios de actitud, investigaciones indican que las personas son más “confiadas y vulnerables” cuando están de buen humor, esto es debido a que la mente vaga y la capacidad para reflexionar críticamente sobre los argumentos persuasivos disminuye. Schwarz, da otra explicación a esto, cuando las personas están de buen humor asumen que todo está bien, bajan la guardia y se vuelven un poco negligentes al procesar la información (citado en Kassin, 2010).

Hoy en día los padres no están muy al pendiente de los niños, esto se puede deber a muchos factores, entre ellos el económico, se determinó que la mayoría de los padres de los niños encuestados trabajan; ambos padres tienen que trabajar para poder tener el ingreso necesario

para mantener la familia, un porcentaje mínimo declaró ser hijo único.

Entre los factores ambientales se encuentra la seguridad, casi la mitad de los niños declaró que no es segura su calle o colonia, sin embargo, esto no afecta con sus relaciones sociales porque más de la mitad dijo que si salen a jugar a la calle con amigos, aun así la inseguridad puede ser algo que afecte a la cantidad de niños que dijo no salir o que no caminan para dirigirse a un lugar, sino que utilizan algún medio de transporte ya sea camión o automóvil, aunque el porcentaje que declaró esto fue mínimo.

En cuanto a las nuevas tecnologías, gran cantidad de los niños las utilizan al menos unas horas al día. Además, al preguntarles sobre qué otras actividades realizan mientras las usan, resultó que la mitad permanece sentado y una sexta parte mencionó que sólo se alimenta durante el uso de éstas, por lo que gran parte de los niños tienen un estilo de vida sedentario.

Con todos estos factores se puede decir que los infantes han ido desarrollando hábitos que pueden afectar su conducta saludable, no a la obesidad, sino a la desnutrición. Por lo tanto la hipótesis: los infantes que se exponen a los medios masivos de comunicación tienden a desarrollar hábitos que causan obesidad, se rechaza debido a que está enfocada en el problema de la obesidad infantil y en este caso los niños resultaron afectados causando otro problema que es la desnutrición.

### ***Influencia de los medios masivos de comunicación en la conducta saludable de los infantes***

En el plantel educativo no se vende comida saludable, por los resultados tan competentes que se obtuvieron en esta cuestión, se decidió ir a observar el tipo de alimentos que se les vende a los alumnos. El resultado fue que sólo se vendía comida chatarra: frituras, dulces, galletas y refrescos. La mayoría de los niños dijo que no se vendía, sin embargo, no fue mucha la diferencia del porcentaje restante que declaró que sí se vende comida saludable. En un gran porcentaje los niños mencionaron que si les gusta la comida chatarra, algunos de estos también respondieron que se alimentan mientras ven televisión. Se detectó que más de la mitad de los niños dijo que todos los días ingería algún tipo de comida chatarra como lo son los dulces, frituras y galletas.

Al estar viendo televisión o haciendo otras actividades que no requieran una actividad física, se descuida la alimentación por el número de comidas que consumen los niños; y no sólo eso, sino que los alimentos consumidos

en las comidas no son los adecuados. Hovland menciona que los medios pueden cambiar actitudes en el receptor, lo que quiere decir que, al estar en contacto con los medios masivos de comunicación, en donde intervienen fuentes persuasivas, los niños pueden ser influenciados por medio de la ruta periférica, esto es, cuando el público no siempre se muestra pensante y se dejan guiar por indicios superficiales o periféricos. Debido a esto, la hipótesis: los medios masivos de comunicación influyen en la conducta saludable de los infantes, se acepta, puesto que están en contacto con éstos y las preferencias de alimentos que tienen coincide con los que recuerdan haber visto en los medios masivos de comunicación.

### ***Influencia de la publicidad de alimentos en los niños***

La mayoría de los niños declararon que les gusta ver televisión, aunque no es la única actividad que realizan en su tiempo libre, de acuerdo con otras variables analizadas se determinó que todos los niños ven televisión, tal vez no por gusto, pero todos están expuestos a este medio masivo de comunicación. Una minoría está expuesta a la televisión más de cinco horas al día, el resto dijo que mínimo una hora. El tiempo promedio de horas continuas viendo televisión es de 1-2 horas diarias.

En consecuencia de lo antes mencionado se llega a concluir que, debido al tiempo expuesto ante el televisor, el infante está visualizando inconscientemente toda la publicidad que se transmite durante la exposición a este medio, por lo tanto, el niño tiende más a consumir más lo que ve en televisión. (Pérez-Salgado, 2010) menciona que la publicidad provoca mayor consumo de alimentos calóricos en actividades sedentarias. Ya que se consume con mayor frecuencia este tipo de alimentos.

A esto le sumamos la actividad física que realizan, la cual no es suficiente, puesto que le toman más importancia a otras actividades como hacer tarea, dormir o ver televisión. Como ya se mencionó, los niños no sólo ven televisión, sino que realizan otra actividad al mismo tiempo que ésta, que es alimentarse. Además, más de la mitad de los niños que fueron detectados con sobrepeso declararon ver la televisión mientras se alimentan.

Se les preguntó sobre que marcas y comerciales de comida recordaban, y entre gran cantidad de opciones la mayoría respondió Sabritas, Pizza Hut y Coca-cola, siendo estas marcas las que tienen más impacto en los infantes. En base a las respuestas que dieron sobre las marcas de alimentos más recordadas, en su mayoría no son de alimentos saludables, esto puede ser el gran cau-

sante de que no tengan una buena alimentación y por ende, exista un alto índice de desnutrición.

La publicidad tiene un claro objetivo, el de transmitir una idea positiva hacia una marca o un producto. Esto con el fin de influir sobre la percepción del cliente; además de dar a conocer el producto y la marca, lograr atraer la atención del cliente para poder influir en su compra y así poder mantener el producto en su memoria, y convertirlo en una necesidad (Bastos, 2006).

Con relación a la hipótesis: los niños que ven publicidad de alimentos no saludables tienden a cambiar sus hábitos alimenticios, se acepta, debido a que los infantes recuerdan marcas y comerciales de alimentos que no se consideran dentro de una dieta saludable; a través de la persuasión estas marcas permanecen en su memoria y por lo tanto se llega al consumo de las mismas.

### ***Publicidad de alimentos no saludables no se autorregula***

Al tener en claro que la mayoría de los infantes recuerda marcas o anuncios de comida no saludable se tiene en claro que la publicidad no se autorregula. Fue una gran cantidad de niños que mencionaron la pizza, y no sólo eso sino que mencionaron diversas marcas de este alimento. Otra marca también muy mencionada fue Sabritas, además está incluida en los comerciales más recordados, quedando dentro de la categoría de frituras.

Los niños que dijeron que si ven televisión mientras se alimentan fueron parte de los que mencionaron las marcas más recordadas: de pizza, de frituras, de refresco de cola y de pan dulce; lo que nos dice que la publicidad de estos alimentos es repetitiva, además de que estos productos tienen marcas muy reconocidas; esto logra ocasionar un mayor impacto en los infantes. La mitad de los niños afirmó que en ocasiones les da hambre después de ver un anuncio publicitario y sólo una mínima parte señaló que siempre les da hambre, con esto se determina que los elementos usados en los comerciales de alimentos si ejercen influencia entre los infantes.

Casi la mitad de los infantes dijo que a veces lo que les llama la atención de un anuncio son los personajes que salen, también con porcentaje parecido mencionaron que compran un alimento sólo porque sale en la televisión; Biagi (2009) menciona que los medios masivos de comunicación pueden afectar la forma en que pensamos, influyen en la manera en que se alimenta,

plática, trabaja, estudia y se relaja. Por lo que una vez más se demuestra que este medio masivo de comunicación influye en las decisiones de las personas.

Existe un tipo de publicidad, basado en O'Guinn, Allen & Semenik (citados en Thompson, 2006), conocido como publicidad de respuesta retardada, la cual consiste en el reconocimiento y aprobación de alguna marca, a largo tiempo. Esto logra que el infante tenga tiempo de procesar la publicidad previa y después llegue a su consumo, que es el objetivo de la publicidad.

Existía la intriga sobre el conocimiento que tienen los niños a cerca de la información nutricional, se determinó que una gran parte de los niños ha visto el recuadro en los productos y saben para que sirve, sin embargo, casi un cuarto de infantes que no han visto el recuadro y en mayor porcentaje que no saben para qué se utiliza. Por lo tanto, desconocen la manera en que un producto que no contiene alto valor nutricional les puede afectar.

Se considera que la hipótesis: a mayor publicidad preventiva menor índice de niños con obesidad, es rechazada, ya que está enfocada al problema de la obesidad infantil. Sin embargo, hubo niños que salieron con sobrepeso, esto quiere decir que están a tiempo de cambiar sus hábitos, lo que se puede llevar a cabo con la publicidad preventiva, si los infantes son capaces de memorizar marcas, y si se promoviera este tipo de publicidad con un mensaje que abarque aspectos llamativos y credibilidad para los niños, podrían recordar un mensaje y así crear un cambio.

Las fuentes con credibilidad alta, suelen ser más persuasivas que aquellas con nivel de confianza bajo Kassin (2010) menciona que para que una comunicación inspire confiabilidad, es necesario que cumpla con dos características: 1) competencia o pericia en el tema, que se refiere a la capacidad de quien emite el mensaje y 2) fiabilidad, es decir, las fuentes deben percibirse como capaces de reportar lo que saben con verosimilitud y sin compromiso.

Los infantes tienen un alto conocimiento en publicidad de alimentos no saludables, esto puede estar generando mayor obesidad infantil puesto que en nuestro país hay un alto índice; debido a que en esta investigación se dio un alto índice de desnutrición, la mala alimentación del infante puede ser causada por esto mismo, el no tener conocimiento de los alimentos saludables y el ser influenciados por la publicidad. Se considera necesario que haya más publicidad preventiva a cerca de la buena alimentación, es ese tipo de publicidad que los niños deben recordar y no publicidad de comida chatarra.

El problema sobresaliente fue el de la desnutrición y

hay muchos factores que perjudican los hábitos alimenticios de los infantes. La hipótesis general de la investigación, la publicidad influye en los hábitos alimenticios de los infantes, es aceptada. Menciona Olivares (2003) que la publicidad puede influir en los niños, la publicidad de alimentos persuade al infante, y este realiza una elección equivocada de sus alimentos, es decir, los niños indican la elección de alimentos vistos en una publicidad de televisión; de acuerdo con los resultados los niños están expuestos a este medio en gran medida y demostraron su conocimiento acerca de la comida chatarra que llegan a consumir debido a la publicidad.

## Referencias Bibliográfica

- Bastos, A. I. B. (2006). *Promoción y publicidad en el punto de venta*. 1ª. Ed. Vigo: Ideaspropias Editorial.
- Biagi, S. (2009). *Impacto de los medios de comunicación*. 8ª. Ed. México: Cengage Learning.
- Burrows, R., (2000). Prevención de la obesidad infantil. *Revista Nutr. Hosp.*
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Dommarco, J. R., Nasu C. L., Shamah L. T., Ávila A. M. A.
- García, J., Picazzo-Palencia, E., Cortes-Hernández, D. E., & Silva-Aguilar, K. (2015). Social perception of childhood overweight and obesity to generate prevention strategies in Nuevo Leon, Mexico. *Horizonte sanitario*, 14(2), 53-63.
- González, J. G. (2015). *Comunicación en salud para la promoción de la salud desde una planeación estratégica*. Mercadotecnia al servicio de la salud Un enfoque multidisciplinario, 80.
- Hovland, C. I., Janis, I. L., y Kelley, H. H. (1953). *Communication and Persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Kain, J., Concha, F., Salazar, G., Leyton, B., Rodríguez, M. D. P., Ceballos, X., & Vio, F. (2009). Prevención de obesidad en preescolares y escolares de escuelas Municipales de una Comuna de Santiago de Chile: proyecto piloto 2006. *Arch Latinoam Nutr*, 59(2), 139-46.

Kassin, S., Fein, S., Markus, M. R. (2010). *Psicología Social*, 7a. Ed. Cengage Learning.

Menéndez García, R. A., & Franco Diez, F. J. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutrición Hospitalaria*, 24(3), 318-325.

Olivares, S., Yáñez, R., & Díaz, N. (2003). Publicidad de alimentos y conductas alimentarias en escolares de 5º a 8º básico. *Revista chilena de nutrición*, 30(1), 36-42..

Osorio, V. R., Sánchez, E. G., Ordóñez, M. A., & Vidal, C. G. (2014). Salud y medios de comunicación: un encuentro ineludible. *Revista Digital de Comunicación*, 3(1), 61-70.

Parra, K. G., & Arámbula, R. E. (2014). Impacto de los anuncios televisivos de alimentos y bebidas en las preferencias de consumo de los alumnos de la Primaria.

Amado Nervo de Tepic, Nayarit Impact of television advertisements for food and beverage in the preferences of students of the elementary school Amado Nervo of Tepic, Nayarit. *Revista EDUCATECONCIENCIA*, 4(4).

Pérez-Salgado, D., Rivera-Márquez, J. A., y Ortiz-Hernández, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud Pública Méx.*, 52(2), 119-126.

Reardon, K. (1991). *La persuasión en la comunicación: teoría y contexto*. Barcelona.

Salcedo, A. F. (2008). *Anatomía de la persuasión*, 2ª. Ed. Editorial ESIC.

Schramm, W. L. (1982). *La ciencia de la comunicación humana*. Barcelona : Grijalbo.

## Evaluación de políticas públicas en salud: Caso promoción de la salud en México

## Evaluation of public policies in health: Case of health promotion in Mexico

Janet García González<sup>a</sup>, Rebeca Thelma Martínez Villareal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

<sup>b</sup>Centro Universitario de Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

### Resumen

Los gobiernos son los responsables de formular la política públicas en salud y que por ende, también el análisis de la construcción, sistematización y desarrollo de las líneas de estas, así como su evaluación. El objetivo es evaluar experiencias de políticas públicas en promoción de la salud, mediante la identificación y análisis de evaluación para la sistematización de indicadores; con ello identificar las líneas, acciones y proyectos estratégicos de los diferentes programas estatales de promoción de la salud en México. Metodología descriptiva documental, se analizó 67 programas de promoción de la salud de los Estados de México. Resultados: Se identificaron los procesos de promoción de la salud, entre éstas, las actividades de desarrollo organizacional (85,1%), seguido por el de actividades de desarrollo personal (41,8%), y finalmente aquellos de actividades de desarrollo político (44,8%). El 92,5% busca consolidar la promoción, el 68,7% está direccionado a la protección de la salud, y el 5,7% a la prevención de las enfermedades. En conclusión, la evidencia de la promoción y comunicación de la salud es un factor importante para diagnosticar las líneas de acción que deben impulsarse o modificarse para influir en los determinantes de la salud pública.

Palabras clave: Políticas públicas; Comunicación y promoción en salud; Evaluación; Modelos.

### Abstract

Governments are responsible for formulating public health policy and therefore, also the analysis of the construction, systematization and development of the lines of these, as well as their evaluation. The objective is to evaluate experiences of public policies in health promotion, through the identification and analysis of evaluation for the systematization of indicators; with this, identify the lines, actions and strategic projects of the state health promotion programs in Mexico. Descriptive documentary methodology, 67 health promotion programs of the States of Mexico were analyzed. Results: Health promotion processes were identified, among them, organizational development activities (85,1%), followed by personal development activities (41,8%), and finally those of political development activities. (44,8%). 92.5% seeks to consolidate the promotion, 68,7% is directed to the protection of health, and 5,7% to the prevention of diseases. In conclusion, the evidence of the promotion and communication of health is an important factor to diagnose the lines of action that must be promoted or modified to influence the determinants of public health.

Keywords: Public policies; Communication and promotion in health; Evaluation; Models.

## Introducción

Una de las características de la práctica de salud es la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva. Los sistemas públicos de salud se han estructurado tradicionalmente, y continúan haciéndolo, en torno al eje de la curación de enfermedades y de la prevención clínica, y se ha concedido una atención marginal a la prevención primaria y a la promoción de la salud. «La prioridad política, y por ende presupuestaria, que se concede a los servicios sanitarios no se corresponde con la evidencia disponible sobre cómo mejorar la salud de las poblaciones» (Urbanos, 2010). El análisis de los gastos gubernamentales en servicios preventivos y curativos en algunos países latinoamericanos.

Al problematizar la Política Sanitaria, y repensar el Estado, es importante analizar en la construcción de la propia política. En realidad son los gobiernos los responsables de formular la política sanitaria y que por ende, también el análisis de la construcción, sistematización y desarrollo de las líneas de políticas públicas, así como su evaluación. Es por ello que, la Política Sanitaria que más fácilmente se reconoce como tal, es la que formula e instrumenta el Estado, o más precisamente, cada gobierno. Sin negar que el factor determinante en última instancia sea el económico, es insuficiente para dirigir el problema de la Política Sanitaria.

Ante ello, «la figura de la planificación estratégica se conceptualiza como un sistema gerencial mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan la información pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente, así como su nivel de competitividad, con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro» (Serna, 2002). «Paradójicamente a lo que destila el concepto de promoción de la salud, este se ha basado en la identificación de problemas y necesidades de las poblaciones, lo que siendo preciso para determinar los recursos y servicios profesionales sanitarios y sociales requeridos define a los individuos y a las comunidades en términos negativos» (Álvarez-Dardet, 2011).

El nivel de la organización al que el proceso de planificación estratégica es pertinente, está en función del tamaño de la unidad, de su complejidad y de la diferenciación del servicio que se presta. El proceso para la planificación estratégica es programable, sistemático, racional y holístico e integra el largo, medio y corto plazo, lo que permite orientar la organización sanitaria hacia transformaciones relevantes y duraderas para el futuro (Perrera, 2012).

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, es donde el Gobierno Mexicano mediante este instrumento manifiesta estrategias y acciones con las que determina los objetivos que en materia de salud se han establecido, estos formulados desde el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. «Las estrategias vinculadas a cada uno de los objetivos proyectan, consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables» (Programa Sectorial de Salud, 2013).

Los proyectos estratégicos de este programa sectorial determinan modificar los modelos con que se opera a partir de las instituciones del sector salud, dado que su proyectiva y aplicación va encaminado a las acciones de tipo curativo y no a las estrategias de prevención; así como, la implementación de políticas en salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y vinculados en todos los órdenes de gobierno. Ante ello, se debe certificar una coordinación pragmática de las estrategias y acciones federales, estatales y locales, que permita que la salud, desde su enfoque de prevención, esté presente en los programas y las políticas de otros sectores. En este sentido, «la promoción de la salud puede ayudar a reducir las desigualdades y velar por la igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a toda la población desarrollar su máximo potencial de salud» (Fernández-Viagas, 2018).

En México, como en varios de los países de América Latina, la parte estratégica de las acciones de prevención en salud es la Secretaría de Salud, como ministerio de salud; dentro de está, se encuentra el área de Promoción de la Salud. Está área es de suma importancia para la aplicación de políticas vinculadas al concepto de salud desde su espectro de bienestar social, dado que en ella se desarrollan programas y planes para lograr cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, y con ello contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad en general. (Giraldo, 2010).

En este mismo tenor, y para especificar las acciones la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, es importante mencionar que está es la unidad encargada de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, así como en materia de salud mental, accidentes y adicciones, entre otros programas prioritarios de salud.

En consecuencia se deben implementar acciones es-

tratégicas para modificar las condiciones de vida social y física en la que vive la gente en el mundo, para ello es importante identificar que el logro de esto se basa en el uso del poder en la sociedad, mediante estrategias desde la política y acciones locales en el marco de la globalidad (Franco-Giraldo, 2012).

Finalmente, es indispensable evaluar experiencias de políticas públicas sanitarias en promoción de la salud, mediante la identificación y análisis de metodologías de evaluación para la sistematización de indicadores; con ello analizar e identificar las líneas, acciones y proyectos estratégicos de los diferentes programas estatales de promoción de la salud en México.

### ***Evaluación de políticas públicas en promoción de la salud***

Una necesidad de evidencia de la promoción de la salud son las evaluaciones frecuentes para disponer de información sobre la efectividad, impacto y casos exitosos de las estrategias de promoción que se han seguido. Existen distintos tipos de evaluaciones y cada diagnóstico conlleva a su aplicación acorde a casos específicos de las necesidades de la promoción.

La evaluación en esta materia incluye criterios y elementos de planificación, así como la relación entre los distintos actores involucrados; diversos autores han validado ya el diagnóstico de la promoción de la salud y han generado modelos y guías de la evaluación de esta y sus elementos. Zanini (2009), apunta que algunos autores, entre ellos, «Moreno E., Morera R., Donabedian A., Morera R, Ligia de Salazar, y diversos organismos y agencias internacionales plantean la necesidad de ejecutar metodologías para la evaluación de los programas de salud, enfatizando en la evaluación de la calidad de atención, en la necesidad de sistematización de las experiencias en salud, en la evaluación de los programas de salud priorizando la evaluación de proceso frente a la evaluación de estructuras y resultados, entre otros elementos o aspectos a posicionar en términos de evaluación y la auditoria como un instrumento para la evaluación».

Por otra parte es importante analizar las estrategias de promoción de la salud desde un la política pública, dado que está ha sido utilizada como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud (Osorio, 2010); algunas de estas se han de-

sarrollado como se muestra en la Tabla 1. Evaluación de políticas públicas de Gómez, y González (2004).

### ***Criterios generales para la construcción de indicadores***

La importancia de desarrollar una compilación de los modelos metodológicos y mecanismos de evaluación para generar las bases que apuntarán hacia la sistematización de la evaluación de los programas de promoción de la salud que sea aplicable y práctica para generar un inventario nacional de experiencias de promoción de la salud a nivel estatal. Algunos de estos modelos metodológico son: Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS); Modelo de «Buenas prácticas» de OPS/OMS, Modelo PRECEDE-PROCEDE y Modelo de «Buenas prácticas» UNESCO.

Un principio de un sistema de información es el empleo de indicadores; estos transforman los datos en información, para su interpretación por los usuarios, particularmente por los responsables de formular políticas. Para su construcción se requiere condiciones para garantizar su utilidad: validez, que se relaciona con la certeza de que el indicador refleje una situación verdadera, dirigido a una situación explícita; pertinencia, consistencia, relevancia, ser oportuno, costo-efectivo, basado en datos disponibles y en métodos que se puedan manejar (OMS, 2010). Esto es, se requieren indicadores y metas que reflejen con precisión la situación local, el acceso a los servicios y los determinantes sociales. Los responsables de la formulación de políticas de salud, deben tener una clara comprensión de los indicadores generados y seleccionados, esta situación facilita el seguimiento de los resultados de estrategias dirigidas a reducir inequidades en salud.

En un primer acercamiento, es importante identificar si las acciones están planeadas con los objetivos de la promoción de la salud, identificando los enfoques, determinantes epidemiológicos y las estrategias que vinculen a la población con su entorno. Estos van orientados desde los elementos que construyen a la promoción de la salud como son: objetivos, metas, procesos y momentos históricos. Por otra parte es importante identificar los indicadores desde el enfoque de promoción de la salud, como se señala en la Tabla 2, nociones individualistas.

Es de suma relevancia que los programas estén estrechamente vinculados a los objetivos y líneas del Plan Nacional de Desarrollo, por esto, la planeación debe incluir los elementos de la planeación estratégica de la promoción de la salud (Tabla 3).



**Tabla 1.** Evaluación de políticas públicas.

Énfasi	Dimensión que ha de evaluarse	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Políticas públicas	Políticas públicas que favorecen la salud colectiva	Integralidad de la política	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fundamento técnico de la política (diagnóstico o investigaciones que respaldan la política)</li> <li>▶ Grado de integralidad del contenido de la política de promoción de la salud (existencia y características de políticas que específicamente pretendan promover integralmente la salud)</li> <li>▶ Mecanismos favorecedores de la intersectorialidad (existencia y características de los mecanismos de coordinación intersectorial)</li> <li>▶ Grado de intersectorialidad de la política analizada (características intersectoriales del objeto de la política)</li> <li>▶ Grado de integralidad de las estrategias aplicadas (características intersectoriales de las estrategias de política)</li> <li>▶ Porcentaje del presupuesto local destinado a atender los grupos y problemas priorizados</li> </ul>
		Participación popular en la gestión de la política	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración de la política (extensión de las instancias de participación, intensidad de las instancias de participación)</li> </ul>
		Estructura de la política	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Porcentaje del presupuesto local destinado a atender los grupos postergados</li> <li>▶ Respaldo legal de la política de promoción en la localidad (figuración explícita en el acuerdo programático, el plan de desarrollo y los planes operativos)</li> <li>▶ Inclusión de la estrategia en la agenda política (agenda de los organismos de definición de la política social en la localidad)</li> <li>▶ Porcentaje del presupuesto destinado a acciones de promoción</li> <li>▶ Gestión local del plan de promoción de la salud (indicadores de eficacia, eficiencia y calidad)</li> <li>▶ Providencias del Ministerio Público (procuraduría, personería, defensoría del pueblo) en favor del derecho a la salud</li> <li>▶ Difusión de los componentes y efectos de la política entre los afectados</li> </ul>

**Tabla 2.** Enfoque de Promoción de la Salud.

Variables	Indicadores
Nociones individualistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Responsabilidad individual</li> <li>▶ Estilos de vida</li> <li>▶ Forma de vivir</li> <li>▶ Información masiva sobre factores de riesgo</li> <li>▶ Educación para la salud (autocuidado)</li> </ul>
Determinantes de la salud	
Productos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Metas terminales (largo plazo)</li> <li>▶ Objetivos instrumentales (corto plazo)</li> <li>▶ Entorno ecológico</li> <li>▶ Comportamiento del individuo</li> </ul>
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Actividades de desarrollo personal</li> <li>▶ Actividades de desarrollo organizacional</li> <li>▶ Actividades de desarrollo político</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3.** Planeación Estratégica de la Promoción de la Salud

Plan Nacional de Desarrollo (PND) (2013-2018)	Consolidar la Promoción	▶ implementar totalmente políticas en salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y perfectamente articuladas en todos los órdenes de gobierno,
	Protección de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Promover actitudes y conductas saludables</li> <li>▶ Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente</li> <li>▶ Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables</li> <li>▶ Promover el envejecimiento activo</li> </ul>
	Prevención de las enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles</li> <li>▶ Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes</li> <li>▶ Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, tomado del PND 2013-2018

## Método

La investigación es tipo descriptiva documental. Dividida en las siguientes fases:

Fase I. Recopilación de información, para ello se solicitó a las 32 áreas de promoción de las Secretarías Estatales de Salud la siguiente documentación: Programa estatal, políticas, estrategias y líneas de acción, proyectos estratégicos, indicadores y mecanismos de evaluación, metodologías, evidencias y concepto metodológico, diagnósticos y mecanismos de concertación y participación interinstitucional.

Fase II. Análisis y evaluación, se identificaron indicadores de promoción de la salud desde sus modelos meto-

dológicos, marcos teóricos y conceptuales, considerando sus enfoques y procesos y con énfasis en las directrices establecidas por los organismos regulatorios a nivel internacional. Con estos indicadores se sistematizó la evaluación de los programas de salud en México, para así conformar una base de datos sólida, fiable e integral para el Inventario Nacional de Experiencias de Promoción de la Salud.

## Resultados

En el presente documento se hace el análisis de 67 programas de Promoción de la Salud que fueron entregados por las Secretarías de Salud Estatales de las 32 entidades federativas (Figura 1).



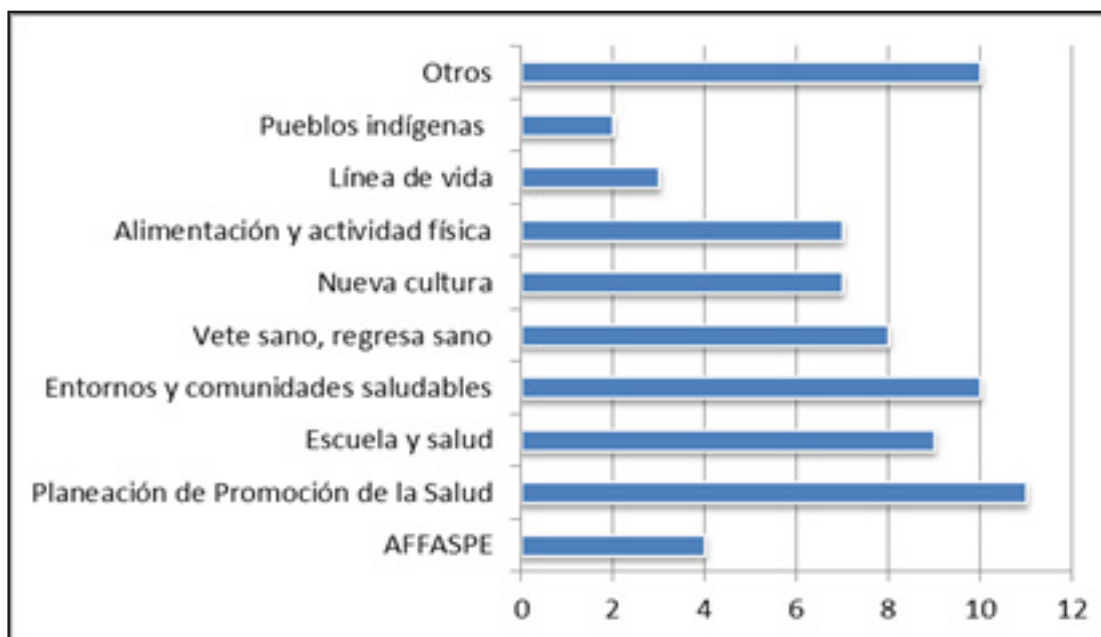
**Figura 1.** Mapa de Evaluación de Programas Estatales Promoción de la salud en México. Fuente: Elaboración propia.

Once entidades entregaron los programas generales de promoción de la salud, y las demás entregaron programas específicos, siendo el de Entornos y comunidades saludables el que mayor número de estados entregó (10), seguido por los programas de Escuela y salud (9), Vete sano, regresa sano (8), Alimentación y actividad física (7), Nueva cultura (7), Línea de vida (3) y finalmente, Pueblos indígenas (2). Los programas

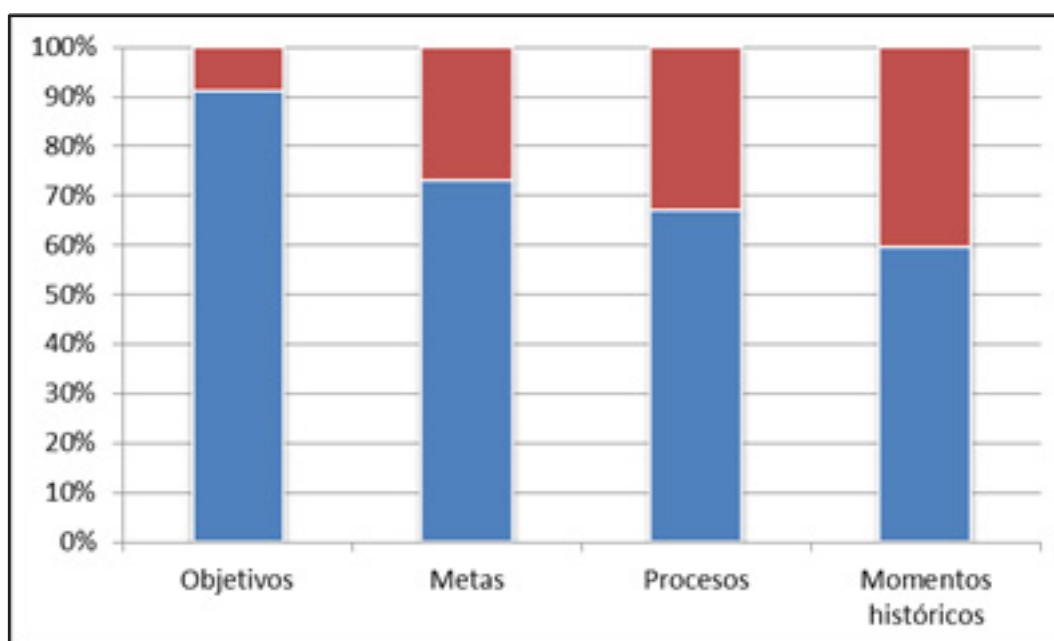
referentes a otras líneas específicas se clasificaron como “otros”, y son en total 10 (gráfico 1).

### Indicadores de promoción de la salud

El 91% de los programas presentados presentaba objetivos, el 73% especificaba las metas, el 67,2% de los procesos de la promoción de la salud y el 59,7% se contextualizaba en su momento histórico (gráfico 2).



**Gráfico 1.** Programas y líneas de promoción en México.. Fuente: Elaboración propia.



**Gráfico 2.** Elementos básicos de la promoción de la salud en los programas. Fuente: Elaboración propia.

El 44,8% de los programas está dirigido a la responsabilidad individual, el 59,7% a estilos de vida, un 41,8% hacia la forma de vivir, el 34,3% encaminado a información masiva sobre factores de riesgo y el rubro al que más se enfocaban los programas es la educación para la salud (autocuidado), con un 67,2%.

Se identificó que el 61,2% de los programas en el inventario presenta metas terminales (largo plazo), y un 77,6% hace mención de sus objetivos instrumentales (corto plazo).

Sobre los procesos de la promoción de la salud, el que más se reitera en los productos es el relacionado con actividades de desarrollo organizacional (85,1%), seguido por el de actividades de desarrollo personal (41,8%), y finalmente aquellos de actividades de desarrollo político (44,8%) (gráfico 3).

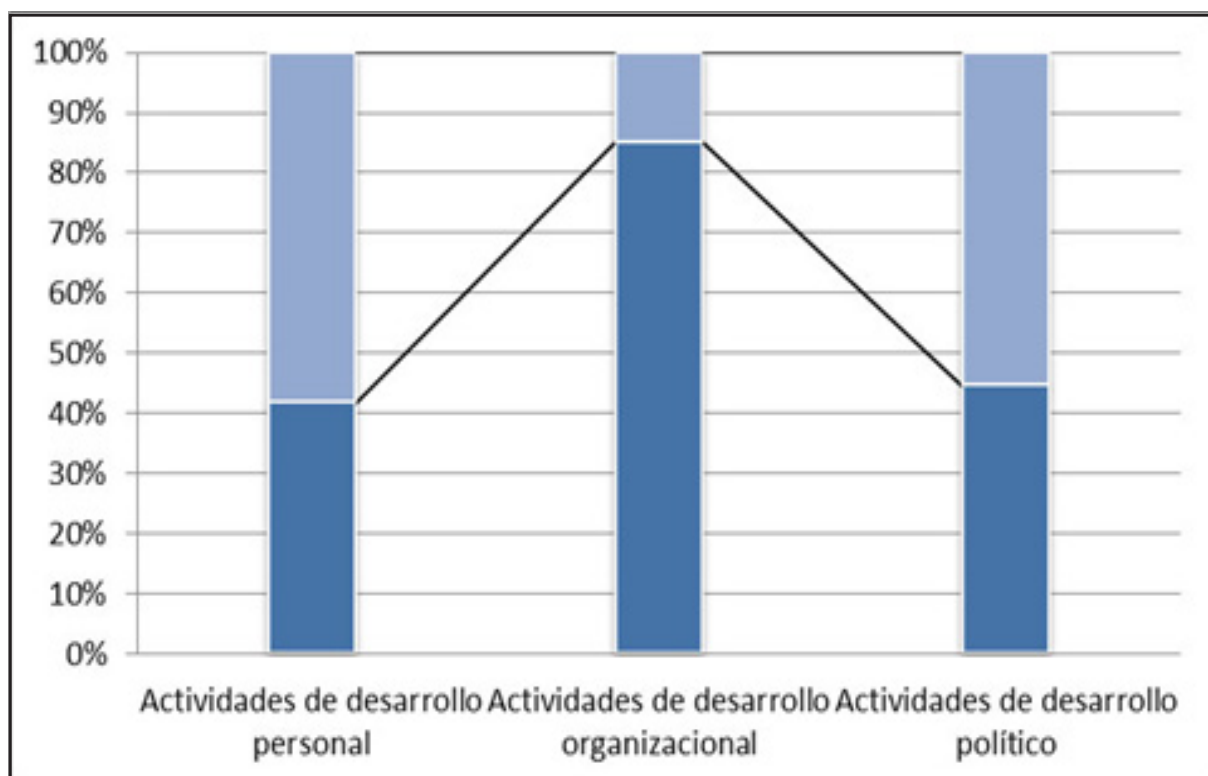
De acuerdo con los elementos encontrados en los planes de promoción de la salud, y en la fundamentación metodológica y teórica en la materia, a cada programa en específico se le hace la sugerencia de evaluarse de acuerdo con los siguientes cuatro modelos: El 48,4% de los programas debería ser evaluado por el modelo de Buenas Prácticas de la OPS/OMS; el 11,9% entra en el modelo de evaluación PRECEDE-PROCEDE, que son aquellos programas de escuela y salud; al 23,9% se le recomienda la evaluación del modelo de Buenas Prácticas UNESCO; y finalmente al 11,9% una evaluación basada en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud.

Aunque en general se presentan diversos programas

de las Secretarías Estatales de Salud, se hace necesaria la unificación de criterios respecto a las líneas de planificación de sus programas, ya que esto asegurará la generación de programas exitosos en lo local y, por consiguiente, una mejor promoción de la salud a nivel nacional, lo que impactará en las determinantes de salud pública, con lo cual se podrá posicionar a México como un caso ejemplar de Buena Práctica.

Es difícil determinar los casos exitosos, por la falta de congruencia entre los criterios de la planificación de la promoción de la salud, no existe una línea base en los estados de la República. Existen claros ejemplos de programas que cuentan con una planificación en los programas específicos; como en el caso de: Aguascalientes, Veracruz, Morelos, Zacatecas, Hidalgo. Ante ello se puede determinar que las características de los programas de estos estados, son las siguientes: presentan un diagnóstico epidemiológico, objetivos específicos y generales, la descripción de sus metas, un contexto de la problemática actual, una justificación del actuar a partir de un marco legal y jurídico, una proyección de resultados, la especificación de las metas, y particularmente, consideran algún tipo de evaluación, aunque en este caso la mayoría de los que considera esta última etapa, sea la supervisión.

Los estados que presentaron un plan de trabajo, que integra programas específicos de promoción de la salud, con los elementos mínimos requeridos, fueron los siguientes: Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Yucatán, Colima, San Luis Potosí.



**Gráfico 3.** Procesos de los programas.

## Discusión

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos de salud de estas estrategias que se han implementado, es necesario basarse en los modelos teóricos y metodológicos de la promoción de la salud. Esta es la finalidad del presente documento, que intenta recopilar el marco teórico en la materia, con la finalidad de conceptualizar los objetivos de los modelos, para así tener las bases para la generación del Inventario nacional de experiencias exitosas de promoción de la salud a nivel estatal, municipal y comunitario. Ante esto, el resultado muestra que el 90% de los programas presentados contaban con objetivos. Sin embargo, el 100% de estos, debería de contar con objetivos generales y específicos. No se puede generar una estrategia, si no determina el fin que persigue; esto genera que los resultados no sean medibles, ni alcanzables, y al no ser cuantificables desde un principio, la evaluación no se puede llevar a cabo.

Las tres cuartas partes de todos los programas, especificaban las metas. Éste es un problema que genera que las determinantes de salud no estén incluidas, y con ello no se genere un impacto real. Las metas, generan la razón de la acción, es por esto que al hacerlas alcanzables y medibles. Otro punto importante, en la especificación de los procesos, ¿cómo alcanzar los objetivos y metas?. Cada programa debe contar con procedimientos específicos y particulares. Plasmar los procedimientos en un manual, genera una organización más eficiente. Ante ello, Díez (2012) hace mención de las acepciones de la evaluación en el campo de la promoción de la salud, es que proporciona información y argumentos tanto para comprender los cambios ocasionados por la acción emprendida como para determinar la magnitud de las actividades desarrolladas han sido eficaces y eficientes, y a través de qué procesos se han producido estos cambios.

Sobre la investigación contextual que se requiere para poder adaptar la promoción de una política nacional hacia comunidades; se encontró, que pocos son los que hacen una investigación cultural, lo que muchas veces impide en las estrategias tener el impacto que requiere. Saber la magnitud del problema en lo local, identificar las determinantes de salud en la comunidad, diagnosticar la percepción social para generar la estrategia adecuada; debe ser una función básica que debe quedar plasmada en cualquier programa de promoción de la salud. La evaluación no solo debe verse como un momento posterior a la implementación, sino que debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados con la calidad de vida de las personas (Montero, 2008).

Sobre la alineación de los programas al Plan Nacional de Desarrollo. Toda estrategia, debería estar alineada al Plan Nacional de Desarrollo en el programa sectorial de salud. Si todos estuvieran al 100% alineadas, la congruencia entre criterios sería mínima. Pero al carecer de una planificación unificada, se encuentran programas carentes de rendimientos básicos del programa sectorial. Algunos, omiten la relación que debe de haber desde la política pública nacional en sus programas.

La evaluación que se hizo para conformar este documento, fue tomando los elementos que presentaban los programas, las acciones encaminadas o alineadas al Plan Nacional de Desarrollo. Resultado de esta consideración se identificó que la mayoría de los programas solamente buscaban consolidar la promoción, es decir, en el documento se sobreentendía que el único fin de este era contar con un aval del actual de su institución. El generar una alineación al Plan Nacional de Desarrollo, impactará directamente en las determinantes de la salud a nivel nacional a partir de lo local; es por eso que se requiere de una capacitación a todos los promotores en la salud, respecto a los objetivos del programa sectorial, la importancia de alcanzarlos, y cómo generar las estrategias medibles. Cofiño Fernández et al (2005), apuntan que para evaluar las actividades comunitarias de promoción de la salud, se requiere de una metodología diferente de aquellas otras actuaciones en la que la relación de causalidad entre intervención y efecto es más sencilla y predecible (fármaco-resultado). Dado que la promoción de la salud es una actividad compleja, que integra diversos elementos como: los agentes que intervienen en la planificación, ejecución y financiación; la metodología de actuación, y los escenarios y las áreas de trabajo; además, es necesario incluir en el diagnóstico, el impacto sobre cambios y comportamientos en la población y su inferencia para la construcción del entorno saludable.

De las evaluaciones recomendadas, de acuerdo a los elementos que consideraba cada plan de trabajo, y basados en la fundamentación metodológica y teórica que se realizó para este trabajo, se recomendó cada programa una evaluación específica basadas en los modelos de la promoción de la salud.

A la mitad de los estados se propone la evaluación de sus programas desde el modelo de las buenas prácticas de la OPS/OMS, con metodología cualitativa y cuantitativa. Considerando los resultados de las intervenciones se recomienda los siguientes puntos: una evaluación mínima basal, privilegiar información recogida en el nivel local, analizar los determinantes e indicadores de salud, percepción, análisis de riesgos, y otras multi factoriales y multi dimensionales. La mayoría a los que se sugirió este

tipo de evaluación, resultaron ser aquellos que presentaban programas generales de trabajo.

A los estados que presentaban programas específicos, se les hizo la recomendación de basarse en otros modelos de evaluación, por ejemplo: las Buenas Prácticas de la Unesco, que miden fiabilidad, innovación, efectividad, sostenibilidad, contractilidad y transferibilidad; evaluación del modelo precede-procede, específico para las aplicaciones de escuela y salud.

La promoción de la salud es algo multidimensional, que merece ser evaluada desde aspectos organizativos, funcionales, metodológicos, de impacto, políticos, sociales, de persuasión, y otros. Es importante no solamente establecer la evidencia de aquello que funciona en la promoción de la salud (es decir, la evaluación del resultado), sino también comprender cómo y por qué estas cosas han funcionado (es decir, la evaluación del proceso), de tal manera que el éxito se pueda replicar (UIPES, 1999), para esto, es preciso valorar el contexto y la aplicabilidad de la intervención en otros escenarios, generar un modelo, y así como conocer el impacto que ha tenido la intervención sobre las personas a las que iba dirigida y los profesionales que la han desempeñado, ya que esto permitirá comprender de los mecanismos por los que ha funcionado, o no, la intervención (Cofiño, 2005).

Si a nivel nacional se generaran evaluaciones basadas en evidencia, México podrá ser líder en la promoción de la salud; puesto que el reconsiderar, modificar o impulsar elementos que han demostrado ser negativos o positivos, replantearía la promoción de la salud, generando a largo plazo el abatimiento de las determinantes negativas de la salud pública.

## Conclusión

En conclusión, a partir de lo analizado la propuesta es el desarrollo y aplicación de lineamientos generales de la promoción nacional de la salud, basadas en metodologías y teorías aplicadas. En un primer término, se propone la participación constante y la capacitación de todas áreas vinculadas con promoción de la salud, con la finalidad de generar diagnósticos locales que permitan analizar las problemáticas de las determinantes en salud. Una vez realizada la acción, adoptar las líneas del Plan Nacional de Desarrollo, para generar una planeación de cada estado en lo particular.

Promover la transdisciplinariedad en las aproximaciones, para que la evaluación pueda responder por información de muy diferente índole (epidemiológica, social, económica, psicológica, médica, administrativa). Los métodos y técnicas de evaluación aplicables a ambos

tipos de intervención deben ser multidisciplinarios para dar cuenta de su complejidad. Los programas de salud pública tienen al colectivo como centro de interés y consideran que la comunidad significa algo completamente diferente de la suma de individuos. El empoderamiento de la comunidad y la promoción de la capacidad que esta tenga para controlar sus problemas de salud (que son las metas de tales programas) escapan a los enfoques tradicionales de la economía utilitaria individualista cuyas conclusiones pueden desorientar a los artífices de las decisiones en salud sobre el valor y potencial de las intervenciones.

Trabajar en la planeación, persiguiendo los mismos objetivos, clarificando metas particulares; significará a nivel nacional la posibilidad de generar evaluación, supervisión en la promoción de la salud.

Actuar en lo local para un mismo beneficio nacional generará un impacto en las determinantes de la salud pública. Dicho impacto debe ser medible, por lo que asimismo, se propone de manera sistemática la evaluación basada en evidencia de todos los programas de promoción de la salud.

Definir un horizonte de cambio apropiado para el proceso que se evalúa. Este horizonte se refiere al tiempo para el cual se asumirá la evaluación.

Garantizar la eficiencia y eficacia de la evaluación misma. Esta consume recursos y debe justificarse y para optimizar los esfuerzos que demanda, debe centrarse en los factores críticos de éxito de la situación que se evalúa. En el caso de la prevención de la enfermedad, la evaluación debe propender por la reducción efectiva de los eventos desfavorables. En el caso de la promoción de la salud debe velar por el empoderamiento. En ambos casos, el proceso y los resultados de la evaluación deben, en última instancia, mejorar el grado de control de los individuos y las comunidades frente a los principales determinantes de su salud.

## Referencias Bibliográfica

Álvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. (2011). Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 123-127.

Briones, G. (2013). *Evaluación de Programas Sociales*. 3a edición. México: Editorial Trillas.

Cofiño Fernández, R., Álvarez Muñoz, B., Fernández Rodríguez, S., & Hernández Alba, R. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Atención primaria*, 35(9), 478-483.

- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- De la Federación, D. O. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México: DOF, 12.
- Díez, E. (2012). Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3), 75-79.
- Fernández-Viagas, C. R., Gil, C. G., Barroso, N. B., Quesada, C. V., & Girón, M. A. (2018). Implantación de un programa de promoción de la salud de las mujeres en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla. *Gaceta Sanitaria*, 32(6):584-587.
- Franco-Giraldo, A. (2012). Promoción de la salud (ps) en la globalidad. (Spanish). *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 30(2), 193-201.
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macías Ladino, A. M., Garcés, V., Andrés, C., & Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Gómez, R. D., & Gonzáles, E. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(1), 87-106.
- Montero, F. J. O., Zafra, A. O., de Los Fayos, E. J. G., & Montesinos, M. D. H. (2008). Locus de control y vulnerabilidad a la lesión en fútbol semiprofesional y profesional. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(2), 101-112.
- OPS/OMS. (2013). Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS) y la Universidad Católica del Norte (UCN). *Bases del Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de Salud en el ámbito de las Universidades e Instituciones de Educación Superior*. 2013.
- Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V., & Rodríguez, S. P. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Perera, F. D. P. R., & Peiró, M. (2012). La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*, 65(8), 749-754.
- Serna, H. (2002). *Gerencia Estratégica. Planeación y Gestión- Teoría y Metodología*. 7ma edición. Colombia: 3R Editores.
- UIPES. Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud. (1999). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa*. Informe de la UIPES para la Comisión Europea. Madrid: Evidence Book.
- Urbanos, R. (2010). La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿ tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 7-11.



## Apelaciones al miedo en advertencias sanitarias para la prevención del tabaquismo: ¿una imagen vale más que mil palabras?

### Appeals to fear in health warnings for the prevention of smoking: is a picture worth more than a thousand words?

Laura Rodríguez Contreras<sup>a</sup>, Juan José Igartua Perosanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca, España

#### Resumen

Las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco son uno de los métodos más usados para reducir el consumo de tabaco. Es por ello que se plantea el presente estudio para averiguar si las nuevas imágenes incorporadas en los paquetes de tabaco en mayo de 2016 en España son eficaces, comprensibles e impactan lo suficiente para cesar el consumo de tabaco. Para ello se crearon tres condiciones experimentales: en la primera condición se utilizaron las cajetillas originales (texto e imagen), en la segunda sólo las imágenes de las cajetillas y en la tercera condición sólo el texto con las advertencias. Participaron un total de 94 sujetos que fueron asignados aleatoriamente a las tres condiciones experimentales. Los resultados mostraron que las advertencias con sólo texto y las combinadas (texto e imagen) se comprendían mejor que las que sólo mostraban la imagen amenazante. Por lo tanto, la imagen en solitario reducía la comprensión del mensaje llegando incluso a distorsionar su significado. Los análisis mediacionales mostraron que las emociones negativas no ejercían un papel significativo. En cambio, la comprensión del mensaje sí que actuaba como variable mediadora del efecto del tipo de advertencia sanitaria sobre el impacto preventivo.

Palabras clave: Tabaco; advertencia sanitaria antitabaco; prevención tabaquismo; cese del tabaquismo; comunicación de la salud.

#### Abstract

The warning labels placed on the cigarette packs are one of the more used methods to reduce the smoking habit among its population. The present study will try to establish whether or not the new images that were incorporated on the cigarette packs in Spain in 2016 are efficient, comprehensible and if they are impacting enough to stop the smoking behavior. On the experiment three questionnaires were realized, one with the original combined pack (image and text), another one only with the pack image and another one only with the warning text. A total of 94 subjects participated on the experiment, they were randomly assigned one of the three experimental conditions. The results showed that the warning labels with just text and the ones that combined text and image were understood better by the subjects that the ones that only showed the threatening image. Therefore, it can be assessed that the image alone reduced the overall comprehension of the message, even distorting its meaning. The mediational analysis showed that negative emotions didn't interfere with the results. On the contrary, the comprehension of the message worked as a mediating variable of the impact that the sanitary advice caused on the subjects.

Keywords: Tobacco; tobacco warning label; smoking prevention; smoking cessation; health communication.

## Introducción

El consumo de tabaco está relacionado con múltiples enfermedades, tales como enfermedades respiratorias, diversas formas de cáncer y enfermedades cardiovasculares, siendo la causa de más de cinco millones de muertes al año y de cien millones a lo largo del siglo XX (Marín, 2003; Rey, Lacave, Viedma y Gallopel-Morvan, 2010). Si los patrones de consumo actuales se mantienen sin cambios, este número podría aumentar a ocho millones en 2030 (Mutti, Hammond, Reid & Thrasher, 2013). En concreto, en España, el tabaco causa más de cincuenta mil muertes al año y, la mayoría de los afectados son hombres (AEEC, 2015). Es por ello, que desde la década de los sesenta se reconoce el deber de promover mensajes sanitarios que adviertan el riesgo para la salud del consumo del tabaco, convirtiéndose el paquete de tabaco en el espacio promocional más importante, sobre todo con la prohibición de la publicidad (Marín, 2003).

En 1997 Canadá aprueba las advertencias que ocupan un 50% de la parte frontal del paquete y, además, incluían fotografías que mostraban el impacto patológico. Se aplicará con éxito a partir del 2000. Se lleva a cabo esta medida debido a la insuficiencia de las advertencias sanitarias que sólo incluían texto en términos de impacto sobre las reacciones cognitivas y conductuales de los consumidores de productos peligrosos para la salud (Rey et al., 2010). Canadá demuestra que los mensajes sanitarios en las cajetillas de tabaco son más eficaces para reducir el consumo si son grandes, con mensajes directos y usan fotografías científicas a color. Además, deben ser muy visibles y directas (Marín, 2003). Por otro lado, las advertencias gráficas pueden provocar un mayor procesamiento de la información sobre el riesgo de fumar y no sólo intimidar excesivamente a los fumadores para que dejen de fumar (Evans et al., 2015). Es decir, las advertencias gráficas son menos invasivas que las terapias para dejar de fumar y sus efectos son independientes del cumplimiento o ausencia de tratamiento (Wang et al., 2013). Además, el miedo y la ira que generan las advertencias sanitarias en los fumadores expuestos a ellas tienen un efecto positivo en el abandono del hábito de fumar, así como un efecto negativo sobre el tabaquismo (Jung, 2016).

Este método denominado apelaciones o llamamientos al miedo (*fear appeals*) es muy utilizado en campañas informativas de salud. En este contexto, se utiliza el miedo para producir cambios actitudinales y comportamentales. En las apelaciones al miedo se advierte a la audiencia de las consecuencias nocivas por llevar a cabo un compor-

tamiento determinado (por ejemplo, fumar) y se trata de inducir un impacto afectivo infundiendo miedo, preocupación o sensación de amenaza para que se acepten una serie de recomendaciones (por ejemplo, dejar de fumar), al tiempo que se informa de que, si adoptan las medidas necesarias, los efectos negativos desaparecerán (Igartua y Humanes, 2004).

Según Witte y Allen (2000) la información con ejemplos vívidos y detallados son útiles para inducir una mayor persuasión. De hecho, se ha observado que existe una relación positiva entre el grado de miedo contenido en el mensaje y su impacto persuasivo, es decir, los mensajes que inducen más miedo provocan mayores niveles de persuasión (Leshner, Vultee, Bolls, & Moore, 2010; Witte, & Allen, 2000). Si bien es cierto que al igual que pasa con la violencia, la exposición continuada a mensajes vívidos que inducen miedo podría dar lugar a procesos de desensibilización (LaVoie, Quick, Riles, & Lambert, 2015).

La inclusión de estas etiquetas atemorizadores en las cajetillas de tabaco es la única forma de control de tabaco que se dirige al fumador justo en el momento en el que éste consume un cigarrillo, calculándose que el fumador puede llegar a ver el mensaje alrededor de siete mil veces al año (Igartua, 2011). Es por ello que la Comisión de las Comunidades Europeas propone en 2003 un conjunto de normas acerca del uso de fotografías a color en las cajetillas sobre las consecuencias perniciosas del tabaco (Crespo, Barrio, Cabestrero, y Hernández, 2007). Así, en octubre de 2004 se dan a conocer las nuevas advertencias entre las que debían elegir los Estados miembros que decidiesen incorporarlas. Cada una de ellas está formada por una fotografía a color y un mensaje de texto descriptivo que muestra los potenciales riesgos derivados de su consumo (Crespo et al., 2007).

Pese a los numerosos estudios que demuestran la efectividad de las advertencias sanitarias que incluyen texto e imágenes, también han sido criticadas argumentando que: a) pueden causar una innecesaria o excesiva angustia emocional; b) los fumadores pueden evitarlas; c) las advertencias gráficas pueden reducir la credibilidad al mensaje; y, d) aquellas que sean grotescas pueden causar reactancia o incluso llegar a incrementar el consumo de tabaco, provocando un efecto boomerang (Hammond, Fong, McDonald, Brown, & Cameron, 2004). Además, los efectos negativos que producen pueden ser de corta duración y, por tanto, los fumadores podrían acostumbrarse a ellas, perdiendo su eficacia con el paso del tiempo (Cantrell et al., 2013). Por otro lado, algunos investigadores también han cuestionado la eficacia de las advertencias sanitarias ya que su implementación ha

coincido en muchos casos con otras medidas de control del tabaco, tales como el aumento de impuestos y medidas para prohibir fumar en determinados lugares (LaVoie et al., 2015). Además, LaVoie et al. (2015) afirman que, según la teoría de la reactancia psicológica, estas advertencias pueden ayudar a algunas personas, pero, inadvertidamente, pueden dañar a otras causando reactancia (una forma de resistencia hacia el mensaje persuasivo); aquellos individuos propensos a ser reactivos percibirán en menor medida los mensajes antitabaco, por lo tanto, la reactancia puede conducir a un aumento del tabaquismo en respuesta a mensajes muy fuertes o excesivamente gráficos.

Actualmente, se han llevado a cabo una serie de modificaciones en el diseño de las etiquetas de advertencia sanitaria. Así, a partir de mayo de 2016 la Directiva implanta unas nuevas cajetillas de tabaco que deben seguir una serie de normas: incluir advertencias sanitarias en los envases de productos de tabaco y los productos relacionados. Las advertencias sanitarias con imágenes y texto deben cubrir el 65% de las caras anterior y posterior tanto en los cigarrillos como en el tabaco de liar. La nueva Directiva establece las dimensiones mínimas de las advertencias, elimina los envases pequeños para ciertos productos de tabaco y además excluye todo tipo de elementos promocionales o engañosos sobre los productos de tabaco (Directiva 2014/40/UE).

Por último, hay que tener en cuenta que las políticas de control deben evitar cualquier tipo de imprecisión en el significado de la imagen (Crespo et al., 2007). Es por ello que se plantea este estudio, con el fin de comprobar si las nuevas advertencias son eficaces, comprensibles y producen impacto tanto en fumadores como en no fumadores cuando se acompañan de texto, cuando se muestra sólo la imagen o cuando sólo se muestra el texto. Además, también se consideró necesario analizar los mecanismos psicológicos por medio de los cuales el tipo de cajetilla (texto e imagen, sólo texto y sólo imagen) produce su impacto. En particular, se incluye un análisis mediacional para contrastar si la comprensión del mensaje y las emociones negativas suscitadas por el mismo) actuaban como variables mediadoras.

## Objetivos e hipótesis

El principal objetivo del estudio es comprobar los efectos que producen las imágenes de las nuevas cajetillas de tabaco en comparación con las advertencias de texto y de texto e imagen, y ver si son efectivas, claras y cumplen con el objetivo de informar y prevenir a la población sobre los peligros que tiene para la salud el consumo de taba-

co, dado que las advertencias sanitarias que se incluyen en las cajetillas de tabaco son la medida más próxima y coste-efectiva para poder avisar a los 15 millones de consumidores en España de los riesgos que tiene fumar. Si los mensajes sanitarios son efectivos la percepción del riesgo de fumar aumenta y estimulan el deseo de dejarlo. Para ello, se analizaron los siguientes aspectos.

En primer lugar, se pretende contrastar el efecto del tipo de cajetilla (con texto e imagen, sólo texto y sólo imagen) y comprobar si las imágenes por sí solas pueden provocar emociones negativas lo suficientemente fuertes como para que influyan en los fumadores y no fumadores, dado que los mensajes visuales motivan más y suscitan más emociones negativas que los mensajes neutros y, además, ejercen un mayor impacto en la conducta de riesgo (Rey et al., 2010). Numerosos estudios han demostrado que las cajetillas con imágenes son más eficaces que aquellas que solo tienen texto (Rey et al., 2010; O'Hegarty et al., 2006; Hammond, Fong, McDonald, Cameron, & Brown, 2003; Thrasher, Hammond, Fong, & Arillo-Santillán, 2007; McQueen, et al., 2016) puesto que las advertencias sanitarias constituidas exclusivamente por texto pueden llegar a pasar inadvertidas (Crespo et al., 2007). Por lo tanto, resulta interesante analizar el efecto que producen las imágenes por sí solas para ver si son comprensibles sin necesidad de leer el texto, ya que muchos fumadores no dan ese paso. También es interesante analizar el efecto que produce la advertencia en su conjunto (texto e imagen) así como solo el texto para justificar que realmente las advertencias sanitarias son eficaces en su conjunto y no solamente a través del texto, puesto que las imágenes relevantes y vividas son significativamente más eficaces en comunicación para la salud que los mensajes que incluyen únicamente información escrita. Esto se debe a que las imágenes diseñadas para ilustrar la información del texto provocan un mayor procesamiento del mensaje puesto que atraen más la atención y mejoran el recuerdo del mensaje (Cantrell et al., 2013). Si bien es cierto que según Rey et al. (2010, p.160): "Algunas imágenes no son demasiado valoradas por los entrevistados, sobre todo aquellas que no parecen guardar relación directa con el problema (manos, manzana, hombre corriendo en la cinta), las cuales necesitan del texto imperativamente para ser comprendidas". En este contexto, se plantea las siguientes hipótesis:

H1a: Las cajetillas de tabaco con advertencias combinadas [texto e imagen] serán más efectivas, es decir, provocarán mayores emociones negativas y serán más comprensibles que las que incluyen sólo imagen.

H1b: Las cajetillas de advertencia combinadas se-

rán más comprensibles que las que incluyen sólo texto, ya que proporcionan más información.

H1c: Las advertencias que sólo contienen imagen serán más efectivas que aquellas que sólo incluyen texto, ya que provocarán más emociones negativas y por ende tendrán más impacto.

H1d: El mensaje será más claro en las advertencias que sólo incluyen texto que aquellos en los que se muestra sólo la imagen.

En este sentido, también se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PI: ¿La comprensión y las emociones negativas funcionarán como variables mediadoras entre el tipo de cajetilla y el impacto preventivo?

En segundo lugar, se pretende contrastar si existen diferencias a la hora de percibir el mensaje entre los fumadores y no fumadores. Las imágenes parecen tener mayor impacto entre los fumadores, puesto que los avisos gráficos hacen que éstos piensen en las consecuencias que tendrá el consumo de tabaco en sus órganos, el dolor que puede provocarles e incluso el efecto que puede tener el humo en otras personas, sobre todo, niños (Thrasher et al., 2006). Se ha comprobado en estudios previos que la exposición a las etiquetas de advertencias gráficas, frente a las que contienen únicamente texto, conduce a una mayor intención de dejar de fumar, pero exclusivamente en los fumadores (Evans et al., 2015). Además, los mensajes que evocan fuertes reacciones emocionales o son de alta vivacidad llaman más la atención entre dicho colectivo (Igartua, 2011). Es por ello, que los fumadores consideran que las advertencias con texto e imagen son más efectivas que aquellas que sólo incluyen texto, es decir, las advertencias con elementos gráficos pueden promover un comportamiento para dejar de fumar entre los fumadores ya que son más creíbles y recordadas que las advertencias que sólo incluyen texto (O'Hegarty et al., 2006; Thrasher et al., 2007; Evans et al., 2015). Hay que tener en cuenta que los fumadores están expuestos a las advertencias, sobre todo los fumadores diarios, alrededor de siete mil veces al año (Hammond et al., 2003) y por ello suelen mostrar mayores niveles de conocimiento que los no fumadores (Mutti et al., 2013). En este contexto, se plantean las siguientes hipótesis:

H2a: Los tres tipos de advertencias tendrán mayor impacto en los fumadores que en los no fumadores, provocando más emociones negativas y una mejor comprensión del mensaje. Dicho de otro modo, el estatus de fumador funcionará como una variable moderadora

H2b: Las advertencias combinadas provocarán mayores emociones negativas y serán mejor comprendidas entre los fumadores dando lugar a un mayor impacto.

En tercer lugar, se pretende contrastar si existen diferencias entre hombres y mujeres en el impacto del tipo de cajetilla. En estudios previos se ha observado que los hombres y mujeres reaccionan de manera diferente ante las advertencias de los paquetes de tabaco. Las mujeres tienden a otorgar mayor puntuación en activación a las escenas más desagradables; además, generan mayor activación respecto a los hombres a las imágenes o advertencias que se vinculan a la fertilidad femenina y protección del niño durante el embarazo (Crespo et al., 2007; O'Hegarty et al., 2006; Thrasher et al., 2006). Por el contrario, las imágenes relacionadas con la infertilidad o impotencia sexual masculina no provocan mayor activación en los hombres (Crespo et al., 2007; Thrasher et al., 2006). En este contexto, se propone la siguiente hipótesis:

H3: Las mujeres, en comparación con los hombres, experimentarán mayores emociones negativas y una mayor nivel mayor de comprensión del mensaje. Es decir, el sexo funcionará como variable moderadora entre el tipo de condición experimental y el impacto que producen.

## Método

### Participantes

Participaron un total de 94 sujetos a los que se accedió mediante un cuestionario online que fue compartido por redes sociales: 30 en la condición 1 (texto); 30 en la condición 2 (imagen) y 34 en la condición 3 (texto e imagen). La media de edad de los participantes fue de 22,99 años (DT = 4.66), siendo el 76,6% mujeres y un 23,4% hombres.

### Diseño y procedimiento

Se llevó a cabo una investigación experimental, asignándose de forma aleatoria los participantes a tres tipos de tratamientos en función del cuestionario cumplimentado: 30 participantes recibieron un cuestionario que preguntaba sobre advertencias sanitarias compuestas sólo por texto, 30 un cuestionario similar pero que incluía advertencias sanitarias compuestas sólo por imágenes y 34 recibieron el cuestionario con advertencias que combinaban texto e imagen. Los tres tipos de cuestionarios fueron idénticos en las medidas y variables, y la única diferencia estaba relacionada con el tipo de advertencias sanitarias que se incluían: las imágenes de las cajetillas de tabaco

originales (con texto e imagen), sólo la imagen (sin texto) o el texto sólo (sin imagen). Los participantes fueron expuestos a 8 advertencias sanitarias y cumplieron una serie de medidas sobre cada una de ellas.

### **Estímulos experimentales: advertencias sanitarias**

Se utilizaron ocho de las catorce imágenes que ya están en vigor en los paquetes de tabaco desde el 20 de mayo de 2016 que, además de aparecer en ambas caras de las cajetillas de tabaco, su tamaño es mayor, llegando a ocupar el 65% del espacio total.

Se escogieron aquellas imágenes que hacían referencia a las enfermedades que puede causar el tabaco (desechándose aquellas que aludían a los efectos en la infertilidad, riesgo para los niños o pérdida de seres queridos), ya que se consideraron que eran esas ocho imágenes las que podrían tener mayor impacto e interés en los jóvenes (dado que muchas de ellas muestran riesgos para la salud, pero también deterioro en el aspecto físico, algo que interesa a la juventud (Igartua, 2011)).

Se diseñaron tres tipos de cuestionarios, uno de ellos está formado por las cajetillas originales, es decir, aquellas que incluyen texto e imagen, otro tipo está formado por las imágenes de las cajetillas, a las cuales se les eliminó el texto con un programa de retoque fotográfico y, por último, un tercer cuestionario en el que sólo se incluye el texto sin imagen. Por lo tanto, la variable independiente del estudio será la presencia o ausencia del texto que acompaña a las imágenes.



**Figura 1.** Advertencias sanitarias utilizadas en el experimento (condición imagen más texto), (Unión Europea, 2015).

## **Medidas**

### **Emociones negativas**

Se midieron las emociones negativas que provocaban cada uno de los mensajes en las tres condiciones (texto, imagen y texto e imagen). Para ello, se tomó como referencia la escala PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988), de la cual se utilizaron únicamente ocho de los ítems para medir las emociones negativas que provocaban cada uno de los mensajes. Se midió el grado con el que se sentían las siguientes emociones negativas ante cada advertencia sanitaria: asco, culpa, remordimiento, irritación, intranquilidad, temor, tensión y repugnancia (desde 1 “nada”, hasta 5 “mucho”).

### **Comprensión del mensaje**

La comprensión se midió con una escala creada ad hoc compuesta por tres ítems: “el mensaje es claro”, “el mensaje es sencillo”, “el mensaje es comprensible”. Para cada afirmación los participantes debían indicar su grado de acuerdo-desacuerdo, con un formato tipo Likert (desde 1 “totalmente en desacuerdo”, hasta 5 “totalmente de acuerdo”).

### **Impacto del mensaje**

El impacto de las imágenes se evaluó con dos ítems: “el mensaje es difícil de olvidar” y “el mensaje induce a dejar de fumar” (desde 1 “totalmente en desacuerdo”, hasta 5 “totalmente de acuerdo”).

### **Variables control**

Además, se incluyeron en el cuestionario una serie de preguntas para conocer mejor a los encuestados. Por una parte, se añadieron unas preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, tales como: “en los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha fumado?”; “tiene pensado dejar de fumar...” (Mutti et al., 2013). Por otra parte, se incluyó un apartado para evaluar su conocimiento respecto a las nuevas cajetillas de tabaco: “¿ha visto las nuevas imágenes que aparecen en las cajetillas de tabaco?” (Thrasher et al., 2007); “¿en qué grado recuerda alguna de las imágenes de las cajetillas de tabaco?”; “¿qué grado de atención les ha prestado a las imágenes de las cajetillas de tabaco?”; “¿hasta qué punto las advertencias de las cajetillas le hacen pensar en los daños que causa fumar?”; (Thrasher et al., 2007); ¿con qué precisión crees que las advertencias describen los riesgos para la salud?” (Hammond et al., 2004). Finalmente, se incluyeron dos preguntas sociodemográficas: el sexo y la edad.

## Resultados

### Análisis preliminares

Para conocer mejor a la muestra se llevaron a cabo una serie de análisis preliminares. En ellos se encontró que, del total de 94 sujetos, el 51,1% de ellos no fumaron en los últimos 30 días, el 7,4% fumaban al menos una vez al mes, el 8,5% al menos una vez a la semana y 33% todos los días. Además, el 14,9% de los sujetos no tenían planeado dejarlo, el 26,6% tenían planeado dejarlo en un momento futuro, 3,2% en los siguientes seis meses y 2.1% en el siguiente mes. Es decir, más de la mitad de la muestra (51,1%) no fumaba, y eran una minoría los participantes que tenían pensado dejar de fumar en un futuro próximo (5,3%).

Por otro lado, se encontró que el 79,8% de los encuestados habían visto las nuevas cajetillas de tabaco frente al 20,2%. Se les preguntó sobre el grado en el que recordaban las imágenes que se incluyen en las cajetillas y el 16% no recordaba nada, el 9,6% recordaba poco, el 31,9% recordaba algo, el 21,3% recordaba bastante y el 21,3% restante recordaba mucho estas imágenes. En cuanto al grado de atención que se les prestaba se descubrió que sólo el 7,4% atendían mucho a este tipo de advertencias, el 19,1% atendían bastante, el 26,6% atendían algo, el 27,7% atendían poco y el 19,1% no atendían nada a las advertencias sanitarias de las cajetillas de tabaco. Es decir, casi la mitad de la muestra (46,8%) ignoraban los mensajes de advertencia de los paquetes de tabaco o apenas mostraban atención.

También se encontró que para casi la mitad de la muestra (41,5%) las advertencias en las cajetillas de tabaco no les hacía pensar o les hacía pensar poco en el daño que tiene fumar frente al 58,5% de la muestra que sí pensaban en el daño que puede causar el tabaco cuando veían alguno de los mensajes que se incluyen en las cajetillas. En cuanto al grado en el que los sujetos creen que las advertencias sanitarias reflejan los riesgos para la salud, se descubrió que sólo el 6,4% no consideraba que reflejase realmente o fielmente los peligros que el tabaco tiene para la salud, el 21,3% creía que poco, el 31,9% consideraba que algo, el 24,5 creía que bastante y el 16% creía que mucho.

Se llevó a cabo un análisis de varianza para comprobar si los grupos experimentales eran homogéneos y,

de este modo, comprobar si el proceso de aleatorización a las condiciones experimentales había sido efectivo. Se realizó este análisis en las variables edad, grado de recuerdo de las imágenes, grado de atención prestada a las advertencias, grado en el que las cajetillas hacen pensar en el daño que provocar fumar y grado en el que se creía que las cajetillas provocan riesgos para la salud. En todas ellas la prueba no dio un resultado significativo ( $p > .10$ ), por lo tanto, los grupos son homogéneos en estas variables, lo que significa que la aleatorización a los tratamientos había sido eficaz.

### Preparación de los datos

Para llevar a cabo el contraste de hipótesis en primer lugar se crearon índices compuestos a partir de las respuestas dadas por los participantes a las 8 advertencias sanitarias. Se creó un índice de emociones negativas compuesto por las emociones asco, culpa, remordimiento, irritación, intranquilidad, temor, tensión y repugnancia. Se creó un segundo índice compuesto para medir la comprensión, a partir de los ítems: "el mensaje es claro", "el mensaje es sencillo" y "el mensaje es comprensible". El tercer índice se relacionaba con el impacto preventivo y se creó a partir de los ítems "el mensaje es difícil de olvidar" y "el mensaje induce a dejar de fumar". Para crear dichos índices se utilizó el comando COMPUTE del programa SPSS.

Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson entre las variables emociones negativas, comprensión e impacto preventivo para determinar el grado de asociación entre las variables y se observó que existía una fuerte relación positiva entre los tres índices creados (Tabla 1).

**Tabla 1.** Correlación entre las variables Emociones negativas, Comprensión e Impacto.

	Emociones negativas	Comprensión
Impacto	.54**	.65**
Emociones negativas		.42**

Nivel de significación: \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Se comprobó la fiabilidad (mediante el coeficiente Alfa de Cronbach) de los diferentes índices creados y se llevaron a cabo análisis descriptivos de cada variable (Tabla 2). La consistencia interna de los índices creados era satisfactoria, dado que los coeficientes Alfa de Cronbach mostraban valores muy elevados en todos ellos.

En cuanto al análisis descriptivo, las medias más elevadas se obtuvieron en las variables que conformaban el índice de comprensión: claro (M = 3.51, DT =

1.09), sencillo (M = 3.64, DT = 1.06) y comprensible (M = 3.51, DT = 1.06). En las emociones negativas, las variables que tuvieron medias más elevadas fueron: asco (M = 2.76, DT = .94), intranquilidad (M = 2.5, DT = 1.12) y repugnancia (M = 2.62, DT = .97). Por último, en relación con el índice de impacto, la variable “el mensaje es difícil de olvidar” obtuvo una media más elevada (M = 2.82, DT = 1.01) que la variable “el mensaje induce a dejar de fumar” (M = 2.39, DT = 1.01) [ $t(93) = 5.68, p < .001$ ].

**Tabla 2.** Estadísticas de fiabilidad y descriptivos.

Variable	Alfa de Cronbach	M	IC 95%	DT
Asco	.88	2.76	[2.56, 2.95]	.94
Culpa	.95	1.82	[1.61, 2.02]	1.00
Remordimiento	.95	1.87	[1.66, 2.08]	1.03
Irritación	.94	2.18	[1.96, 2.41]	1.10
Intranquilidad	.94	2.50	[2.27, 2.73]	1.12
Temor	.94	2.44	[2.21, 2.66]	1.09
Tensión	.85	2.33	[2.10, 2.56]	1.11
Repugnancia	.88	2.62	[2.42, 2.82]	.97
Claro	.95	3.51	[3.28, 3.73]	1.09
Sencillo	.95	3.64	[3.42, 3.86]	1.06
Comprensible	.93	3.51	[3.29, 3.73]	1.06
Difícil de olvidar	.91	2.82	[2.62, 3.03]	1.01
Dejar de fumar	.93	2.39	[2.18, 2.59]	1.01

### Hipótesis 1

Se llevó a cabo un análisis de varianza (ONEWAY) con cada uno de los índices creados, ya que se disponía de una variable independiente que generaba tres condiciones experimentales (sólo texto, sólo imagen y texto e imagen). Únicamente se encontraron resultados significativos en el índice de comprensión ( $F(2, 91) = 7.70, p < .001$ ).

Como se puede ver en la Tabla 3, es la comprensión la variable que obtuvo medias más altas, siendo ésta mayor en la condición sólo texto ( $M = 3.95, DT = 3.95$ ) y en la condición texto e imagen ( $M = 3.70, DT = 1.01$ ), en comparación con la condición de sólo imagen ( $M = 3.00, DT = .86$ ).

Según la prueba post hoc de Scheffe, la versión

sólo imagen generaba menor comprensión en comparación con el texto ( $p = .001$ ) y en comparación con la condición texto más imagen ( $p = .020$ ). No se encontraron resultados significativos en el índice de emociones negativas ni en el índice de impacto. En consecuencia, los tres tipos de advertencias sanitarias eran igual de eficaces a la hora de provocar emociones negativas e impacto.

Por lo tanto, la H1a (las cajetillas de tabaco con advertencias combinadas [texto e imagen] serán más efectivas, es decir, provocarán mayores emociones negativas y serán más comprensibles que las que incluyen sólo imagen), se cumple parcialmente, ya que las cajetillas combinadas fueron más comprensibles que aquellas que sólo incluían imagen, pero no llegaron a provocar mayores emociones negativas.

**Tabla 3.** Diferencias de medias en las tres condiciones experimentales: texto, imagen y texto + imagen (ANOVA).

	Texto (N=30)	Imagen (N=30)	Texto+imagen (N=34)	F	p
Impacto Preventivo	2.78 (2.40, 3.16)	2.28 (1.98, 2.57)	2.74 (2.41, 3.07)	2.80	.066
Emociones Negativas	2.43 (2.08, 2.78)	2.24 (1.96, 2.51)	2.28 (1.97, 2.59)	.41	.663
Comprensión	3.95 (3.56, 4.34)	3.00 (2.67, 3.32)	3.7 (3.34, 4.05)	7.70	.001

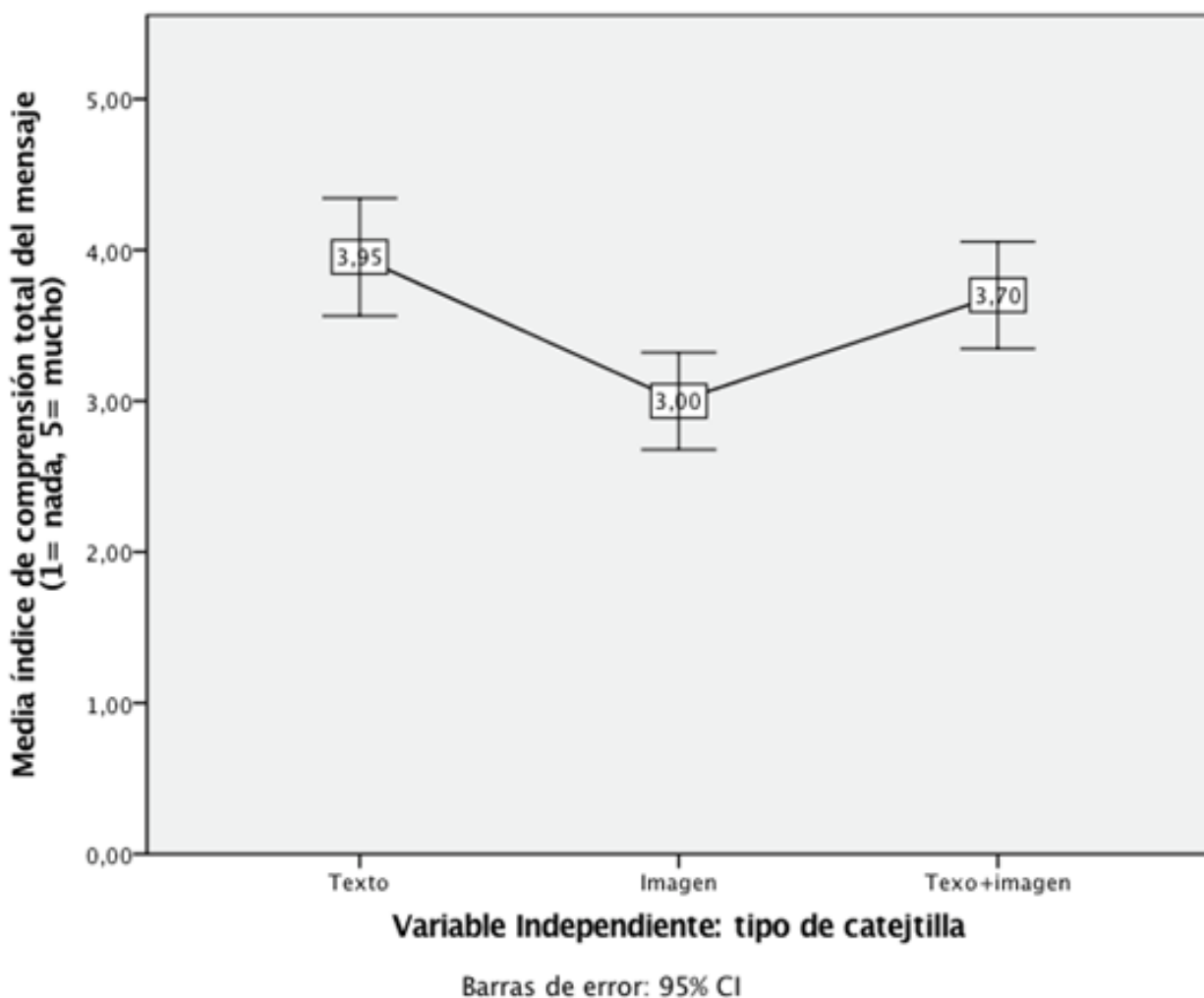


Por otro lado, la H1b (las cajetillas de advertencia combinadas serán más comprensibles que las que incluyen sólo texto, ya que proporcionan más información) no se cumple, pues ambos tipos de cajetillas obtuvieron valores similares de comprensión ( $p = .588$ , prueba Scheffe).

Tampoco se cumplió la H1c (las advertencias que sólo contienen imagen serán más efectivas que aquellas que sólo incluyen texto, ya que provocarán más emociones negativas y por ende tendrán más impacto), puesto que como se ha mencionado anteriormen-

te no se encontraron diferencias entre en las tres condiciones y, por tanto, los tres tipos de advertencia provocaban niveles similares de emociones negativas y de impacto preventivo.

Finalmente, en relación con la H1d (el mensaje será más claro en las advertencias que sólo incluyen texto que aquellas en las que se muestra sólo la imagen), sí se vio avalada por los datos, dado que los resultados mostraron que, efectivamente, aquellos mensajes que sólo incluían texto eran más claros que los que sólo contenían imágenes (Figura 2).



**Figura 2.** Efecto del tipo de cajetilla en el grado de comprensión del mensaje sanitario.

## Hipótesis 2

Se llevaron a cabo análisis factoriales de la varianza (UNIANOVA) incluyendo como una segunda variable independiente el estatus del fumador (no fumador/sí fumador), e incluyendo como variables dependientes las emociones negativas, la comprensión y el impacto preventivo.

No se encontraron efectos de interacción entre la condición experimental (tipo de advertencia sanitaria) y el estatus de fumador, es decir, el ser o no fumador no actuaba como variable moderadora: impacto persuasivo ( $F$  condición  $\times$  estatus fumador (2, 88) = 0.50,  $p$  = .607); emociones negativas ( $F$  condición  $\times$  estatus fumador (2, 88) = 1.69,  $p$  = .190); comprensión ( $F$  condición  $\times$  estatus fumador (2, 88) = 0.92,  $p$  = .399).

Por tanto, no se cumple la H2 (el estatus de fumador funcionará como una variable moderadora, es decir, el hecho de ser fumador hará que los tres tipos de advertencias tengan mayor impacto en éstos ya que provocarán mayores emociones negativas y serán más comprensibles entre los fumadores), ni la H2b (las advertencias combinadas provocarán mayores emociones negativas y serán mejor comprendidas entre los fumadores dando lugar a un mayor impacto).

## Hipótesis 3

Se realizó un análisis factorial de la varianza (UNIANOVA) incluyendo la variable sexo para contrastar si el hecho de ser hombre o mujer influía en el impacto del tipo de advertencia sanitaria en las variables dependientes. No se obtuvieron efectos de interacción significativos: impacto ( $F$  condición  $\times$  sexo (2, 88) = .05,  $p$  = .943; emociones negativas ( $F$  condición  $\times$  sexo (2, 88) = .40,  $p$  = .666); comprensión ( $F$  condición  $\times$  sexo (2, 88) = .19,  $p$  = .827).

Por tanto, la H3 (el sexo funcionará como variable moderadora entre el tipo de condición experimental y el impacto que producen) tampoco se vio avalada por los datos.

## Análisis mediacional

Por último, se llevó a cabo un análisis mediacional con PROCESS para ver el efecto indirecto del tipo de advertencia sanitaria en el impacto a través de las emociones negativas y la comprensión de los mensajes. Es decir, para ver si las emociones negativas y la comprensión actuaban como variables mediadoras en el efecto de la condición (texto, imagen o texto e imagen) sobre el impacto.

El proceso mediacional implica un efecto directo (cómo influye la variable independiente en la variable dependiente, controlando el efecto de las variables mediadoras) pero también un efecto indirecto (cómo influye la variable independiente en la variable mediadora y cómo influye ésta a su vez en la variable dependiente). Para contrastar la significatividad de dichos efectos, se utilizó una macro PROCESS para SPSS (modelo 4) basado en

el método bootstrapping (Hayes, 2013). El análisis se llevó a cabo con 10.000 muestras de bootstrap.

Hayes y Preacher (2014) proporcionaron una solución sistemática para la parametrización de un modelo lineal que incluye una variable multicategórica, como es nuestro caso. Para ello es preciso recodificar la variable independiente en “ $k - 1$ ” códigos indicadores (o variables dummy), donde  $k$  representa el número de categorías o condiciones experimentales. Es decir, la variable multicategórica se recodifica en “ $k-1$ ” variables dummy que luego se introducen de manera simultánea en el modelo de mediación. En este contexto, Hayes y Preacher (2014) incluyen los conceptos de “efecto relativo indirecto” ( $ab$ ), “efecto relativo directo” ( $c'$ ) y “efecto relativo total” ( $c$ ) para cuantificar el efecto de estar en un grupo o conjunto de grupos en relación con algún grupo o conjunto de grupos de referencia. Se establece la etiqueta de “relativos” para reconocer que los efectos directos e indirectos resultantes del análisis dependen de cómo se codifica la variable independiente. De este modo, se cuantifica el efecto de estar en un grupo (o conjunto de grupos) en relación con algún grupo de referencia. En este caso la variable independiente multicategórica dio lugar a dos variables dummy: texto (D1) y texto e imagen (D2) que se compararon con la categoría de referencia, la condición de sólo imagen (Figura 3).

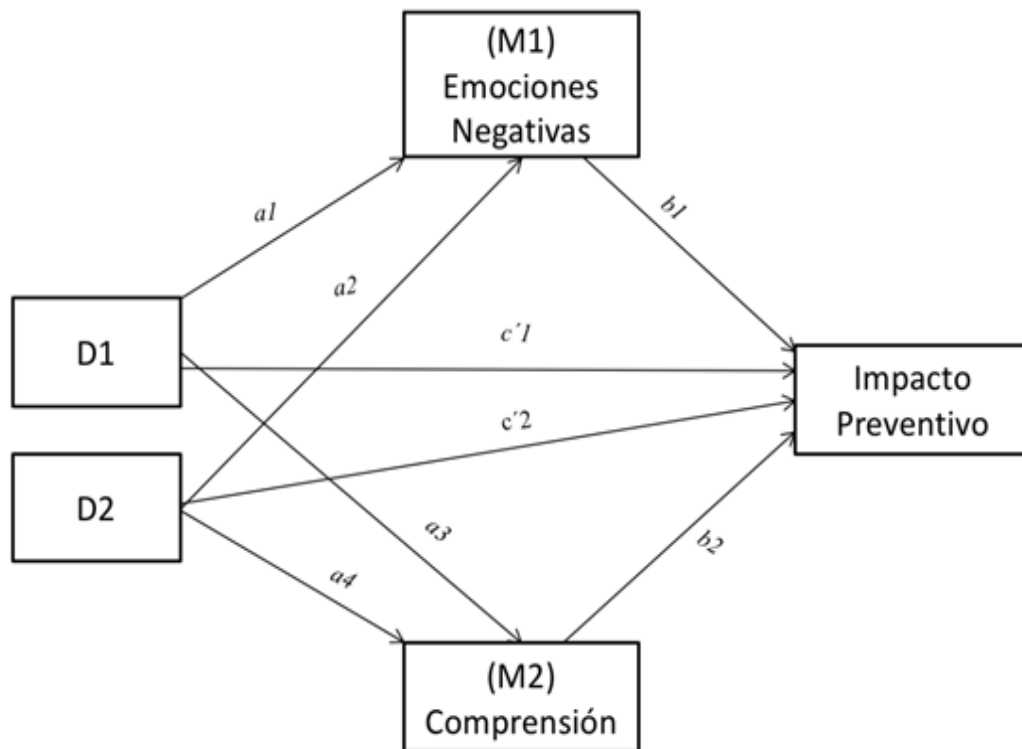
En el análisis de regresión 1 (coeficientes  $a$ ), es decir, el efecto que ejerce la variable independiente ( $X$ ) en las mediadoras ( $M1$ ,  $M2$ ) se obtuvieron los siguientes resultados. En el caso de la variable mediadora emociones negativas no se encontraron resultados significativos, es decir, D1 y D2 no producían ningún efecto en la variable mediadora ( $a1 = .19$ ,  $p = .391$ ;  $a2 = .04$ ,  $p = .844$ ). Por otro lado, en el caso de la variable mediadora comprensión sí se obtuvieron resultados significativos ( $a3 = .95$ ,  $p < .001$ ;  $a4 = .70$ ,  $p < .005$ ). Por lo tanto, en este caso la variable independiente sí ejerce un efecto sobre la mediadora.

En el caso del análisis de regresión 2 (coeficientes  $b$  y  $c'$ ), en otras palabras, el efecto que ejercen las variables mediadoras ( $M1$ ,  $M2$ ) y la independiente ( $X$ ) sobre la variable dependiente ( $Y$ ) se obtuvieron los siguientes resultados. Las variables mediadoras (emociones negativas y comprensión) ejercían un efecto significativo en la variable dependiente (impacto) ( $b1 = .37$ ,  $p < .001$ ;  $b2 = .45$ ,  $p < .000$ , respectivamente). Los efectos directos relativos de la variable independiente (D1, D2) sobre la variable dependiente (impacto), controlando el efecto de las variables mediadoras, no fueron estadísticamente significativos ( $c'1 = -.001$ ,  $p = .995$ ;  $c'2 = .13$ ,  $p = .452$ ) (Figura 4).

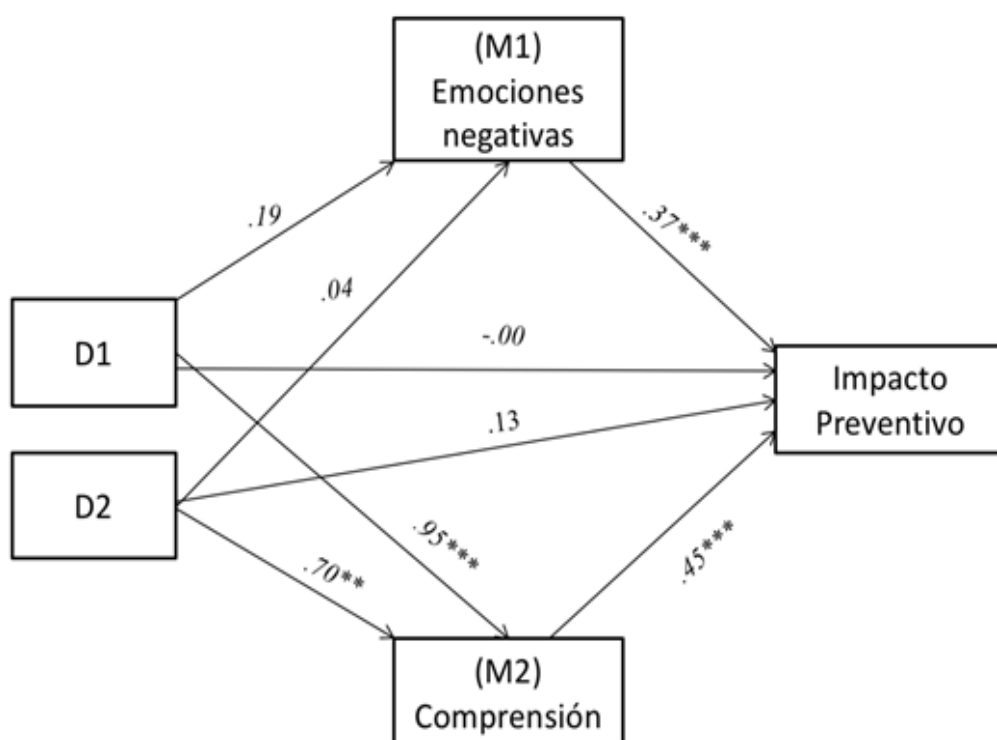
Finalmente, se observó que la variable independiente (D1, D2) no ejercía un efecto relativo indirecto en el impacto preventivo a través de las emociones negativas, ya que el intervalo de confianza incluía el valor 0 (D1:  $a1b1 = .07$ ,  $SE = .08$ , 95% CI [-.07, .25]); D2:  $a2b1 = .01$ ,  $SE = .07$ ,

95% CI [-.13, .17]). En cambio, sí se observaron efectos relativos indirectos significativos y positivos, a través de la variable mediadora comprensión, tanto de D1 ( $a_3b_2 = .43$ , SE = .15, 95% CI [.17, .78]) como de D2 ( $a_4b_2 = .31$ , SE = .12, 95% CI [.10, .60]). En este caso, el efecto indirecto es estadísticamente significativo porque el intervalo de confianza (CI 95%) no incluye el 0. Estos resultados significan que las advertencias con sólo texto y aquellas con texto e imagen ejercían un ma-

yor impacto preventivo (en comparación con las cajetillas con la imagen sola) porque mejoran la comprensión del mensaje. Es decir, los mensajes de texto y texto e imagen al ser más comprensibles generaron más impacto que la imagen sola. Al mismo tiempo, se observó que las emociones negativas no jugaron un papel mediador significativo, ya que la variable independiente (texto, imagen o texto e imagen) no influía en que se produjeran más o menos emociones negativas.



**Figura 3.** Diagrama conceptual del modelo mediacional.



**Figura 4.** Resultados el análisis mediacional. La figura muestra los coeficientes de regresión no estandarizados obtenidos con PROCESS para SPSS.  $^{**} p < .01$ ,  $^{***} p < .001$ .

## Discusión

Los jóvenes españoles apenas muestran diferencias entre las advertencias sanitarias de las cajetillas con texto, imagen y texto e imagen. Numerosos estudios muestran que el impacto es mayor cuando el mensaje incluye texto e imagen (Rey et al., 2010; O'Hegarty et al., 2006; Hammond et al., 2003; Thrasher et al., 2007; McQueen, et al., 2016) pero en el presente estudio no se han encontrado esos resultados, pues en cuanto a impacto, los jóvenes muestran resultados similares en las tres condiciones. Únicamente se observaron resultados significativos en cuanto a la comprensión, observándose que la imagen sola distorsionaba el significado ya que se consideran más claros, sencillos y comprensibles los mensajes de texto y los que combinan el texto y la imagen. Por lo tanto, una imagen no vale más que mil palabras, sino que puede llegar a deformar su significado.

Este resultado puede deberse a que en las cajetillas actuales no se hace tanta referencia al deterioro del aspecto físico (y sus posibles consecuencias sociales) que es uno de los temas que más preocupa a los jóvenes y que se puede utilizar como argumento y amenaza para que éstos dejen el hábito de fumar. En este sentido se ha señalado que "los mensajes que se centran sólo en consecuencias sobre la salud son menos efectivos, ya que los jóvenes se preocupan menos de la salud que los adultos pues lo ven como algo lejano, un problema a largo plazo y, por ello, son más efectivas aquellas que se refieren a consecuencias sociales" (Igartua, 2011, p.187).

Cantrell et al. (2013) encontraron que las advertencias que sólo incluían texto en Estados Unidos eran ineficaces en los jóvenes, dado que los mensajes visuales motivan más y son mejor comprendidos por los jóvenes con respecto a los adultos (Rey et al., 2010). Por lo tanto, deberían buscarse otros métodos más eficaces para llegar a los jóvenes, que son el público objetivo de la industria tabacalera, debido a que la decisión de empezar a fumar y la marca ocurren durante la adolescencia (Marín, 2003; O'Hegarty et al., 2006). Una alternativa podría ser el uso de narraciones con testimonios de exfumadores. En su estudio, Sangalang (2015) probó la capacidad de las narraciones para impactar en las actitudes hacia el cigarrillo electrónico. Por lo tanto, las narraciones pueden promover cambios en las actitudes dando lugar a conductas más saludables. Por otro lado, el hecho de utilizar mensajes basados en historietas es muy útil ya que son fáciles de ubicar en diversos lugares como institutos o campus universitarios. Es decir, son más rentables en comparación con las intervenciones de vídeo y además

son fáciles de dirigir y adaptar a una determinada audiencia (Sangalang, 2015).

También se ha comprobado que el impacto del mensaje aumentaba con la comprensión. Ello implica que los mensajes deben diseñarse de manera clara, sencilla y comprensible para que produzcan un mayor impacto.

Cabe destacar que al contrario de numerosos estudios que muestran cómo la imagen mejora el impacto del mensaje, en este caso no es así, sino que ocurre todo lo contrario, la imagen distorsiona el mensaje, pues los resultados muestran que la condición de texto y texto e imagen generan una mayor comprensión que lleva a un mayor impacto preventivo. Según Borland et al. (2009) la justificación de que las advertencias gráficas sean más eficaces frente al texto es porque se asume que aportan más información e inducen emociones negativas que pueden llegar a provocar una mayor preocupación y, por ello, que se deje de fumar. Sin embargo, los resultados del presente estudio han mostrado lo contrario: la imagen (sin texto) no aporta información, sino que reduce la comprensión del mensaje y no generó más emociones negativas. Además, se observó que las emociones negativas no juegan un rol importante como variables mediadoras en el presente estudio.

## Conclusiones

A pesar de que son muchos los países que utilizan las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco como único mecanismo sostenido a nivel poblacional mediante el cual los gobiernos informan a los ciudadanos de los daños que pueden producir los cigarrillos (Fong, Hammond y Hitchman, 2009), en este estudio se ha descubierto que en el caso de los jóvenes españoles las imágenes de las nuevas cajetillas quizá no sean las más apropiadas para producir mayor impacto y que provoquen que los jóvenes dejen de fumar o no inicien este hábito.

Las tres versiones de etiquetas amenazantes provocan el mismo impacto y emociones negativas, pero las cajetillas con sólo texto y texto e imagen provocan mayor comprensión que las cajetillas con sólo imagen. Esto tiene implicaciones para el diseño porque significa que los tres tipos de cajetillas tienen la misma capacidad de inducir emociones negativas y de estimular la respuesta preventiva, aunque la imagen sola deteriora la comprensión del mensaje.

El presente estudio llena una laguna de conocimiento entorno al impacto de las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco. En particular se observa que las imágenes por sí solas no mejoran el impacto del mensaje.

Además, también se comprueba que el impacto de las cajetillas que combinan texto e imagen y aquellas presentan únicamente un mensaje escrito generan un mayor impacto que las cajetillas construidas en imágenes sin texto, pero no tanto porque induzcan más emociones negativas sino porque mejoran la comprensión del mensaje. De este modo, queda de manifiesto que las etiquetas amenazantes deben su impacto a que facilitan la comprensión del mensaje, por lo tanto, parece ser que “una imagen no vale más que mil palabras” ya que se necesita del texto o del texto acompañado de la imagen para que se incremente el impacto.

## Referencias Bibliográfica

- Asociación Española Contra el Cáncer. (2015). *Tabaco*: Datos de interés: aeec.es. Recuperado el 10 de septiembre de 2016 de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/PREVENCIÓN/TABACO/Paginas/Datosdeinteres.aspx>
- Borland, R., Wilson, N., Fong, G. T., Hammond, D., Cumming, K. M., Yong, H. H.,... McNeill, A. (2009). Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tobacco Control*, 18(5), 358-364. doi: 10.1136/tc.2008.028043
- Cantrell, J., Vallone, D. M., Thrasher J. F., Nagler, R. H., Feirman, S. R., Muenz, L. R.,... Viswanath, K. (2013). Impact of tobacco-related health warning labels across socioeconomic, race and ethnic groups: results from a randomized web-based experiment. *PLoS ONE*, 8(1). doi: 10.1371/journal.pone.0052206
- Crespo, A., Barrio, A., Cabestrero, R., y Hernández, Ó. (2007). Procesamiento cognitivo y valoración de las nuevas advertencias combinadas antitabaco propuestas por la Comisión Europea: estudio empírico en una muestra española. *Clínica y Salud*, 18(2), 163-177.
- Evans, A. T., Peters, E., Strasser, A. A., Emery, L. F., Sheerin, K. M., & Romer, D. (2015). Graphic warning labels elicit affective and thoughtful responses from smokers: results of a randomized clinical. *PLoS ONE* 10(12). doi: 10.1371/journal.pone.0142879
- Fong, G. T., Hammond, D., & Hitchman, S. (2009). The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings. *Bulleting of the World Health Organ*, 87, 640-643. doi: 10.2471/BLT.09069575
- Hammond, D., Fong, G. T., McDonald, P. W., Brown, S., & Cameron, R. (2004). Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1442-1445. doi: 10.2105/AJPH.94.8.1442
- Hammond, D., Fong, G. T., McDonald, P. W., Cameron, R., & Brown, K. S. (2003). Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behavior. *Tobacco Control*, 12(4), 391-395.
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York, NJ: The Guilford Press.
- Hayes, A., & Preacher, K. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *The British Psychological Society*, 67(3), 451-470. doi: 10.1111/bmsp.12028
- Igartua, J. J. (2006). *Métodos cuantitativos de investigación en comunicación*. Barcelona: Bosch.
- Igartua, J. J. (2011). Tabaco y publicidad: la eficacia persuasiva de las apelaciones al miedo. En U. Cuesta, T. Menéndez, y A. Ugarte (coords.), *Comunicación y salud*. Nuevos escenarios y tendencias (pp. 167-194). Madrid: Editorial Complutense.
- Igartua, J. J., y Humanes, M. (2004). *Teoría e investigación en comunicación social*. Madrid: Síntesis.
- Jung, M. (2016). Implications of graphic cigarette warning labels on smoking behavior: an international perspective. *Journal of Cancer Prevention*, 21(1), 21-25. doi: 10.15430/JCP.2016.21.1.21
- LaVoie, N. R., Quick, B. L., Riles, J. M., & Lambert, N. J. (2015). Are graphic cigarette warning labels an effective message strategy? A test of psychological reactance theory and source appraisal communication. *Communication Research*, 44(3), 416- 436. doi: 10.1177/0093650215609669
- Leshner, G., Vultee, F., Bolls, P. D., & Moore, J. (2010). When a fear appeal isn't just a fear appeal: The effects of graphic anti-tobacco messages. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 54(3), 485-507. doi: 10.1080/08838151.2010.498850
- Marín, D. (2003). Empaquetado de tabaco: información de consumo versus imagen de marca. *Prevención del Tabaquismo*, 5(2), 100-107.
- McQueen, A., Waters, E. A., Kaphingst, K. A., Caburnay, C. A., Sanders, V. L., Boyum, S., & Kreuter, M. W. (2016). Examining interpretations of graphic cigarette

- warning labels among U. S. youth and adults. *Journal of Health Communication*, 21, 855-867. doi: 10.1080/10810730.2016.1177142
- Mutti, S., Hammond, D., Reid, J. L., & Thrasher, J. F. (2013). The efficacy of cigarette warning labels on health beliefs in the United States and Mexico. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 18(10), 1180-1192. doi: 10.1080/10810730.2013.778368
- O'Hegarty, M., Pederson, L. L., Nelson, D. E., Mowery, P., Gable, J. M., & Wortley, P. (2006). Reactions of young adult smokers to warning labels on cigarette packages. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 467-473. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.018
- Rey, J.M., Lacave, B., Viedma del Jesús, M. I., y Gallopel-Morvan, K. (2010). Una imagen vale más que mil palabras: efectos de las advertencias sanitarias visuales en el descenso del consumo de tabaco: un estudio desde la perspectiva del marketing social. *Cuadernos de Gestión*, 10, 149-165. doi: 10.5295/cdg.100195jr
- Sangalang, A. L. (2015). *Using stories to communicate electronic cigarette risk to young adults: explicating similarity in narrative persuasion*. (Tesis doctoral). Universidad del Sur de California, Estados Unidos, California.
- Thrasher, J. F., Allen, B., Reynales-Shigematsu, L. M., Anaya, R., Lazcano-Ponce, E., y Hernández-Ávila, M. (2006). Análisis del impacto en fumadores mexicanos de los avisos gráficos en las cajetillas de cigarros. *Salud Pública de México*, 48(suplemento 1), S65-S73. doi: 10.1590/S0036-36342006000700008
- Thrasher, J. F., Hammond, D., Fong, G. F., & Arillo-Santillán, E. (2007). Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: A comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 49(suplemento 2), 233-240. doi: 10.1590/S0036-3634200700008000013
- Unión Europea. Directiva 2014/40/UE de 3 de abril de 2014 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE. *Diario oficial de la Unión Europea*, 24 de abril de 2014.
- Unión Europea. (2015). *Advertencias sanitarias combinadas*. Productos del tabaco para fumar. Recuperado el 20 de diciembre de 2016 de: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/healthwarnings\\_spain.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/healthwarnings_spain.pdf)
- Wang, A., Romer, D., Elman, I., Turetsky B. I., Gur, R. C., & Langleben, D. D. (2013). Emotional graphic cigarette warning labels reduce the electrophysiological brain response to smoking cues. *Addiction Biology*, 20(2), 368-376. doi: 10.1111/adb.12117
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 591-615. doi: 10.1177/1090198100027005060

## Evaluación de aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación: elaboración y aplicación de un check-lis

### Evaluation of gamification apps in smoking cessation: development and application of a check-list

Rubén Andújar-Espinosa<sup>a</sup>, Lourdes Salinero-González<sup>b</sup>, Manuel Castilla-Martínez<sup>c</sup>, Carlos Castillo-Quintanilla<sup>d</sup>, Rocío Ibañez Meléndez<sup>d</sup>, Chunshao Hu-Yang<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, España

<sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Reina Sofía, España

<sup>c</sup>Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, España

<sup>d</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Santa Lucía, España

#### Resumen

**Introducción.** El uso de la gamificación en salud es una herramienta útil para incrementar la motivación cuando se aplica a salud. Los **objetivos** fueron realizar una revisión sobre evidencias científicas de aplicaciones con elementos de gamificación en salud, identificar características de calidad, elaborar un check-list y aplicarlo a aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación. **Métodos.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed sobre gamificación en salud y una búsqueda de apps de cese tabáquico con elementos de gamificación. Se elaboró un check-list para evaluar la calidad, elementos de gamificación y técnicas de cambio de comportamiento utilizados, posteriormente se aplicó a las apps seleccionadas. **Resultados.** Se incluyeron 14 apps sobre gamificación en deshabituación tabáquica. Solo 4 (28,6%) identificaron fuentes de información fiables y solo 2 (14,3%) informaron sobre políticas de acceso y tratamiento de datos. Las técnicas de cambio de comportamiento identificadas fueron retroalimentación en todas las apps, automonitorización en 12 (85,7%) y cambios basados en los éxitos pasados en 13 (92,9%). **Conclusiones.** Existen pocos estudios sobre aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación, con gran variabilidad en metodología, variables medidas y escasas evidencias. La creación de un check-list sobre calidad de las aplicaciones podría disminuir esta variabilidad y mejorar la calidad de los estudios futuros. Son necesarios nuevos estudios.

Palabras clave: Deshabituación tabáquica; Aplicaciones móviles; Terapia de comportamiento; Cese tabáquico.

#### Abstract

**Introduction.** The use of health gamification has proven to be a useful tool to increase motivation and commitment when applied to health. The **objectives** were to review the scientific evidences of health gamification applications, to identify the quality characteristics, to develop a check list to evaluate it and to apply it to the applications in smoking cessation. **Methodology.** PubMed search on health gamification and a search for smoking cessation apps with gamification elements in the most important application stores. A checklist was developed to evaluate the quality, gamification elements and behavior change techniques used, and was applied to the selected apps. **Results.** We included 14 apps on gamification in smoking cessation. Only 4 (28.6%) identified reliable sources of information and only 2 (14.3%) reported on access policies and data processing. Behavior change techniques identified were feedback in all apps, self-monitoring in 12 (85.7%) and changes based on past successes 13 (92.9%). **Conclusions.** There are few studies on gamification applications in smoking cessation, with a high variability in the methodology, measured variables and with little evidence. Creating a checklist on the quality of smoking cessation apps could decrease this variability and improve the quality of future studies. Further studies are needed.

Key Words: Tobacco Use Cessation; Mobile Applications; Behavior Therapy; Smoking Cessation.

## Introducción

El rápido avance tecnológico y la gran difusión de los smartphones en la última década en la sociedad ha facilitado la creación de apps para la salud. Existen investigaciones que demuestran que los individuos son más propensos a adherirse a una actividad cuando ésta les resulta agradable o de valor (“Nakamura J, Csikszentmihalyi M. The construction of meaning through vital engagement. In: Keyes C, Haidt J, editor^editors Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived. Washington, DC, US American Psychological Association; 2003: pp. 83–104.”). La “Gamificación” es un método, que surgió en un contexto de juegos de ordenador en 2002 (Dale, 2014), y se dio a conocer de forma más amplia en torno a 2010 (Jakubowski, 2014). El uso del término gamificación se refiere al software que incorpora elementos de juego, siendo los más comunes los puntos, insignias y tablas de clasificación, así como retos, niveles de progreso, retroalimentación y recompensas (Cugelman, 2013b). El objetivo de estas características de gamificación es ejercer un efecto sobre la motivación de los usuarios y promover una mejor experiencia y compromiso (“Harms J, Seitz D, Wimmer C, Kappel K, Grechenig T. Low-cost gamification of online surveys: Improving the user experience through achievement badges. Proceedings of the 2015 Annual Symposium on Computer-Human Interaction in Play 2015, 5–7 Oct. London, United Kingdom: Association for Computing Machinery, pp. 109–113.”). La gamificación puede ser eficaz en la promoción y mantenimiento de conductas saludables utilizando aspectos lúdicos. Las estrategias utilizadas por la gamificación son: fijar objetivos, informar sobre el rendimiento, el refuerzo, el progreso y la posibilidad de comparación a través de la conectividad social. (Cugelman, 2013a). Consiste por tanto en hacer que una tarea sea percibida como un juego, alentando a los usuarios a participar en la actividad para lograr los resultados necesarios (“Nicholson S. A User-Centered Theoretical Framework for Meaningful Gamification. Games+ Learning+ Society. 2012. p. 1-7. Disponible en: <http://scottnicholson.com/pubs/meaningfulframework.pdf>. (Último acceso: 23 de abril de 2017).”).

La motivación es un factor clave de éxito en las intervenciones antitabaco, es el motor del cambio y a medida que aumenta el número de motivos para dejar de fumar, mayor será la confianza del paciente en que puede dejarlo y lograr la abstinencia (“Jochen RT, Demosthenes B Panagiotakos, Panagiotakos BD, Evangelos Polychronopoulos, Polychronopoulos E, Robert West, Zatonski W, and Ulrich John Ulrich J The relation-

ship between smokers’ motivation to quit and intensity of tobacco control at the population level: a comparison of five European countries. BMC Public Health 2008;8:2-10.”)Thyrian et al, 2008).

Actualmente la evaluación de la calidad de las aplicaciones móviles de gamificación en salud es difícil debido a que no existe ninguna herramienta que facilite esta tarea. En este sentido, la elaboración de un check-list podría servir para recoger los datos de las aplicaciones móviles con elementos de gamificación en salud, con el objetivo de estandarizar la recogida de datos en este ámbito y favorecer el análisis de resultados posteriormente. El objetivo de nuestro trabajo es extraer de la literatura las principales características de calidad de las aplicaciones móviles con elementos de juego en salud para elaborar un check-list y evaluar las aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación disponibles.

## Métodos

***La metodología utilizada se estructuró en cinco fases:***

### ***1. Búsqueda en Pubmed y elegibilidad de artículos***

Se realizó una búsqueda en Pubmed, con el objetivo de recuperar estudios sobre gamificación en salud publicados en revistas de referencia con los siguientes criterios: artículos publicados a partir de 2010 y hasta la fecha de la búsqueda (2 de abril de 2017), con las palabras clave “gamification”, “smoke cessation”, “mHealth”, “serious game”, “app”, “Smartphone” y “mobile health”, en los idiomas inglés y español, que correspondan a los tipos de artículo: Ensayo clínico aleatorizado, revisión sistemática y/o meta-análisis, y que estos artículos analizaran al menos alguna app sobre gamificación en salud.

### ***2. Extracción de evidencias científicas y criterios de calidad de las apps publicadas***

Se extrajeron los datos de los artículos incluidos en los meta-análisis y revisiones sistemáticas seleccionados. Los datos extraídos se basaron en criterios de calidad de los estudios, patología en la que se utiliza la gamificación, elementos de gamificación utilizados y resultados de los estudios.



### 3. Elaboración de check-list de criterios de calidad

Se elaboró un check-list con los criterios de calidad extraídos de los artículos y de la literatura científica, con la finalidad de poder aplicarlo posteriormente a la evaluación de calidad de otras aplicaciones móviles con elementos de gamificación.

### 4. Búsqueda de apps sobre deshabituación tabáquica con elementos de gamificación

Se realizó una búsqueda de apps sobre deshabituación tabáquica el día 6 de abril de 2017, en las principales tiendas de apps móviles de España (Apple Store (<https://itunes.apple.com>) y Google Play (<https://play.google.com/store>), realizando una selección inicial de apps. Posteriormente se seleccionaron sólo las apps en los idiomas inglés y español y se excluyeron las apps que no incluían al menos un elemento de gamificación.

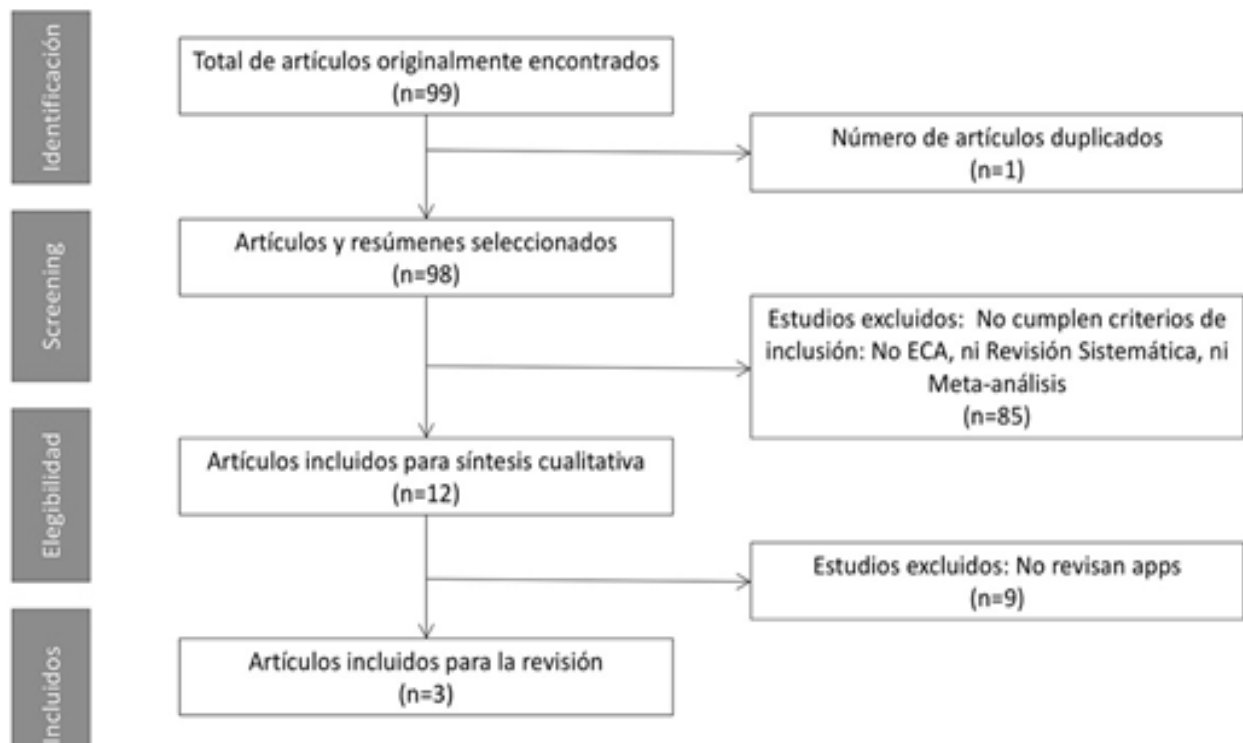
### 5. Aplicación del check-list a aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación

Se aplicó el check-list a las aplicaciones con elementos de gamificación para la deshabituación tabáquica identificadas en la búsqueda para poder extraer conclusiones sobre la calidad de las apps que se ofrecen a través de las tiendas virtuales sobre cese tabáquico con elementos de gamificación.

## Resultados

### Selección de estudios

Tras la búsqueda en la base de datos Pubmed, se encontraron 99 estudios publicados desde el año 2010, de los que sólo 3 artículos analizaban apps sobre gamificación en salud. (Figura 1). Todos los artículos que se seleccionaron eran revisiones sistemáticas.



**Figura 1.** Diagrama de flujo de la selección de estudios.

### Evidencias sobre gamificación

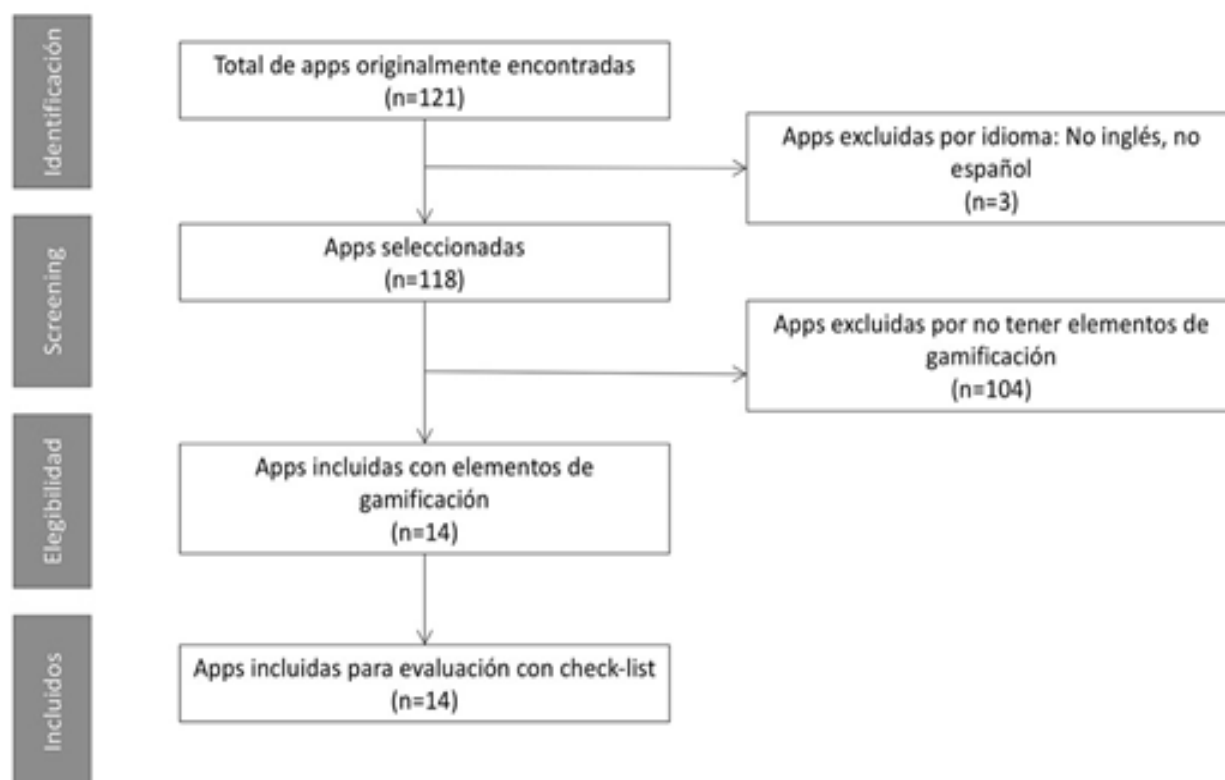
En 2015, (Theng, Lee, Patinadan, & Foo, 2015) realizaron una revisión sistemática sobre el uso de videojuegos y gamificación en el automanejo de la diabetes. Los autores de esta revisión concluyeron que la gamificación aportaba una mayor motivación extrínseca y refuerzo positivo en estos pacientes, mejorando la adherencia a los controles de glucosa y el empoderamiento de los pacientes diabéticos.

En 2016, Alahäivälä y Oinas-Kukkonen (Alahaivala & Oinas-Kukkonen, 2016) publicaron una revisión sistemática para analizar los cambios en el comportamiento de los usuarios de gamificación en salud y concluyeron que las investigaciones futuras sobre los sistemas de apoyo al cambio de comportamiento en la salud gamificados deben comparar sistemáticamente las diferentes combinaciones de factores contextuales, las teorías relacionadas, las estrategias de gamificación elegidas y el estudio de los resultados para lograr un uso más eficiente de la gamificación en salud.

Edwards et al. (2016) realizaron en 2016 la primera revisión sistemática de aplicaciones de salud para teléfonos móviles que contienen elementos de juego, en la que se analizaron las técnicas de cambio de comportamiento utilizadas. Los autores concluyeron que existen pocas aplicaciones de salud que empleen en la actualidad gamificación, y que existe una amplia variación en el uso de técnicas de cambio de comportamiento, lo que puede limitar el potencial para mejorar los resultados de salud. Además, indicaron que se requiere investigación adicional para evaluar las técnicas efectivas de cambio de comportamiento para evaluar los resultados clínicos.

### Selección de apps

Tras la búsqueda de apps, se encontraron 121 apps sobre deshabituación tabáquica disponibles, de las que se incluyeron 14 apps para la evaluación con el check-list: yopuedo, QuitBuddy, Sin humo, Quit smoke, Stop smoke, Livestrong, S'acabo, Respirapp, StopTabaco, Kwit, Nofumo, QuitNow!, SmokeFree, ExSmoker (Figura 2).



**Figura 2.** Diagrama de flujo de la selección de apps.

### *Elaboración de un check-list de evaluación de aplicaciones con elementos de juego*

Para elaborar el check-list de evaluación de la calidad de las aplicaciones móviles para la salud con elementos de juego se tuvieron en cuenta elementos de gamificación, puntuación asignada a las apps por los usuarios, las escasas evidencias disponibles en la literatura científica, las categorías de cambio de comportamiento más habituales descritas por (Edwards et al., 2016), los elementos de gamificación de las apps, y los criterios de calidad de las apps establecidos por la Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Salud de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, s. f.).

Muchos son los artículos que describen los elementos de gamificación en salud, sin que exista evidencia sobre los que son más beneficiosos para los pacientes. Los elementos de gamificación más destacados son:

- Recompensas (Burgess, Cameron, Watt, & Kimble, 2016; Edwards et al., 2016; El-Hilly et al., 2016; Hswen, Murti, Vormawor, Bhattacharjee, & Naslund, 2013; Lister, West, Cannon, Sax, & Brodegard, 2014; Looyestyn et al., 2017; Payne, Moxley, & MacDonald, 2015).
- Premios (Edwards et al., 2016; Lister et al., 2014).
- Avatares (Edwards et al., 2016; Hswen et al., 2013).
- Insignias (Brown et al., 2016; Edwards et al., 2016; Looyestyn et al., 2017).
- Tablas de clasificación (Edwards et al., 2016; Lister et al., 2014; Looyestyn et al., 2017).
- Concursos (Edwards et al., 2016; Lister et al., 2014).
- Niveles (Edwards et al., 2016; Lister et al., 2014).
- Desafíos (Brown et al., 2016; Edwards et al., 2016).
- Puntos (Brown et al., 2016; Burgess et al., 2016; Curtis, Lahiri, & Brown, 2015; Lister et al., 2014; Looyestyn et al., 2017).
- Retroalimentación (Brown et al., 2016; El-Hilly et al., 2016; Payne et al., 2015).
- Metas (Brown et al., 2016; El-Hilly et al., 2016; Payne et al., 2015).
- Interacción social (Burgess et al., 2016; El-Hilly et al., 2016; Hswen et al., 2013; Lister et al., 2014).
- Logros (Burgess et al., 2016; Curtis et al., 2015).

Entre las estrategias de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud elaboradas por la consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, s. f.) cabe destacar cuatro categorías: Diseño y pertinencia, calidad y seguridad de la información, prestación de servicios y confidencialidad.

En cuanto a las técnicas de cambio de comportamien-

to, la eficacia de estas técnicas es apoyada por los resultados de numerosos artículos (Greaves et al., 2011; Michie, Abraham, Whittington, McAteer, & Gupta, 2009; Michie, Ashford, et al., 2011; Michie, Hyder, Walia, & West, 2011; O'Brien et al., 2015). (Edwards et al., 2016) identificaron las categorías más comunes de cambio de comportamiento: retroalimentación y monitorización, comparación de comportamiento y recompensa y amenaza. Las técnicas individuales más utilizadas identificadas por Edwards fueron la automonitorización de la conducta, recompensa no específica, incentivo no específico, apoyo social sin especificar y centrarse en éxitos pasados.

Con todos estos datos se elaboró un check-list para la evaluación de la calidad de las aplicaciones con elementos de gamificación en salud que podría permitir la estandarización en la recogida de datos, con la finalidad de facilitar las investigaciones futuras y la realización de meta-análisis. El check-list se muestra en la Tabla 1.

### *Aplicación del check-list a las apps de tabaquismo seleccionadas*

Se analizaron 14 apps, de las cuales 9 (64,3%) se podían descargar desde la plataforma Android®, todas (100%) podían ser descargadas desde la plataforma iOS®. En los últimos 3 años se crearon la mayoría de las apps sobre gamificación en deshabituación tabáquica analizadas: 11 apps (78,6%). La puntuación media otorgada por los usuarios fue de 3,88 ( $\pm 0,45$ ) sobre 5,00, con un rango entre 2,8 y 4,6 puntos.

Los resultados sobre calidad de las apps fueron los siguientes: En el apartado de diseño y pertinencia: Todas las apps (100%) eran pertinentes, es decir, definen de forma clara su alcance funcional y la finalidad con la que se ha desarrollado, identificando los colectivos a los que se destina la información y los objetivos perseguidos; sin embargo, no se ha identificado en ninguna app (0%) información sobre ningún estudio de usabilidad previo al lanzamiento de la aplicación; En el apartado de Calidad y Seguridad de la información: Todas las apps (100%) eran adecuadas a la audiencia a la que van dirigidas. En cuanto a los datos de transparencia, solo 5 apps (35,7%) ofrecía información sobre sus propietarios, sobre las fuentes de financiación y posibles conflictos de intereses. Únicamente 6 apps (42,9 %) identificaban de forma clara a los autores de la aplicación. Todas ofrecían información sobre la última actualización, pero solo en 4 (28,6%) se pudieron identificar fuentes de información fiables. Solo en 1 app (7,1%) se identificaron los riesgos que el manejo de la app puede suponer para la seguridad del paciente; En la Prestación de Servicios: En 13 apps (92,9%) se identificó un sistema de ayuda sobre su manejo y proporcionaron un mecanismo de contacto para asistencia técnica y soporte; solo 2 (14,3%) informaba sobre términos y condi-

ciones con respecto a la comercialización de sus productos y servicios; Solo 1 (7,1%) advirtió del uso de mecanismos de publicidad, aunque no permitía desactivarla; En el apartado de Confidencialidad y Privacidad: Solo 2 aplicaciones (14,3%) informó sobre políticas de acceso y tratamiento de datos y acuerdos comerciales con terceros; y únicamente 1 (7,1%) describía los procedimientos de seguridad establecidos para evitar accesos no autorizados a la información de carácter personal, limitaba el acceso por parte de terceros y cifraba la información con gestión de contraseñas.

En cuanto a los elementos de gamificación, se identificaron los siguientes elementos en las distintas apps: Ninguna app utilizó los elementos de recompensa, premios, avatares,

concursos, niveles, desafíos y puntos. Utilizaron insignias 4 apps (28,6%), tablas de clasificación 3 (21,4%), metas 10 (71,4%), retroalimentación 14 (100%), logros 14 (100%) e interacción social 6 (42,9%). Todas las apps utilizaron al menos dos elementos de gamificación.

Las técnicas de cambio de comportamiento identificadas fueron: retroalimentación en todas las apps (100%), automonitorización en 12 (85,7%), comparación de comportamiento en 1 (7,1%), apoyo social en 4 (28,6%) y cambios basados en los éxitos pasados 13 (92,9%). Ninguna app utilizó la recompensa y amenaza, ni el incentivo como técnica de cambio del comportamiento. El resumen de los resultados se muestra en la tabla 1 y en las figuras 3 y 4.

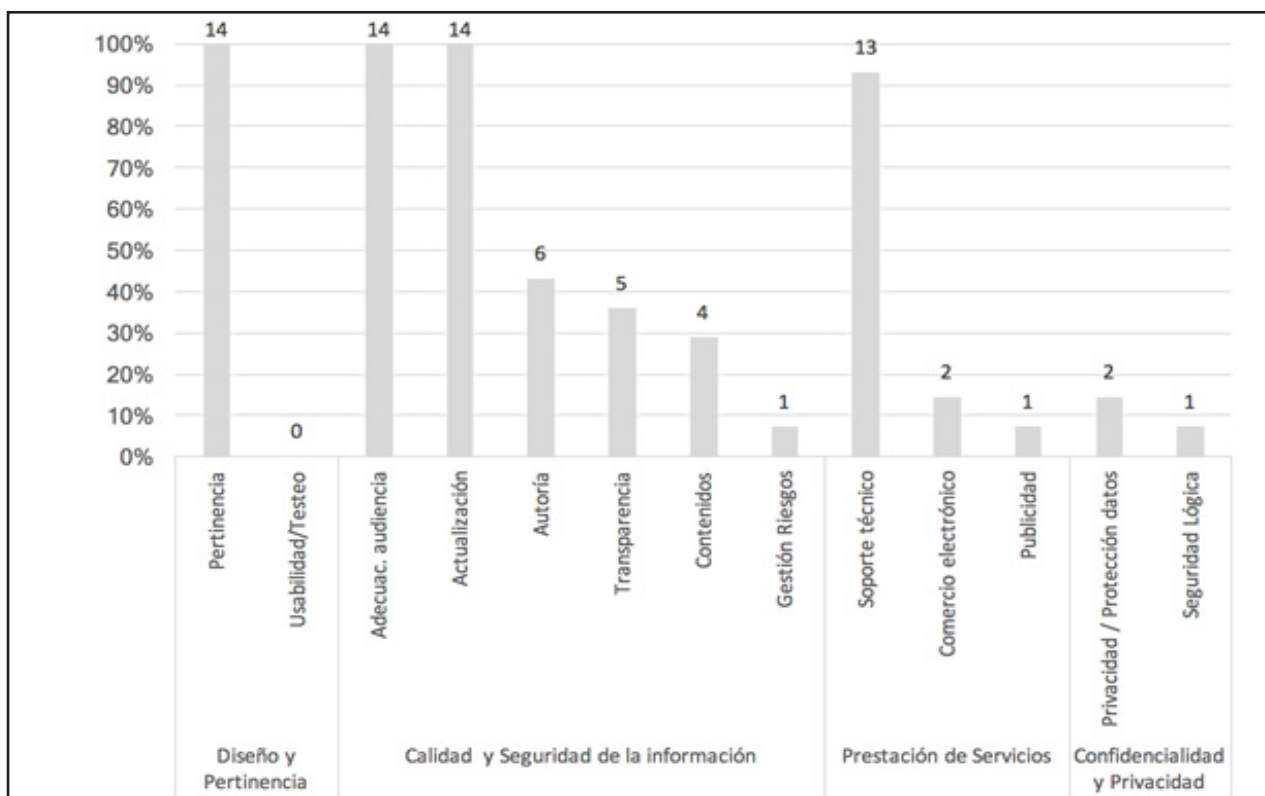


Figura 3. Calidad de las apps analizadas.

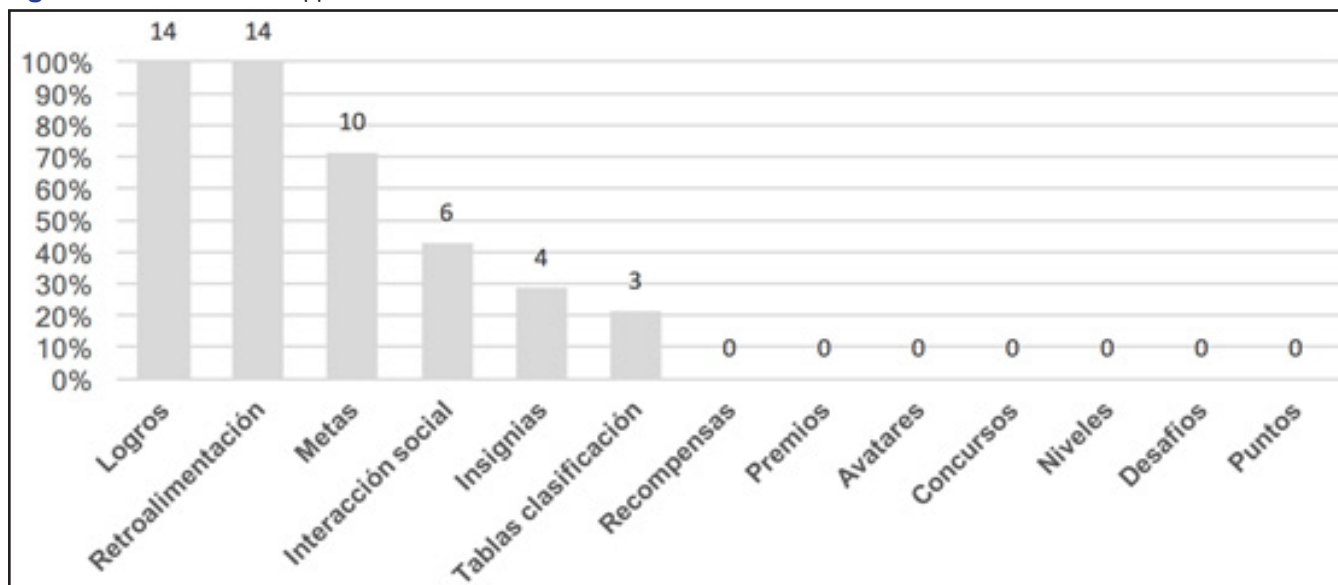


Figura 4. Elementos de gamificación identificados.

**Tabla 1.** Check-list para la evaluación aplicaciones con elementos de gamificación en salud.

Nombre de la app		yopuedo	Quit Buddy	Sin humo	Quit smoke	Stop Smoke	Livestrong	Sacabo	Respirapp	StopTabaco	Kwit	No fumo	Quit-Now!	Smoke Free	Ex Smoker
Año de creación		2014	2015	2017	2011	2016	2010	2015	2015	2017	2017	2016	2017	2017	2015
Plataforma de la app (1. Plataforma iOS, 2. Plataforma Android)		1,2	1,2	1	1	1,2	1	1,2	1,2	1	1,2	1	1,2	1,2	1,2
Puntuación del usuario (sobre 5)		3,6	4,1	-	4	3,5	4	3,9	3,7	4	4,3	3,6	4,3	4,6	2,8
Diseño y Pertinencia	Pertinencia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Calidad y Seguridad de Información	Usabilidad/Testeo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Adecuac. audiencia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Transparencia	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-
	Autoría	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-
	Actualización	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Prestación de Servicios	Contenidos	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+	-
	Gestión Riesgos	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
	Soporte técnico	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Comercio electrónico	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
	Publicidad	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Confidencialidad y Privacidad	Privacidad / Protección datos	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
	Seguridad Lógica	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
	Recompensas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Elementos De Gamificación	Premios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Avatares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Insignias	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-
	Tablas clasificación	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+
	Concursos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Niveles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desafíos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Puntos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Retroalimentación	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Metas	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+
	Interacción social	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	+
	Logros	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Técnicas de cambio de comportamiento	Retroalimentación	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Automonitorización		+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+
Comparación de comportamiento		-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recompensa y amenaza		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Incentivo		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Apoyo Social		+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
Éxitos Pasados		+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+

## Discusión

La mayoría de los trabajos publicados sobre gamificación en salud la han relacionado con la mejora de la motivación extrínseca (Alahaivala & Oinas-Kukkonen, 2016; Boendermaker, Prins, & Wiers, 2015; LeGrand et al., 2016; Lister et al., 2014; Theng et al., 2015). Los incentivos de gamificación se relacionan con la mejora de la adhesión a los controles de la enfermedad (Cafazzo, Casselman, Hamming, Katzman, & Palmert, 2012). Esta motivación que proporciona la gamificación en salud podría ser fundamental en el caso de la deshabituación tabáquica, donde se muestra como un factor fundamental para el éxito de los tratamientos de abandono del tabaco.

No obstante, algunos trabajos no han conseguido mostrar evidencia de que el uso de las características de gamificación se pueda asociar con una mayor adherencia a determinados programas de intervención, y que cuando se unen varios elementos de gamificación tampoco se ha podido demostrar que favorezca la adherencia (Brown et al., 2016). Por ello, se ha considerado necesario conocer el contexto del usuario para asegurar el éxito en la consecución de los objetivos de las aplicaciones. Únicamente el uso de la gamificación en determinadas patologías, podría conseguir demostrar la eficacia de esta gamificación en salud, como es el caso del tabaquismo (Strecher, 2007). Sin embargo, no existen estudios serios, como ensayos clínicos aleatorizados, para confirmar las evidencias científicas de la gamificación en las distintas patologías. Además, los estudios existentes son escasos, han mostrado poca evidencia científica del uso de aplicaciones con elementos de juego en salud, con una alta variabilidad en los métodos utilizados, las variables analizadas y los resultados obtenidos. Por tanto, se requiere la estandarización de la metodología de los estudios sobre estas aplicaciones móviles para poder realizar posteriormente revisiones sistemáticas con meta-análisis que muestren la verdadera evidencia en el uso de aplicaciones con elementos de gamificación en las distintas patologías.

En este sentido, la elaboración de un check-list para la evaluación de la calidad, los elementos de gamificación utilizados y las técnicas de cambio del comportamiento para su aplicación en aplicaciones con elementos de gamificación en salud, podría favorecer esta estandarización en las metodologías de los artículos, de una forma sencilla, rápida y que aseguraría la medición de las mismas variables en los distintos artículos en los que se aplicara este check-list.

Los ítems relacionados con elementos de gamifica-

ción y de técnicas de cambio de comportamiento incluidos en nuestro check-list han sido extraídos de la literatura científica disponible (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, s. f., Greaves et al., 2011; Michie et al., 2009; Michie, Ashford, et al., 2011; Michie, Hyder, et al., 2011; O'Brien et al., 2015, Burgess et al., 2016; Edwards et al., 2016; El-Hilly et al., 2016; Hswen et al., 2013; Lister et al., 2014; Looyestyn et al., 2017; Payne et al., 2015). No existe ningún estudio, ni evidencia científica sobre si alguno de estos elementos es más relevante que otros para que la aplicación tenga éxito en la consecución de sus objetivos. Por este motivo, desconocemos si todos los ítems incluidos en el check-list deberían estar presentes o no, serían necesarios estudios que mostraran la eficacia y/o efectividad de los distintos elementos.

Por otro lado, a pesar de que la gamificación está actualmente muy extendida, la disponibilidad de aplicaciones móviles para el cese tabáquico con elementos de juego todavía es muy limitada. En nuestro estudio, se pudieron seleccionar únicamente 14 apps, en las que cabe destacar que sólo dos de ellas, exponían expresamente su política de protección de datos, probablemente porque la mayoría no exigían la introducción de datos personales para su funcionamiento. Las aplicaciones con elementos de juego evaluadas muestran escasa transparencia, pocas apps muestran las fuentes de los contenidos y muy pocas tienen en cuenta la protección de datos, por lo que podemos concluir que las aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación no tienen una calidad adecuada.

La mayoría de las apps utilizaron logros, retroalimentación y metas como elementos de gamificación. A pesar de que el uso de las redes sociales está muy extendido en la población actual, solo 6 apps utilizaban la interacción social como elemento de gamificación. Kamel Boulos et al (Kamel Boulos et al., 2015) ponen de manifiesto que la interacción social podría mejorar el compromiso de los usuarios a través de obligaciones recíprocas, mensajes de ánimo y empatía. Este dato podría poner de manifiesto que las apps que disponen de interacción social podrían conseguir el logro de sus objetivos con mayor facilidad, aunque serían necesarias nuevas investigaciones en este sentido.

Son muy pocas las técnicas de cambio utilizadas en las apps de deshabituación tabáquica gamificada. Todas las apps utilizaron la retroalimentación, utilizando los logros conseguidos tras el abandono del tabaco para motivar a los usuarios. La mayoría utilizó también los éxitos conseguidos en el pasado y la automonitorización para favorecer el cese del tabaco. En comparación con el es-

tudio de Edwards (Edwards et al., 2016), nuestro estudio ofrece unos resultados similares en cuanto a la utilización de técnicas de cambio de comportamiento y a las combinaciones de estas técnicas utilizadas. Sin embargo, tal y como ellos señalan, no se han determinado las técnicas de cambio de comportamiento más efectivas y son necesarios nuevos estudios para identificarlas.

La gamificación en deshabituación tabáquica puede suponer un apoyo barato, altamente efectivo, que podría reemplazar o suplementar el componente conductual de los programas de deshabituación tabáquica. Ningún estudio hasta la fecha, ha demostrado correlación entre las técnicas de cambio y los elementos de gamificación con los resultados de las aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación (El-Hilly et al., 2016). Existen en la actualidad muy pocos estudios con evidencias en este campo. Nuestro estudio es el primero en evaluar la calidad de las apps en gamificación, con una metodología rigurosa en la selección de artículos y de apps.

Nuestro punto fuerte principal es la elaboración del check-list que permitirá la estandarización de la metodología de futuros estudios para conseguir disminuir la variabilidad de estudios y, por tanto, la elaboración de revisiones sistemáticas con meta-análisis. A pesar de que el uso de elementos de juego en este campo puede parecer prometedor, no existe ningún estudio que muestre claras evidencias en que mejoren el éxito en la deshabituación.

Las limitaciones de nuestro trabajo más destacables son las siguientes: La escasez de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre aplicaciones móviles para la salud con elementos de juego limitan la revisión de la literatura realizada y las evidencias encontradas; Se realizó la revisión de las versiones gratuitas de las apps, sin realizar compras dentro de las apps y sin evaluar las aplicaciones de pago, por lo que la evaluación de estas aplicaciones podría estar limitada.

## Conclusiones

Existen pocos estudios sobre aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de gamificación, con una alta variabilidad en la metodología, variables medidas y con escasas evidencias. La creación de un check-list sobre la calidad de las apps de deshabituación tabáquica podría disminuir esta variabilidad y mejorar la calidad de los estudios futuros.

Las aplicaciones para la deshabituación tabáquica con elementos de juego evaluadas tienen una calidad inadecuada, con utilización de pocos elementos de gami-

ficación y pocas técnicas de cambio de comportamiento. Son necesarios nuevos estudios con criterios estandarizados, la realización de ensayos clínicos sobre gamificación en salud y la elaboración de nuevas revisiones sistemáticas y meta-análisis para corroborar la evidencia en este campo de la telemedicina.

## Referencias Bibliográficas

- Alahaivala, T., & Oinas-Kukkonen, H. (2016). Understanding persuasion contexts in health gamification: A systematic analysis of gamified health behavior change support systems literature. *Int J Med Inform*, 96, 62-70. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.02.006
- Boendermaker, W. J., Prins, P. J., & Wiers, R. W. (2015). Cognitive Bias Modification for adolescents with substance use problems--Can serious games help? *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 49(Pt A), 13-20. doi:10.1016/j.jbtep.2015.03.008
- Brown, M., O'Neill, N., van Woerden, H., Eslambolchilar, P., Jones, M., & John, A. (2016). Gamification and Adherence to Web-Based Mental Health Interventions: A Systematic Review. *JMIR Ment Health*, 3(3), e39. doi:10.2196/mental.5710
- Burgess, J. D., Cameron, C. M., Watt, K., & Kimble, R. M. (2016). Cool Runnings - an app-based intervention for reducing hot drink scalds: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 388. doi:10.1186/s13063-016-1521-z
- Cafazzo, J. A., Casselman, M., Hamming, N., Katzman, D. K., & Palmert, M. R. (2012). Design of an mHealth app for the self-management of adolescent type 1 diabetes: a pilot study. *J Med Internet Res*, 14(3), e70. doi:10.2196/jmir.2058
- Cugelman, B. (2013a). Gamification: what it is and why it matters to digital health behavior change developers. *JMIR Serious Games*, 1(1), e3. doi:10.2196/games.3139
- Cugelman, B. (2013b). What it and why it matters to digital health behavior change developers. *JMIR Serious Games*, 1(1), e3. doi:10.2196/games.3139
- Curtis, K. E., Lahiri, S., & Brown, K. E. (2015). Targeting Parents for Childhood Weight Management: Development of a Theory-Driven and User-Centered Healthy Eating App. *JMIR Mhealth Uhealth*, 3(2), e69. doi:10.2196/mhealth.3857

- Dale, S. (2014). Gamification: Making work fun, or making fun of work? *Business Information Review*, 31(2), 82-90.
- Edwards, E. A., Lumsden, J., Rivas, C., Steed, L., Edwards, L. A., Thiyagarajan, A., . . . Walton, R. T. (2016). Gamification for health promotion: systematic review of behaviour change techniques in smartphone apps. *BMJ Open*, 6(10), e012447. doi:10.1136/bmjopen-2016-012447
- El-Hilly, A. A., Iqbal, S. S., Ahmed, M., Sherwani, Y., Muntasir, M., Siddiqui, S., . . . Eisingerich, A. B. (2016). Game On? Smoking Cessation Through the Gamification of mHealth: A Longitudinal Qualitative Study. *JMIR Serious Games*, 4(2), e18. doi:10.2196/games.5678
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (s.f.). Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud. Consultado el día 26 de abril de 2017 de <http://www.calidadappsalud.com/>
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H., . . . Group, I. S. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11, 119. doi:10.1186/1471-2458-11-119
- Harms, J., Seitz, D., Wimmer, C., Kappel, K., & Grechenig, T. Low-cost gamification of online surveys: Improving the user experience through achievement badges. Proceedings of the 2015 Annual Symposium on Computer-Human Interaction in Play 2015, 5–7 Oct. London, United Kingdom: Association for Computing Machinery, pp. 109–113.
- Hswen, Y., Murti, V., Vormawor, A. A., Bhattacharjee, R., & Naslund, J. A. (2013). Virtual Avatars, Gaming, and Social Media: Designing a Mobile Health App to Help Children Choose Healthier Food Options. *J Mob Technol Med*, 2(2), 8-14. doi:10.7309/jmtm.2.2.3
- Jakubowski, M. (2014). Gamification in business and education-project of Gamified Course for university students. *Developments in Business Simulation and Experiential Learning*, 41, 339-342.
- Thyrian, J.R., Panagiotakos, D.B., Polychronopoulos, E., West, R., Zatonski, W., & John, U. (2008). The relationship between smokers' motivation to quit and intensity of tobacco control at the population level: a comparison of five European countries. *BMC Public Health*, 8, 2-10.
- Kamel Boulos, M. N., Gammon, S., Dixon, M. C., MacRury, S. M., Fergusson, M. J., Miranda Rodrigues, F., . . . Yang, S. P. (2015). Digital games for type 1 and type 2 diabetes: underpinning theory with three illustrative examples. *JMIR Serious Games*, 3(1), e3. doi:10.2196/games.3930
- LeGrand, S., Muessig, K. E., McNulty, T., Soni, K., Knudtson, K., Lemann, A., . . . Hightow-Weidman, L. B. (2016). Epic Allies: Development of a Gaming App to Improve Antiretroviral Therapy Adherence Among Young HIV-Positive Men Who Have Sex With Men. *JMIR Serious Games*, 4(1), e6. doi:10.2196/games.5687
- Lister, C., West, J. H., Cannon, B., Sax, T., & Brodegard, D. (2014). Just a fad? Gamification in health and fitness apps. *JMIR Serious Games*, 2(2), e9. doi:10.2196/games.3413
- Looyestyn, J., Kernot, J., Boshoff, K., Ryan, J., Edney, S., & Maher, C. (2017). Does gamification increase engagement with online programs? A systematic review. *PLoS One*, 12(3), e0173403. doi:10.1371/journal.pone.0173403
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychol*, 28(6), 690-701. doi:10.1037/a0016136
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A., & French, D. P. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health*, 26(11), 1479-1498. doi:10.1080/08870446.2010.540664
- Michie, S., Hyder, N., Walia, A., & West, R. (2011). Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addict Behav*, 36(4), 315-319. doi:10.1016/j.addbeh.2010.11.016
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2003). The construction of meaning through vital engagement. In: Keyes C, Haidt J, editor^editors *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, DC, US: American Psychological Association. pp. 83–104.
- Nicholson S.A. (2012). User-Centered Theoretical Framework for Meaningful Gamification. Games+ Learning+ Society. p. 1-7. Consultado el día 23 de abril de 2017 de la web: <http://scottnicholson.com/pubs/meaningfulframework.pdf>.



O'Brien, N., McDonald, S., Araujo-Soares, V., Lara, J., Errington, L., Godfrey, A., . . . Sniehotta, F. F. (2015). The features of interventions associated with long-term effectiveness of physical activity interventions in adults aged 55-70 years: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*, 9(4), 417-433. doi:10.1080/17437199.2015.1012177

Payne, H. E., Moxley, V. B., & MacDonald, E. (2015). Health Behavior Theory in Physical Activity Game Apps: A Content Analysis. *JMIR Serious Games*, 3(2), e4. doi:10.2196/games.4187

Strecher, V. (2007). Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth). *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 53-76. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091428

Theng, Y. L., Lee, J. W., Patinadan, P. V., & Foo, S. S. (2015). The Use of Videogames, Gamification, and Virtual Environments in the Self-Management of Diabetes: A Systematic Review of Evidence. *Games Health J*, 4(5), 352-361. doi:10.1089/g4h.2014.0114

## Diario Médico: origen, evolución y situación actual en soporte papel y online

## Diario Médico: origin, evolution and current situation in paper and online support

Ana Bellón Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento Ciencias de la Comunicación, Universidad de Santiago de Compostela, España

### Resumen

Entre los supervivientes en España del modelo de prensa de distribución gratuita figura la publicación especializada Diario Médico, que lleva 25 años divulgando temas médico-sanitarios entre profesionales del Sistema Nacional de Salud. Se acomete un estudio exploratorio-descriptivo para indagar en sus orígenes y situación actual, prestando atención a su labor en papel, a través del producto impreso, y en Red, a través de [diariomedico.com](http://diariomedico.com). Se seleccionan como técnicas la entrevista con su subdirector y el análisis de sus productos. El formato mixto define a Diario Médico: mantiene su compromiso por ofrecer información en papel, a pesar de haber reducido la periodicidad de diaria a semanal; reconduce a sus lectores en papel a Orbyt, quiosco de prensa digital del grupo promotor, Unidad Editorial, donde ofrece diariamente unas siete páginas en pdf con información para suscriptores; y está en la Red, con una edición que se abre a la participación del usuario. El tono divulgativo de sus contenidos y su utilidad para la sociedad, unido al creciente interés del público no especializado por la medicina y salud llevan a este medio, a nuestro parecer, a tener un doble público objetivo: la sociedad en general y los profesionales del Sistema en particular.

Palabras clave: Medicina; Salud; Medios; Diario; Especialización.

### Abstract

One of the survivors in Spain of the free distribution press is the specialized publication Diario Médico, which has been disseminating health issues among professionals of the National Health System for 25 years. We did an exploratory-descriptive study about its origins and current situation, paying attention to its labour in paper, through the printed product, and in Red, through [diariomedico.com](http://diariomedico.com). The techniques are the interview with its deputy director and the analysis of its products. The mixed format defines Diario Médico: it maintains its commitment to offer information on paper, despite having reduced the periodicity from daily to weekly; leads its paper readers to Orbyt, the digital press kiosk of the promoter group, Unidad Editorial, where it offers seven pages a day in pdf format with information for subscribers, and on the Web, with an edition that opens to the participation of the user. The informative tone of its contents and its usefulness for society, together with the growing interest of the non-specialized public in medicine and health, lead to Diario Médico, in our opinion, to have a double objective public: society in general and professionals of the System in particular.

Key words: Medicine; Health; Media; Press; Specialization.

**CONTACTO:** Ana Bellón Rodríguez  [ana.bellon@usc.es](mailto:ana.bellon@usc.es)

Fecha de envío: 29/11/2017  
Fecha de aceptación: 21/08/2018

## La divulgación médico-sanitaria a través de productos periodísticos especializados

La comunicación médico-sanitaria abarca múltiples campos e incluye múltiples líneas de investigación. Tomando como referencia el criterio temporal se observa, por ejemplo, que los últimos estudios abarcan desde la comunicación entre trabajadores de sanidad y usuarios de centros de salud en el cuidado de niños menores de dos años (De Labor Coriolano et. al, 2015), la dimensión comunicativa en la formación del médico (Sánchez, 2017), el uso de imágenes en las guías para pacientes (Sainz, Ezpeleta y Miñoz, 2016) o cómo aprender de los errores de comunicación en las crisis sanitarias (Revilla, 2016).

Tomando como referencia el impacto de la publicación se encuentran, por ejemplo, estudios acerca de la necesidad de repensar la comunicación en la era digital (Neuhauser, y Kreps, 2003), los cambios en las estrategias de comunicación en el siglo XXI (Nutbeam 2000), el impacto en el cuidado de la salud de las campañas en los medios de comunicación (Alcalay, 1983) o el papel de Internet como canal para transmitir comportamientos saludables (Cassell, Jackson y Chevront, 1998). Las investigaciones sobre la comunicación médico-sanitaria también prestan atención la cobertura por parte de los medios de comunicación (Cavaca et. al, 2015).

Si se aborda la comunicación médico-sanitaria a través de los medios de comunicación hay que hacer referencia, naturalmente, a la especialización periodística. Ésta comienza a vislumbrarse en la década de los 70 debido a la necesidad de una interpretación adecuada de la naturaleza científica y tecnológica del progreso (Bell, 1973) y a varias crisis (Fernández & Esteve, 1993). Debe dar respuesta a la especialización por contenidos, sectores de audiencias y medios de comunicación (Quesada, 1998), logrando una visión global, asequible y coherente de todas las parcelas del conocimiento (Berganza, 2005) y mejorando, a su vez, la calidad de la información periodística (Tuñón, 1993).

Hace ya cerca de dos décadas, Edo (1999) incidía en que “las distintas especialidades del periodismo responden a la urgencia que tienen los lectores, los radioyentes y los telespectadores de asimilar los cambios culturales, científicos, económicos, sociales y políticos que nos ha traído el siglo XX”. Así, la especialización periodística abarca desde los deportes a la economía, pasando por la salud y la medicina, el medio ambiente o la política, entre otras áreas.

La divulgación médico-sanitaria en medios de comunicación tiene, según De Semir (2000), la siguiente dificultad: “el funcionamiento interno de los medios, el proceso de fabricación diaria de las noticias y su estructuración y jerarquización en el trabajo de una redacción es difícilmente compatible con una correcta transmisión y divulgación del conocimiento científico y médico”. En el panorama de medios de comunicación especializados en medicina y salud en España se localizan iniciativas de largo recorrido como “Saber Vivir” (TVE), en antena desde 1997 y que cuenta con su correspondiente revista, de periodicidad mensual.

En el ámbito académico internacional caben citar las siguientes líneas de investigación acerca de la medicina y salud en medios de comunicación: las narrativas empleadas (Shaffer et al, 2017), el paradigma de comunicación o divulgación al que responde (Hallin & Briggs, 2015), percepciones, prácticas y normas profesionales (Molyneux & Holton, 2015) o temas y encuadres presentes en la cobertura (Wallington et al, 2010).

En el ámbito académico español figuran, entre otros, De Semir y Revuelta (2006), quienes han prestado atención a la evolución histórica de lo que ha sido durante el decenio 1997-2006 el tratamiento que la prensa diaria ha dedicado a informar, opinar, difundir y profundizar en dicho tema; González (2014), quien aborda el auge de la información periodística especializada en salud; Elías (2003), quien analiza el impacto que tiene en la publicación de noticias de ciencia y sanidad la existencia de suplementos especializados de esas áreas en los diarios generalistas españoles de tirada nacional, y Gavilán; y Iriberry (2014), quienes estudian los mecanismos implicados en la influencia de los medios de prensa escrita españoles en la medicalización de la andropausa y de la sexualidad del varón maduro. Entre los últimos estudios científicos publicados figura el de Serrano, Mesas y Alegre (2017) acerca del tratamiento otorgado por parte de los cuatro diarios de mayor difusión en Galicia a la seguridad alimentaria, o el de Martínez (2007) acerca de la comunicación de la salud en los museos científicos.

## Las encuestas de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología

Al abordar la medicina y la salud en los medios de comunicación resulta pertinente hacer referencia también a la Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología, que elabora la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología desde 2002 con periodicidad bienal. Se dirige a la población española y residentes en España durante cinco o más años, de ambos sexos, con edades

a partir de los 18 años. En mayo de 2017 se presentaron los resultados de la VIII edición (FECYT, 2016), en la cual la medicina y la salud aparecen como los temas que más interesan a los encuestados de entre los que reciben a diario por los medios de comunicación. Su evolución ha ido, en general, siempre al alza: 22,7% (2004), 26,4% (2006), 28% (2008), 25,6% (2010), 24,9% (2012), 28,2% (2014) y 35,9% (2016) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Temas de interés.

Temas	1ª cita	2ª cita	3ª cita	Total
Medicina y salud	11,5%	13,6%	10,8%	35,9%
Trabajo y empleo	11,7%	10,2%	11,9%	33,8%
Educación	9,3%	9,3%	9,0%	27,6%
Deportes	12,5%	7,5%	4,8%	24,8%
Política	8,4%	7,9%	6,9%	23,2%
Alimentación y consumo	7,8%	6,1%	4,8%	18,6%
Cine y espectáculos	4,7%	6,1%	5,5%	16,3%
Ciencia y tecnología	6,1%	4,8%	5,4%	16,3%
Pensiones	5,4%	4,6%	5,4%	15,00%
Economía y empresas	4,2%	4,9%	4,0%	13,1%
Sucesos	3,9%	4,2%	4,9%	12,9%
Viajes / turismo	2,4%	4,7%	5,6%	12,7%
Arte y cultura	4,2%	4,2%	4,1%	12,5%
Medioambiente y ecología	2,2%	3,3%	4,2%	9,6%
Temas de famosos	2,5%	2,5%	2,1%	5,1%

Fuente: FECYT (2016)

En una escala de 1 a 5, el grado de interés en medicina y salud se sitúa en el 3,8, siendo los datos por género, edad y formación los siguientes:

**Tabla 2.** Perfil de demandante de temas de medicina y salud por sexo.

Sexo	
Hombre	Mujer
3,60	3,98

Fuente: FECYT (2016)

**Tabla 3.** Perfil de demandante de temas de medicina y salud por edad.

Edad					
15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 años o +
3,34	3,72	3,87	4,02	4,07	3,85

Fuente: FECYT (2016)

**Tabla 4.** Hombres interesados en medicina y salud por edad.

Hombres					
15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 años o +
3,15	3,48	3,62	3,90	3,84	3,76

Fuente: FECYT (2016)

**Tabla 5.** Mujeres interesadas en medicina y salud por edad.

Mujeres					
15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 años o +
3,53	3,93	4,07	4,13	4,26	3,95

Fuente: FECYT (2016)

**Tabla 6.** Interés por medicina y salud en función del nivel de estudios.

Nivel de Estudios				
Primarios incompletos o menos	Enseñanza Primaria	Enseñanza Secundaria 1º Ciclo	Enseñanza Secundaria 2º Ciclo	Enseñanza Universitaria
3,59	3,79	3,66	3,81	4,00

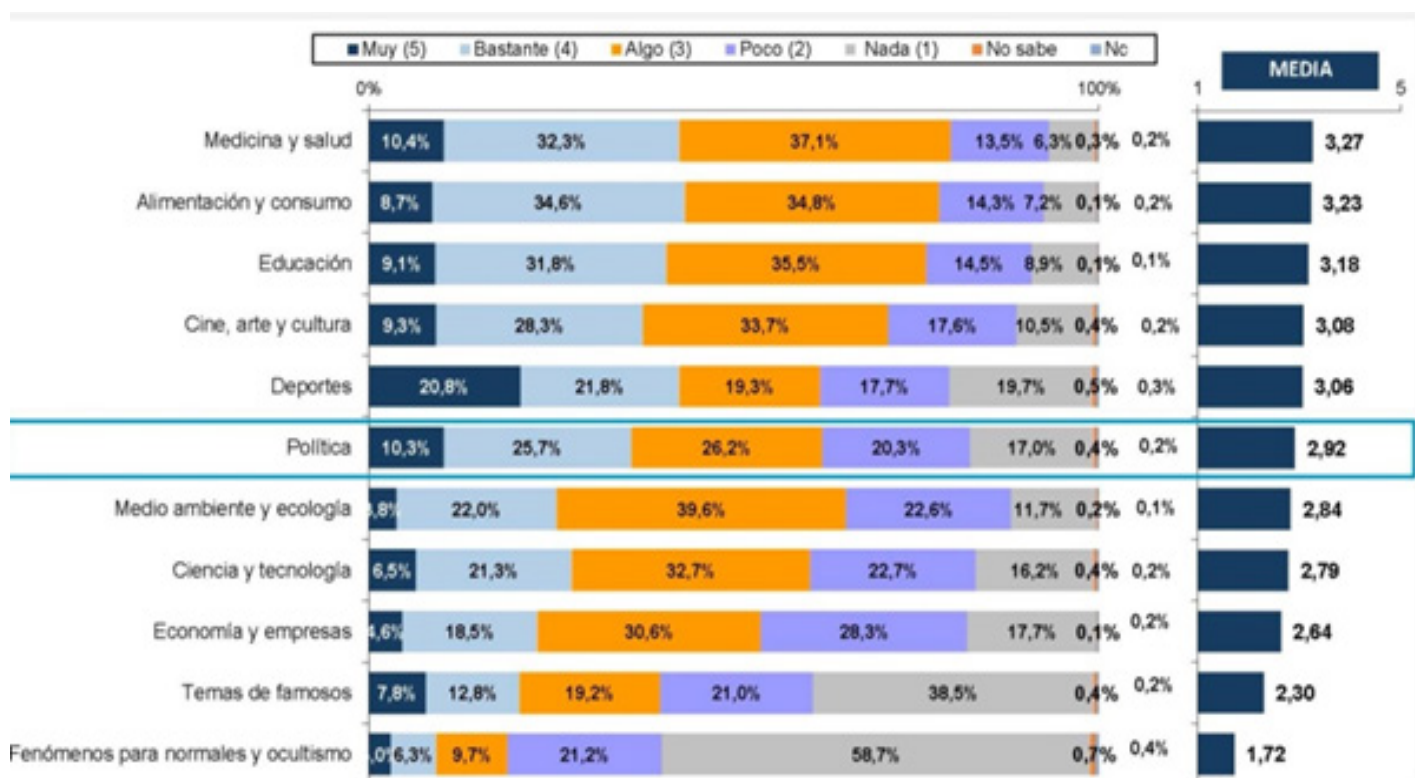
Fuente: FECYT (2016)

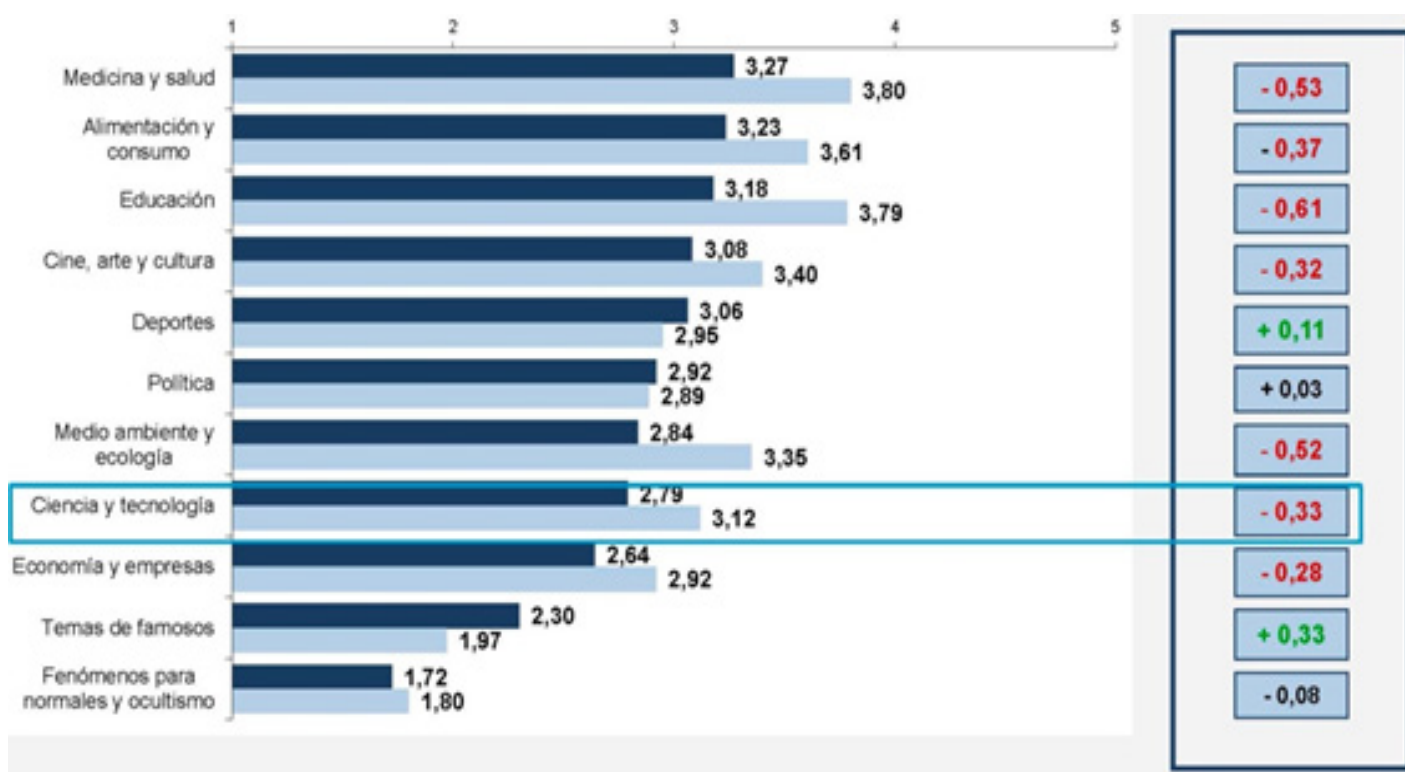
La Comunidad Autónoma donde más interés se tiene por la medicina y la salud es Cataluña y la menor, Navarra (tabla 7). Es, a su vez, el tema sobre el que los encuestados consideran que están más informados. Sin embargo, paradójicamente, es el que presenta un diferencial más elevado entre el nivel de información y el grado de interés (Gráfico 1).

**Tabla 7.** Interés por la medicina y la salud por Comunidades Autónomas

Cataluña	4,08
Comunidad Valenciana	3,84
Extremadura	3,64
Galicia	3,74
Madrid	3,64
Murcia	3,81
Navarra	3,41
País Vasco	3,64
La Rioja	3,72
Andalucía	3,84
Aragón	3,62
Asturias	3,81
Islas Baleares	3,60
Canarias	3,65
Cantabria	3,84
Castilla La Mancha	3,72
Castilla y León	3,89

Fuente: FECYT (2016)

**Gráfico** . Información por temáticas. Fuente: FECYT (2016).



**Gráfico 2.** Déficit informativo por temáticas. Fuente: FECYT (2016)

## La prensa de distribución gratuita y Diario Médico

Entre los medios de comunicación que ofrecen contenidos sobre medicina y salud figura Diario Médico, cuya edición en papel forma parte del sector de la prensa de distribución gratuita. En España uno de los primeros teóricos en prestar atención a este modelo de publicación fue Nieto (1984), quien lo definió como “el producto de la actividad editorial de una empresa, periodística o no, que lo entrega sin la adecuada contraprestación económica por parte de los receptores y cuyo único y primordial ingreso procede de los anuncios que publica”.

Dentro del sector, Casero (2002) distingue entre diarios y no diarios; Edo (2005) entre publicaciones especializadas vinculadas a sectores profesionales y de ámbito local y García (1993) apuesta por agruparlas en función del área geográfica o de la temática.

En España el sector se popularizó especialmente a partir de la entrada en circulación de los diarios gratuitos de información general y ámbito nacional Metro (2001), 20 minutos (2001), Qué! (2005) y ADN (2006). La crisis económica y los consiguientes descensos publicitarios derivaron en una intensa reestructuración en todos los ámbitos, que fue especialmente visible en el modelo de información general. Así, de las cuatro cabeceras citadas anteriormente, solo queda en circulación 20 minutos.

Diario Médico ha sido objeto de estudio desde el ám-

bito académico con trabajos como los de Rico (2002), quien ha analizado sus estrategias de marketing, o Santos (2009), quien le ha prestado atención en el marco de una investigación sobre la salud en la prensa gratuita especializada. Esos estudios son, por tanto, el punto de partida a partir del cual diseñar esta investigación.

## La investigación: objetivo, preguntas y metodología

El objetivo de este artículo, de carácter exploratorio-descriptivo, es indagar en Diario Médico desde una perspectiva periodística, poniendo el foco en su oferta informativa a través de un producto en papel y otro producto en la Red.

Para ello, se pretenden conocer sus orígenes, disponer de información acerca de su evolución y definir su situación actual en ambos soportes tras 25 años de trayectoria. En esas dos décadas y media Diario Médico ha tenido que hacer frente a la irrupción de Internet y al auge y crisis del modelo de prensa de distribución gratuita, por lo que se considera un objeto de estudio relevante para abordar tanto la especialización en medicina y salud en medios de comunicación como los cambios acaecidos en los medios ante estos dos fenómenos comunicativos de finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

Se busca ofrecer respuestas a las siguientes preguntas a través de las siguientes técnicas de investigación.

¿Cuándo surge Diario Médico, por iniciativa de quién y en qué contexto periodístico y social?

Se ha realizado una entrevista a su subdirector, José Ramón Zarate Covo. Se contactó previamente con él a través del e-mail, se le remitió un bloque con los temas a tratar y posteriormente se concertó una cita telefónica (4 de octubre de 2017).

¿Cómo ha sido su evolución en papel y Red en sus más de dos décadas de trayectoria? ¿Se observa alguna similitud con la penetración del soporte impreso y online en España?

Se ha recurrido a la entrevista con su subdirector para conocer los principales cambios de la marca Diario Médico en papel y Red y a la recogida de indicadores procedentes del Estudio General de Medios para conocer la evolución en España de la penetración de los medios impresos y online referidos al periodo comprendido entre los años 2000-2017.

¿Por qué se define su oferta periodística en papel y en Red?

Se ha optado por realizar una primera aproximación a cada soporte a través del análisis, durante dos meses (octubre-noviembre de 2017), de ocho ediciones impresas completas y el acceso diario a la edición online. El objetivo no era indagar en el contenido de cada producto en detalle ni en una unidad de análisis determinada sino, fundamentalmente, observar a través de qué secciones ofrecen los contenidos y a qué subáreas dentro de la medicina y la salud da cobertura, así como identificar iniciativas para fomentar la participación de los lectores en papel y usuarios en la Red.

¿Qué tipo de redacción trabaja para Diario Médico y a qué tipo de polivalencia responde el profesional de la misma?

Para dar respuesta a esta pregunta se ha recurrido a la entrevista con su subdirector y se han tomado como referencia las clasificaciones propuestas por Salaverría y Negrodo (2008: 34-52) y por Stone (2001: 34-39).

Los primeros detectan en las empresas periodísticas un grado mínimo de convergencia caracterizado por la desvinculación entre los medios y grados sucesivamente más convergentes tanto en los equipos redaccionales como en los contenidos de los distintos medios que tienden a coordinarse más entre sí y que llegan al grado máximo de convergencia con la integración.

El segundo distingue entre la redacción multimedia de

90 grados, en la que los redactores de siempre contribuyen con sus trabajos a la información contenida en la página web; de 180 grados, en la que parte de su contenido está integrado y alguno de sus paquetes de información contiene material de diversos medios; y la de 360 grados o de círculo completo, definida por no presentar distinciones entre los periodistas del diario online y medio impreso y contar con una integración que funciona de abajo a arriba en ambos sentidos.

Para conocer el grado de polivalencia que desempeñan los profesionales que trabajan para Diario Médico se ha optado por aplicar a las respuestas ofrecidas por el subdirector acerca del tipo de redacción la clasificación de Salaverría (2010: 35), quien distingue tres grandes tipos de polivalencia: funcional, temática y mediática.

El artículo pretende ser divulgativo, para que aquellos lectores que no conocen este medio de comunicación vayan adentrándose en el mismo a partir de la lectura del texto. Por ello, los resultados se ofrecen en el formato de pregunta-respuesta.

## Resultados

¿Qué es Diario Médico, de qué productos consta y a quién se dirige?

Diario Médico es un medio de comunicación especializado en medicina y salud que cuenta con dos productos: el impreso, que se distribuye gratuitamente desde 1992 en hospitales y centros de atención primaria de España y que en 2012 pasó de tener una periodicidad diaria a semanal (los lunes) y la edición online [diariomedico.com](http://diariomedico.com), puesta en marcha en 1998 y de acceso gratuito.

Su público objetivo son los profesionales de los agentes del Sistema Nacional de Salud.

¿Cuándo surge Diario Médico y quién lo promueve?

La historia de Diario Médico arranca el 25 de mayo de 1992, cuando se lanzó el primer número. Se presentó como "un medio dirigido específicamente al profesional de la salud, con información médica y sanitaria y distribución gratuita". Estaba promovido por el Grupo Recoletos, quien lo vendió en 2007 a Unidad Editorial, grupo de comunicación multimedia que edita el diario *El Mundo* y las revistas *Yo Dona* y *La Luna de Metrópoli*, entre otras, y que incorporó las publicaciones procedentes de Recoletos: los diarios *Expansión* y *Marca*, y las revistas *Telva*, *Fuera de Serie*, *Marca Motor* y *Actualidad Económica*. En una línea similar a Diario Médico el grupo cuenta con *Correo Farmacéutico*.

En el momento de la puesta en marcha de Diario Médico el mercado de la prensa de distribución gratuita

todavía no había iniciado su máxima expansión a través de los diarios gratuitos de información general, lo que se sitúa en 1995 en Suecia con el lanzamiento de Metro y comienza en España en el año 2000 con Madrid y m@s, hoy 20 minutos.

¿De qué iniciativas en papel y Red ha ido acompañando el lanzamiento de Diario Médico y cómo evolucionaba en paralelo la penetración de esos soportes en España?

El grupo promotor de Diario Médico ha ido lanzando a lo largo de los 25 años de existencia de la cabecera varias iniciativas alrededor de la marca para completar su oferta informativa.

La más destacable es la puesta en marcha de una edición online, lo que sucedió el 8 de diciembre de 1998 ([www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)). Esta página web ha seguido la evolución del resto de ediciones online de medios y en la actualidad son un medio propio que no solo ofrece los contenidos del papel, sino que se mantiene operativa 24 horas y 365 días al año, aprovechando y haciendo uso de las posibilidades de la Red, como el hipertexto o la actualización constante.

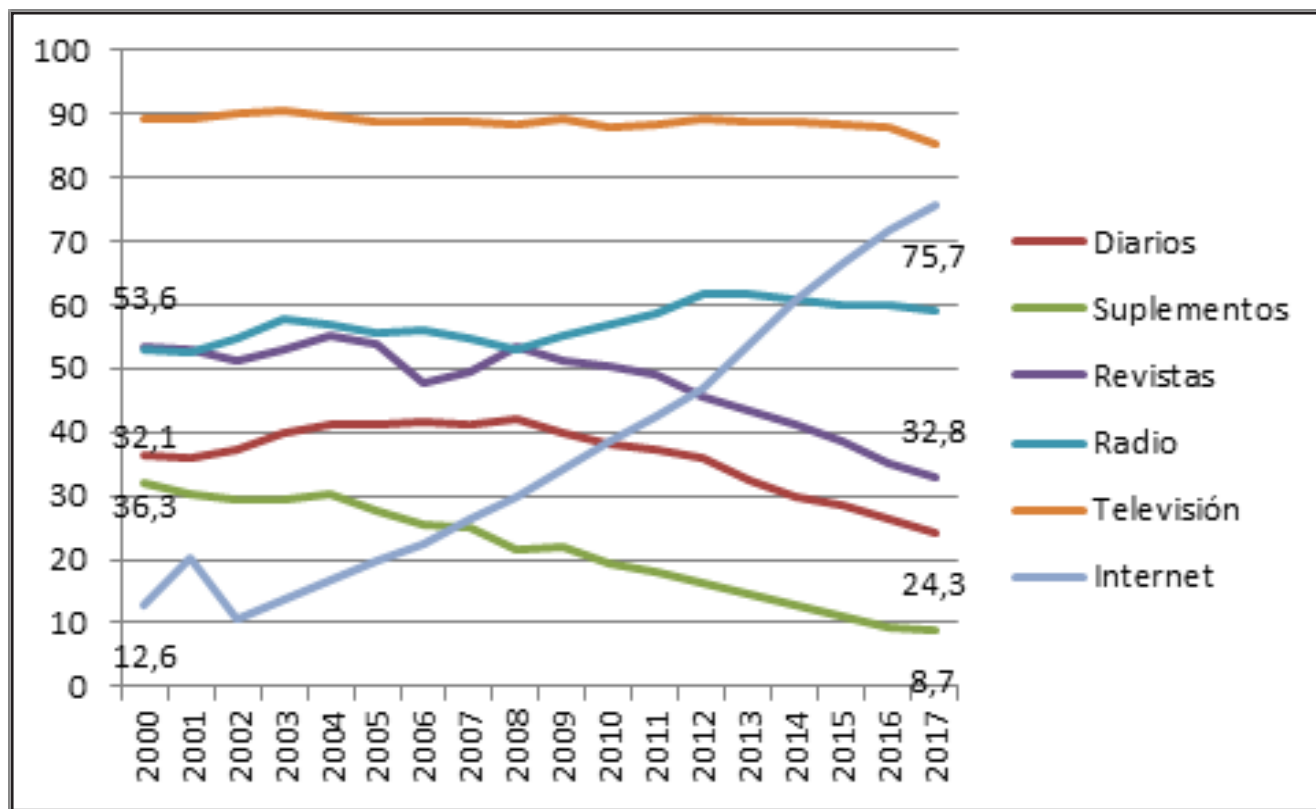
En 2001 se pusieron en marcha desde el Grupo Reco-

letos, propietario entonces de Diario Médico, el portal de salud generalista Onda Salud, que en 2005 se transformó en DMedicina; en 2005 se lanzó la plataforma Medica-Blogs, comunidad de habla hispana en la que de modo sencillo y abierto tienen cabida bitácoras centradas en la sanidad y en temas científicos.

En 2008 Diario Médico apostó por estar presente en las redes sociales a través de una cuenta en Twitter (@DiarioMedico) y de su correspondiente página en Facebook (<https://www.facebook.com/diariomedico/>).

En 2015 se lanzó el espacio DMedico Joven, un servicio digital dirigido a jóvenes profesionales y estudiantes de Medicina, con información específica enfocada hacia sus intereses, y en 2017 el portal Cuidate Plus, plataforma de prevención y educación en hábitos saludables con el que se da continuidad a Onda Salud y de DMedicina.

Mientras el grupo promotor de Diario Médico lanzaba estas iniciativas focalizadas en la Red y el diario cambiaba de periodicidad en papel, en España la penetración de medios experimentaba un descenso en el soporte papel y un incremento en el soporte online, tal y como se constata en el siguiente gráfico. La tendencia seguida por Diario Médico coincide, por tanto, con la general de los medios.



**Gráfico 3** Evolución de la penetración de medios en España



## ¿Cómo es la oferta informativa de Diario Médico en papel?

La edición en papel de Diario Médico se financia íntegramente con publicidad. Se distribuye los lunes en más de 3.000 hospitales y centros de atención primaria de toda España.

Se divide en cinco grandes secciones: Primer Plano, Opinión, Área Profesional, Área Científica y Escáner. En total, consta de unas 40 páginas.

**DIARIO MEDICO**  
MARTES 17 OCTUBRE 2017

**Un marcador para predecir la gravedad de la gripe**

Los niveles más bajos de las moléculas defectuosas del ARN viral pueden hacer que los virus de la gripe que infectan a seres humanos sean más peligrosos

**MEDICINA**

**Un marcador para predecir la gravedad de la gripe**

Los niveles más bajos de las moléculas defectuosas del ARN viral pueden hacer que los virus de la gripe que infectan a seres humanos sean más peligrosos

**SALUD**

**La Rioja, comunidad que más vacuna a los mayores; Murcia, la que menos**

Desde las gripe durante los meses que se extiende la vacuna y el refuerzo de la vacuna de vacunación de la gripe en el punto de vacunación de la comunidad autónoma de Murcia. La Rioja ha alcanzado este lunes su máxima cobertura de vacunación.

**OPINIÓN**

**El tabaquismo, factor de riesgo para sufrir psoriasis y artritis psoriásica**

El tabaquismo se ha convertido en un factor de riesgo para desarrollar psoriasis y artritis psoriásica, según una revisión de artículos publicada en la revista científica. Este riesgo se incrementa al aumentar el consumo de tabaco, de modo que los fumadores que consumen más cigarrillos por día tienen un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades.

**OPINIÓN**

**El tabaquismo, factor de riesgo para sufrir psoriasis y artritis psoriásica**

El tabaquismo se ha convertido en un factor de riesgo para desarrollar psoriasis y artritis psoriásica, según una revisión de artículos publicada en la revista científica. Este riesgo se incrementa al aumentar el consumo de tabaco, de modo que los fumadores que consumen más cigarrillos por día tienen un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades.

**OPINIÓN**

**El tabaquismo, factor de riesgo para sufrir psoriasis y artritis psoriásica**

El tabaquismo se ha convertido en un factor de riesgo para desarrollar psoriasis y artritis psoriásica, según una revisión de artículos publicada en la revista científica. Este riesgo se incrementa al aumentar el consumo de tabaco, de modo que los fumadores que consumen más cigarrillos por día tienen un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades.

En octubre de 2012 el diario cambió de periodicidad, pasando a ser semanario (se distribuye los lunes), si bien se ofrece diariamente (de lunes a domingo) una versión en pdf en la plataforma o quiosco virtual Orbyt.

### La cobertura temática y los géneros periodísticos a los que se recurre para darle difusión son amplios

En el periodo de tiempo objeto de estudio caben citar, entre otros, los siguientes ejemplos varios géneros periodísticos, como reportajes (“La medicina debe adaptarse a la evidencia del reloj biológico” y “¿Qué ámbitos podrían verse afectados si se altera la relación Cataluña-España”), entrevistas (José Ramón Repullo, de la Fundación para la Formación), noticias (campana de vacunación de la gripe, adiciones -“las nuevas drogas crecen a un ritmo imparable, son de fácil acceso y tienen mayor potencia”, prevención -“Murcia ya deriva directamente a los pacientes de los centros de salud al gimnasio-), opinión (artículos escritos por la directora de Diario Médico, “Reflexiones en el ave” y firmas invitadas, como la del presidente de la Sociedad Española de Reumatología “La Reumatología necesita más y mayor presencia en la Facultad”).

Se localizaron iniciativas para fomentar la participa-

ción del lector en las subsecciones “La consulta”, donde se respondieron dudas sobre cuestiones relacionadas con los accidentes laborales y las medidas de contención ante pacientes peligrosos, y en “Laboratorio del lenguaje”, donde se ofrecen explicaciones sobre diferentes términos médicos. También se identificaron alusiones a la edición web en la subsección “Nuestra semana online”.

Durante sus 25 años en circulación en papel, Diario Médico ha reducido las columnas de seis a cinco, ha pasado a una portada más limpia al apostar por un único tema con una gran imagen en lugar del puzle que había hasta ahora y ha simplificado la estructura de secciones, que pasa a tener dos áreas temáticas, Profesional y Científica, con sus respectivas portadillas interior. No obstante, el signo más visible de la evolución del formato impreso ha sido la apuesta de Diario Médico por un formato mixto y por una periodicidad en papel de carácter semanal.

Otro signo visible en su evolución es la de su tirada, que se ha reducido: ha pasado de 49.112 ejemplares en 2007 a 38.857 en 2016, según datos de la Oficina Para la Justificación de la Difusión. En esta década la tirada del medio ha experimentado picos de ascensos y leves descensos hasta 2012, cuando comenzó una reducción permanente.

## ¿Cómo es la oferta informativa de Diario Médico en Red?

La edición online de Diario Médico se divide en cuatro grandes secciones: Área Profesional, Área Científica, Opinión/ Participación, Multimedia y Formación.

Durante las ocho semanas objeto de seguimiento además de los temas incluidos en la versión impresa y en pdf, desde la web se abarcaron otros contenidos relacionados con la actualidad médico-sanitaria, lo que se explica por la periodicidad del papel y las mayores posibilidades de espacio y actualización de contenidos de la Red.

Un análisis de la edición online pone de relieve las siguientes características:

### 1. Firmas de opinión.

Se cuenta con una nómina de una veintena de columnistas habituales que colaboran con el medio con una cierta periodicidad a lo largo del año.

### 2. Columna invitada.

En el periodo de tiempo objeto de estudio estuvo en esta tribuna Agnès Gruart (01/10/2017), presidenta de la Sociedad Española de Neurociencias (“La ciencia, un asunto de chicas, pero no de mujeres –todavía-”); José Luis Andréu (08/10/201), presidente de la Sociedad Española de Reumatología (“La Reumatología necesita más y mejor presencia en la facultad”); Eduardo Díaz-Rubio (15/10/2017), académico de número y vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina (“Prevención y diagnóstico precoz, claves en la detección del cáncer de mama”); Joaquín García-Estañ (22/10/2017), director del Centro de Estudios en Educación Médica de la Universidad de Murcia (“El médico del futuro y la necesidad de una

enseñanza integral”), Raúl Gómez (29/10/2017), director de Recursos de Atención Social de la Fundación Manantial (“Ingresos y hospitalidad; no todas las camas son iguales”); Pere Bretcha (05/11/2017), presidente entrante de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica (“La cirugía, principal arma contra los tumores sólidos”); Lola Arenas, (12/11/2017), miembro de la Sociedad Española de Nefrología y jefa del Servicio de Nefrología del Hospital Vithas Perpetuo de Alicante (“Encuentra tu ‘Ikigai’ en la especialidad de Nefrología”); Alma Palau (19/11/2017), presidenta del Consejo General de Dietistas-Nutricionistas de España (“¿Por qué no hay dietistas-nutricionistas en la sanidad pública?”) y José Antonio Pérez Molina (25/11/2017), presidente de Gesida. Grupo de Estudios del sida de la SEIMC (“Profilaxis pre-exposición contra el sida: ya llegamos tarde”).

### 3. Contenidos audiovisuales acerca de iniciativas promovidas por el medio como, por ejemplo, los Premios Mejores Ideas 2017.

### 4. El usuario puede o no registrarse en diariomedico.com.

Si se registra podrá comentar las informaciones. Si no se registra podrá votar por los contenidos, participar en encuentros digitales organizados desde el medio o dar su opinión en encuestas.

### 5. Enlace desde la web a Orbyt para consultar, si se está

registrado, la edición impresa del diario semanal o la edición en pdf diaria. No se puede descargar la edición en pdf del Diario, a diferencia de lo que ocurre con las webs de otros diarios de distribución gratuita, como 20 minutos y 20 minutos.es

6. Encuentros digitales para fomentar la participación del usuario y con especialistas de primer nivel para ofrecer respuestas a temas de actualidad médica.

En las ocho semanas objeto de estudio hubo seis encuentros con los siguientes datos de participación:

- 09/10/2017. María Dolores del Pino. Presidenta de la Sociedad Española de Nefrología. 10 preguntas.

- 10/10/2017. Celso Arango. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Encuentro con motivo del Día Mundial de la Salud Mental. 17 preguntas enviadas por usuarios. 1 hora de duración.

- 11/10/2017. Alberto Meléndez García. Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal). Encuentro con motivo del Día Mundial de los Cuidados Paliativos. 14 preguntas.

- 19/10/2017. Ana Santaballa. Jefa de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital La Fe de Valencia. Encuentro con motivo del Día Mundial del Cáncer de Mama. 12 preguntas.

- 14/11/2017. Sonia Gaztambide. Presidenta de la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes. Encuentro con motivo del Día Mundial de la Diabetes. 13 preguntas.

- 30/11/2017. José Antonio Pérez Molina. Presidente del Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). Encuentro con motivo del Día Mundial del Sida. 14 preguntas.

7. Encuestas para fomentar la participación del usuario. Algunas son de temas más técnicos o cuya respuesta, en general, requiere de conocimiento y formación en cuestiones médico-sanitario y otras son más genéricas. En las ocho semanas objeto de estudio estuvieron vigentes ocho encuestas:

- ¿Cuál cree que es el principal problema del modelo de evaluación de tecnologías sanitarias? Han contestado 99 personas | 02-10-2017

- ¿Está preparada la estructura asistencial actual para asumir las aplicaciones clínicas de la cronobiología? Han contestado 55 personas | 09-10-2017

- ¿Cree que los clínicos necesitan formación en gestión? Han contestado 143 personas | 16-10-2017

- ¿Dónde cree que debe invertir el SNS para mejorar la atención al paciente con ictus? Han contestado 140

personas | 23-10-2017

- ¿Cree que habrá trasvase de médicos de unas autonomías a otras con la macro OPE? Han contestado 110 personas | 29-10-2017

- ¿Cree necesario establecer canales de comunicación oficiales del médico de primaria con las farmacias? Han contestado 108 personas | 06-11-2017

- ¿Cuál cree que sería la mejor medida para paliar la falta de médicos en algunas especialidades y zonas geográficas? Han contestado 190 personas | 13-11-2017

- ¿Cree que las comunidades deberían acreditar y baremar en las OPE la formación continuada del residente? Han contestado 94 personas | 20-11-2017

8. Subsecciones con información de utilidad para los profesionales del sector, como un buscador de instituciones médicas o una agenda de congresos (el usuario puede añadir directorios y eventos).

Durante las semanas objeto de análisis permaneció un apartado especial en la web con motivo del 25 aniversario de Diario Médico. Allí se dispone de un “muro de felicitaciones” en el que los usuarios pueden hacer llegar un mensaje. En el mismo se trasladan parte de los contenidos del número especial del diario con motivo de dicha efeméride, que incluyó “Entrevistas con las caras que importan de la salud” (presidente del Tribunal Constitucional, ministros de Sanidad y Justicia, Secretaria de Estado de I+D+i y presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona).

¿Qué tipo de redacción y perfil profesional trabaja para Diario Médico?

Tanto la edición en papel como la edición online de Diario Médico son fruto del trabajo de una redacción con perfiles profesionales polivalentes y con dos sedes físicas, en Madrid y Barcelona, que cuentan con la colaboración de profesionales en las ciudades más pobladas de España. Según su subdirector, “nuestra redacción es más compleja y técnica en ocasiones que la de un diario normal. Llevamos más tecnicismos y no explicamos conceptos que para el médico están claros, aunque sí los explicaríamos si estuviéramos en un periódico o revista de difusión social normal”.

La plantilla está formada por unas quince personas, a las que se suma una docena de colaboradores. Todos son periodistas especializados y cuentan con el apoyo de un médico asesor.

Atendiendo a las clasificaciones elegidas para analizar la redacción y el perfil de profesional, se observa que la redacción responde al modelo de 360° y que la polivalencia de la plantilla es triple: funcional, temática y mediática.

## Discusión

Las últimas décadas han sido cruciales para el sector de la comunicación, golpeado por la crisis económica e inmerso en un cambio del modelo de negocio. Entre los hechos que han marcado un antes y un después en este sector figura la aparición de nuevos medios, por ejemplo, las ediciones digitales y los diarios de distribución gratuita e información general en papel. Estos nuevos medios han abierto a los usuarios y lectores, respectivamente, la posibilidad de acceder sin coste a la actualidad (López, Bellón & De Mateo, 2014). En las últimas décadas, también, se sitúa un incremento del interés de la sociedad por la medicina y la salud, como han puesto de relieve las ediciones de la Encuesta de Percepción Social de la Ciencia (FECYT, 2016).

Es en este contexto en el que se enmarca el nacimiento y la evolución de Diario Médico, cuyo primer número se lanzó el 25 de mayo de 1992. En este momento la prensa de distribución gratuita todavía no había experimentado su máxima expansión a través de los diarios gratuitos de información general y periodicidad durante los días laborales, lo que arranca a partir de 1995 con el lanzamiento de Metro en Suecia y se extiende hasta 2008, cuando comienza la crisis económica y la publicidad, su única vía de financiación, se ve notablemente mermada, con las consiguientes consecuencias para el sector. En el mercado español ello ha derivado en un panorama completamente diferente al que los primeros años del siglo XXI: la prensa gratuita de información general ha desaparecido prácticamente de las ciudades españolas, donde se cuenta con un único gratuito de ámbito estatal -20 minutos- y donde emergen, periódicamente, cabeceras locales que intentan buscar su hueco en el mercado de proximidad (Bellón, 2016).

La especialización periodística y el acceso gratuito a sus contenidos tanto por parte del lector en papel como del usuario en Red son dos de las principales señas de identidad de los productos de Diario Médico, marca que ha formado parte desde sus inicios del sector de la prensa gratuita. Dentro del mismo, constituye una cabecera gratuita especializada en ciencia y la tecnología y dentro de ello en el área de medicina y salud.

Uno de los principales rasgos de la evolución de la edición en papel es el cambio de periodicidad. Este cambio ha tenido lugar en un contexto marcado por la crisis del sector de la prensa en general y de la gratuita en particular.

A lo largo de sus más de dos décadas de existencia Diario Médico ha experimentado un proceso de convergencia periodística, entendido como nuevo modelo organizativo y de producción característico del siglo XXI

(Lima, López & Pereira, 2010: 9) en el que se integran de modos de comunicación tradicionalmente separados que afecta a empresas, tecnologías, profesionales y audiencias en todas las fases de producción, distribución y consumo de contenidos de cualquier tipo (Salaverría, García & Masip, 2010: 30).

Parafraseando a Revuelta y De Semir (2006), la salud ya forma parte del supermercado de la información. Y entre los productos que se ofertan en ese supermercado se mantiene Diario Médico. Lo hace con su medio primitivo, el papel, pero mirando cada vez más a la Red, tanto a través de su edición online como de su presencia en las redes sociales y del lanzamiento de diversas iniciativas en este soporte. A través de todo ese conglomerado de productos la marca Diario Médico acomete día a día una intensa labor a favor de la comunicación en el ámbito de la medicina y de la salud y se focaliza también en uno de los objetivos que, según Díaz (2014), tiene la comunicación en salud: la promoción de la salud pública. Diario Médico hace frente también en su día a día a dos de los principales inconvenientes y dificultades a los que, según González (2004) se enfrenta la comunicación de la salud: la falta de especialización de los periodistas y el hermetismo del sector sanitario.

La creciente demanda social de informaciones sobre temas sanitarios se ha visto correspondida con un notable aumento de esta especialidad informativa en los medios de comunicación social. Prensa escrita y digital, radios, televisiones y agencias de noticias se han hecho eco de esta tendencia generalizada en el ámbito local, comarcal, regional, nacional e internacional (González, 2004) y entre los referentes, avalado por una intensa trayectoria, ya está Diario Médico.

Se constata que tanto su producto impreso como online mantienen como público objetivo a los profesionales del sector médico-sanitario, si bien se aprecia una amplitud y un tratamiento temático que permiten afirmar que, sobre todo en el caso de la web, se produce una apertura al usuario no especializado en medicina y salud pero sí interesado por estos temas.

Conviene prestar atención a si se mantiene en papel, si experimenta nuevos cambios en su periodicidad en este soporte y, sobre todo, a su labor en la democratización de la información sobre medicina y la salud y en la humanización de la profesión médica.

## Conclusiones

Diario Médico ejemplifica la evolución de los medios de comunicación en general y los gratuitos en particular ante la crisis económica, la pérdida de lectores en papel, la

reducción de los ingresos publicitarios y el incremento notable de Internet. Y ejemplifica, también, una apuesta mediática por la divulgación médico-sanitaria.

A día de hoy, hablar de Diario Médico es hacerlo de una edición impresa semanal, de ediciones breves diarias en pdf y de una web, apreciándose una retroalimentación y alusiones entre soportes. Se constata una firme apuesta por ofrecer información científico-sanitaria-médica en papel, pero mirando cada vez más a la Red.

## Referencias Bibliográfica

Alcalay, R. (1983). The impact of mass communication campaigns in the health field. *Social Science & Medicine*, 17(2), 87-94. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90359-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90359-3)

Bell, D. (1973). *The coming of post-industrial society*. New York: Basic Books.

Bellón Rodríguez, A. (2016). Impacto de la crisis en la prensa de distribución gratuita en España. *F@ro*, 1(23), 259-278.

Berganza Conde, R. (2005). *Periodismo especializado*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.

Casero Ripollés, A. (2002). El modelo informativo de diarios locales en Barcelona. En López Lita, R., López Beltrán, F. & Durán Mañés, A. (Ed.), *La prensa local y la prensa gratuita* (pp.276-285). Castellón: Servicio de Publicaciones Universitat Jaume I.

Cassell, M.M., Jackson, C. & Cheuvront, B. (1998). Health communication on the Internet: an effective channel for health behavior change?. *Journal of health communication*, 3(1), 71-79.

Cavaca, A.G., Vasconcellos-Silva, P.R., Ferreira, P. & Nunes, J.A. (2015). Entre evidências e negligências: Cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(11). 3569-3580.

De Semir, V. (2000). Periodismo científico: un discurso a la deriva. *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad*, 2(2), 9-37.

De Semir, V., & Revuelta, G. (2006). La salud en el supermercado de la información. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 4. Disponible en <http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM4.pdf>

De Lavor Coriolano-Marinus, M.W., De Andrade, R.S.,

Ruiz-Moreno, L. & De Lima, L.S. (2015). Communication of healthcare workers and users in caring for children under two years old in the context of a family health unit. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), p.311-324.

Díaz, H. A. (2014). La comunicación en la educación para la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(1), 8-13.

Edo Bolós, C. (2005). El éxito de los gratuitos hace más visible la crisis de la prensa diaria de pago. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 11, 23-44

Edo Bolós, C. (1999). Las revistas e internet como soportes del periodismo especializado y la divulgación. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 5, 77-96.

Elías, C. (2003). Los suplementos especializados como guetos de noticias en la prensa generalista: el caso de los científicos y sanitarios. *Ámbitos*, 9-10, 171-186.

Fernández del Moral, J., & Esteve Ramírez, F. (1993). *Fundamentos de información periodística especializada*. Madrid: Editorial Síntesis.

Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (2016). *VIII Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología*. Madrid: FECYT. [http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Cultura/FICHEROS/2017/Dossier\\_PSC\\_2017.pdf](http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Cultura/FICHEROS/2017/Dossier_PSC_2017.pdf)

Gavilán, E. & Iriberry, A. (2014). Medios de comunicación como agentes que facilitan la medicalización de la vida: el ejemplo de la andropausia. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 49-67.

García Alonso, P. (1993). Evolución de la prensa de distribución gratuita (1990-1992). *Comunicación y Sociedad*, 6 (2).

González Borjas, A. (2004). Salud, información periodística especializada en alza. *Ámbitos*, 11-12, 301-310.

Hallin, D. C. & Briggs, C. L. (2015). Transcending the medical/media opposition in research on news coverage of health and medicine. *Media, Culture & Society*, 37(1), 85-100.

Lima Fernández, M., López García, X. & Pereira Fariña, X. (2010). 15 años de cibermedios en España. En López García, X. & Pereira Fariña, X. (Coords.), *Convergencia digital. Reconfiguración de los Medios de Comunicación en España*. (pp-9-25). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico da USC.

- López García X., Bellón Rodríguez, A. & de Mateo Pérez R (2014). Diarios gratuitos atrapados en la crisis: dos formatos diferentes y un destino incierto. *Revista Latina de Comunicación Social*, 69, 435 a 461.
- Martínez Bennassar, H. (2017). Comunicar la salud en un museo de ciencia. *Revista Española de Comunicación de la Salud*, 8 (1), 101-106.
- Molyneux, L. & Holton, A. (2015). Branding (health) journalism: Perceptions, practices, and emerging norms. *Digital Journalism*, 3(2), 225-242.
- Neuhauser, L., Krepes, G. L. (2003). Rethinking communication in the e-health era. *Journal of Health Psychology*, 8(1), 7-23.
- Nieto, A. (1984). *La prensa gratuita*. Navarra: EUNSA.
- 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.
- Revilla, J.G. (2016). Cómo aprender de los errores de comunicación en las crisis sanitarias. *Metode*, 6, 215-219. DOI: 10.7203/metode.6.7509
- Rico Jerez, M. (2002). *Diario Médico*. Análisis de una empresa informativa especializada en prensa sanitaria. Monografías de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Fundación Universitaria San Antonio.
- Saiz Hontangas, P., Ezpeleta Piorno, P. & Muñoz Miquel, A. (2016). El uso de imágenes en guías para pacientes: Una primera aproximación desde la perspectiva del nivel de activación del paciente. *Panacea*, 17(44), 99-110.
- Salaverría Aliaga, R., García Avilés, J.A. & Masip Masip, P. (2010). Concepto de convergencia periodística. En López García, X & Pereira Fariña, X. (Coords.), *Convergencia digital*. Reconfiguración de los Medios de Comunicación en España (27-40). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico da USC.
- Salaverría, R. (2010). Estructura de la convergencia. En López García, X & Pereira Fariña, X. (Coords.), *Convergencia digital*. Reconfiguración de los Medios de Comunicación en España (pp.41-64). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico da USC.
- Salaverría, R. & Negredo, S. (2008). *Periodismo integrado*. Convergencia de medios y reorganización de redacciones. Barcelona: Sol 90 Media.
- Salaverría, R. & García Avilés, J.A. (2008). La convergencia tecnológica en los medios de comunicación: retos para el periodismo. *Trípodos*, 23, 31-47.
- Sánchez Angarita, J. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(4), p641-648. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>
- Santos Díez, T. (2009). La salud en la prensa gratuita especializada. Un fenómeno emergente. *Estudio sobre el Mensaje Periodístico*, 15, 477-490.
- Serrano Eiroa, I., Mesas Mesas J.M. & Alegre Rivas M.T. (2017). Informe sobre la seguridad alimentaria en la prensa gallega. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8(2), 186-206. <https://doi.org/10.20318/recs.2017.4000>.
- Shaffer, VA., Scherer, L.D., Focella, E.S., Hinnant, A., Len-Ríos, M.E. & Zikmund-Fisher, B.J. (2017). What Is the Story with Narratives? How Using Narratives in Journalism Changes Health Behavior. *Health Communication*, 1-7.
- Quesada, M. (1998). *Periodismo especializado*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Stone, M. (2001). Los pasos que conducen al periodismo multimedia. Innovaciones en Periódicos. *Informe Mundial*, 34-39.
- Tuñón, A. (1993). L'especialització en periodisme: un canvi de paradigma. *Anàlisi*, 15, 85-98.
- Wallington, S. F., Blake, K., Taylor-Clark, K., & 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 US health reporters and editors. *Journal of health communication*, 15(1), 76-94.

## Newspaper portrayal of mental illness in England, Canada, Portugal, Spain and Japan

## Representación de las enfermedades mentales en periódicos de Inglaterra, Canadá, Portugal, España y Japón

<sup>a</sup>Empar Vengut Climent

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

### Abstract

Research concerning media portrayals of mental illnesses and the effects such portrayals might have on the public has usually been carried out within one country as a geographical limit. Herein, we analyse the results of the research carried out through the analysis of newspapers in 5 different disperse countries around the world in the last decade; England, Canada, Portugal, Spain and Japan. Some of these countries have started national campaigns to reduce the stigmatisation of these conditions, including a focused awareness on Mental Health communication in media. Despite the heterogeneity of the societies studied and the different measures adopted, there is still a negative portrayal of mental illnesses in newspapers, which contributes to the ongoing mental illness stigmatisation. Other media also showed similar results. Moreover, this review intends to give a general vision on how research in this area is carried out and propose a reflection on how it should be pursued.

Keywords: media; newspaper; stigma; western countries; mental health.

### Resumen

La investigación relacionada con la imagen que los medios de comunicación proporcionan de las enfermedades mentales y los efectos que esta imagen tiene en el público se suelen realizar dentro de un país como frontera geográfica. En esta revisión se analizan los resultados obtenidos en diferentes estudios que analizan la cobertura de la salud mental en periódicos de 5 países diferentes, Inglaterra, Canadá, Portugal, España y Japón. Algunos de estos países han lanzado campañas a nivel nacional para reducir el estigma relacionado con estas enfermedades y presentan una parte focalizada en la comunicación de la salud mental por parte de los medios de comunicación. A pesar de la diversidad de las sociedades estudiadas y de las diferentes medidas tomadas en cada uno de estos países, sigue habiendo una representación negativa de las enfermedades mentales en los periódicos, lo que contribuye a la perpetuación del estigma. Además, se han obtenido resultados semejantes en otros medios. Finalmente, esta revisión intenta dar una perspectiva general de cómo se llevan a cabo este tipo de investigaciones y propone una reflexión de cómo debería de ser.

Palabras clave: medios de comunicación; periódicos; salud mental; estigma; enfermedad mental.

## Introduction

According to the World Health Organisation, “mental health is defined as a state of well-being in which every individual realises his or her own potential, can cope with the normal stress of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community”. Therefore, it is expected that most of citizens in the world would suffer from a lack of mental health at any one point in their lives. Mental Health is greatly influenced by the social context. For example, one meta-analysis showed increased levels of anxiety, depression and PTSD in detained immigrants and refugees residing in camps (Taylor-East, Rossi, Carnana, & Grech, 2016).

Despite their great prevalence, mental illnesses are still a burden in the vast majority of societies and are frequently stigmatised. Stigma is an all-encompassing term that is built by ignorance or misinformation, prejudice, and discrimination that affects the daily life of people with mental health problems in many aspects of their life (Maiorano et al., 2017; Thornicroft, 2006; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez, Aparicio, 2008). Mental illness stigma contributes to a high percentage of people with mental health problems feeling pressure to hide the condition in order to be protected from society judgement and can even keep them from seeking help (Corrigan, & Kleinlein, 2005). Stigma has been found to discourage help-seeking behaviours, thus, the possibility of recovery is decreased (Maiorano et al., 2017), further perpetuating the existence and rise of mental health. It can also exclude people of mental health from finding and sustaining employment and can also lead to poorer physical health. It can be said that stigma is one of the main obstacles to social recovery for those with mental health problems (Corrigan, 2016; Maiorano et al., 2017).

Mass media has been proven to provide a negative image of those who are often labelled as dangerous or unpredictable, thus, reinforcing common stereotypes of people with mental health problems (Wahl, 2003; Sieff, 2003; López, 2007, Maiorano et al., 2017). Studies also showed that the perception of mental illness can be related to its portrayal in media (Clement et al., 2013; Dietrich, Heider, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C., 2006) Several of these studies show how mental illness was consistently misrepresented during the last half of the 20th century and the beginning of the 21st. Specifically, people with mental illness were frequently depicted as unpredictable, violent and dangerous (Nairn, 2007; Sieff, 2004; Stuart, 2006; Wahl, 1992). The content of articles tends to focus on mental health aspects of perpetrators of

incidents in order to create sensationalised content (Wahl, 1992; Coverdale, Nairn & Claasen, 2002). Of particular concern is the risk of internalisation of stigma portrayed in media, creating fear and the belief in people with mental illness that they are dangerous to themselves or others (Chen, & Lawrie, 2017). As well as existing stigma, there is a lack of genuine representation of those with mental illness in the media, creating an isolated group with limited social acceptance. There is also poor coverage of recovery in the media, creating an inaccurate imbalance of reported mental illness and subsequent potential recovery (Whitley, & Berry, 2013). With this in mind, the media has formed social structures maintaining the negative stigma of mental illness, with or without intention (Corrigan et al., 2005, Maiorano et al., 2017).

Research concerning media portrayals of mental illnesses and the effects such portrayals might have on the public has usually been carried out within one country as a geographical limit. However, recent analysis comparing written media across five different Centre European countries showed significant differences in the way these countries represented mental illness (Nawková et al., 2012). According to the authors, these findings reflect the idea that mental health will be represented differently by different cultures or groups.

Therefore, herein, we have brought together studies concerning the portrayal of mental illnesses in newspapers from 5 different countries during the last decade; England, Canada, Portugal, Spain and Japan. The countries were chosen to represent different profiles of developed countries around the world.

Firstly, England and Canada have implemented National Antistigma campaigns that include the reformation and training of journalists in their treatment and depiction of mental health in the media. They are also English speaking countries with at least one research group specialized in this topic and, especially England, with a large track record on this issue. USA was excluded from this review due to the problematic mass-shooting concern. Most of the articles in this country are focused on this issue, which makes it a unique situation, not comparable to any other country. Secondly, Portugal and Spain have gone through a significant economic crisis that could have greatly affected the mental health of its inhabitants, with the former presenting several guidelines in mental health journalism. These countries are part of the same geographical unit and their language and culture are related enough to make them interesting for a further analysis. Finally, Japan was chosen as a distinctive representation of developed country that do not belong to the Western culture. Moreover, this country has changed the Japanese



word for schizophrenia to a less stigmatising one in the hopes to minimise discrimination and prejudice. Therefore, we aim to put together part of the recent current studies to analyse if there exists any global trend, despite the socioeconomics and cultural differences, and how the different measures implemented to reduce the stigma are working.

## Design/methodology/approach

The current paper is a narrative review of literature on how mental illnesses are covered by newspapers in different countries. Herein, we summarise and analyse research published in the last 10 years, between 2008 and 2018. A combination of searching key databases and examining reference lists of selected articles was used to identify relevant articles. In total, 11 empirical studies published in the last 10 years were reviewed.

Countries were chosen for the reasons stated in the introduction section after the first search, when articles covering newspapers in different countries were subjected to a preliminary screening. Only articles referring to mental health in general were chosen, with the exception of Aoki et al. (2016) which focus specifically on schizophrenia. This article was chosen due to the significant relevance the change in the Japanese word for Schizophrenia could have had on reducing the stigma. Articles including references to mass-shooting or drug abuse were excluded, therefore, countries such as USA and Colombia were also excluded from the selection.

Keywords included mental illness, mental disorders, mental health, psychiatric disorders, stigma, media and newspaper, either in English or in Spanish. Only empirical research analysing newspapers portrayal of mental illness written in English or Spanish were selected and examined in this paper. To cover possible missing articles, reference lists of the previously selected sources were examined and all empirical research that did not appear in the Web of Science database were added.

## Results

### England

England adopted the Time to Change programme in 2009 (TTC) (Henderson et al., 2012). TTC coordinates national and local interventions to engage individuals, communities, and stakeholder organisations, such as health services and professional groups to improve the attitude and behaviour of the general public towards people with mental health. To address the poor media coverage, a guideline on how to appropriately report on mental Health issues was elaborated (Time to Change. Media Guidelines).

Some studies published in the last decade cover years before the implementation of the TTC. Namely, in 2013, Wibberly et al. published a content analysis documenting over a 10-year period (1998-2008) of news published in 4 national UK newspapers, The Times, The Guardian, The Mail and The Telegraph. This descriptive content analysis compared the number of articles related to mental health in each newspaper and the percentage of such publications across the sample and if mental illnesses were being stigmatized in these news by the use of phrases such as schizo, addict or violent. The study showed how the use of pejorative terms and the link between mental illness and violence and drug use had continued despite the increase in articles related to mental health (Murphy, Fatoya, and Wibberley, 2013). Interestingly, a previous study published in 2011 by Goulden et al. documenting the period between 1992 and 2008 indicated that there was a significant enhance in articles explaining psychiatric disorders and also a significant proportional decrease in negative articles about mental illness during this period (Goulden et al., 2011). Differences between mental illnesses were also found; the coverage for depression improved whilst the coverage for schizophrenia remained principally negative.

Despite having a smaller sample, this study was more exhaustive than the previously reported one. It covered 3 national UK newspapers, 2 broadsheets and 1 mid-market tabloid, The Guardian, The Times and The Daily Mail, and one of the highest circulating regional newspapers, the mid-market tabloid London Evening Standard. 36 general and diagnostic terms were used for the search following the recommendations of Whal (Whal, 1992), see table 1. The content analysis was carried out using a coding frame developed exclusively for this study in order to analyse the changes in the overall coverage and specific variations in reporting on a range of diagnoses. This coding system was based on previous coding systems developed by Corrigan and Whal (Corrigan et al., 2005; Wahl, Wood, & Richards, 2002) and the data analysis takes into account the frequency and proportion of articles themes.

During the first phase of the TTC programme implementation, Thornicroft et al. released a study on the newspaper coverage of mental illness in England from 2008 to 2011 (Thornicroft et al., 2013). In this case, they analysed the coverage in 27 local and national newspapers, including tabloids and broadsheets. This study also used the recommendations of Whal for the search descriptors and a specific coding system was specially developed to classify the articles according to whether their main theme contained elements that were stigmatising, antistigmatising or neutral. Results were based on frequencies and proportions

of elements in the articles. Their analysis lead to conclude that there was no reduction in the proportion of stigmatising articles, and fewer articles were coded as mixed or neutral. Therefore, for the first phase of implementation of the TTC programme, no significant improvement seemed to happen with respect to previous achievements.

In 2016, Henderson et al. published an update of the changes in newspaper reporting of mental illness over the duration of the TTC (Rhydderch et al., 2016); in total, a 7-year period was evaluated (2008-2014). The authors analysed again 27 local and national newspapers, including ten national mass circulating newspapers, daily newspapers and the eight highest circulating regional newspapers and used a similar coding system with slight variations. In this case, authors showed an improvement in the coverage of mental illness; the number of articles covering this issue increased significantly and the proportion of articles presenting mental illness in an antistigmatising way also showed a slight increase whilst the portrayal of mental illness as 'dangerous to others' decreased proportionally. However, the later results were not consistent during the period studied and different disorders were treated with different approaches; whilst anxiety disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) were the diagnoses that were more often reported in an antistigmatising manner, personality disorders, schizophrenia, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and eating disorders were mostly represented in a stigmatising context. Therefore, the authors stated that:

during the time period studied, Time to Change has likely affected reporting through the effects of two of its components: the inclusion of newspaper journalists and editors as a target group for advice, training and lobbying, and the effect of its social marketing campaign on journalists as members of the public. However, our mixed results show that this impact has been a partial one, and the lack of a consistent pattern over time precludes optimism about continued positive change in the future (Rhydderch, 2016, p. 50).

### **Canada**

In 2009, the Mental Health Commission of Canada (MHCC), created in 2007, started the antistigma initiative 'Opening Minds'. Amongst the several antistigma activities that this campaign included, there was an intense and targeted intervention with the media. Like Thornicroft in England, Whitley et al. followed the change in newspapers portrayal of mental illnesses during the time of the campaign. The study included the 20 best-selling English-Canadian newspapers that mentioned once or more the phrases or words: mental health, mental illness, schizo-

phrenia or schizophrenic. The descriptive content analysis was carried out applying a coding scheme developed by the authors and taking into account frequency counts and proportions of the key questions in the coding scheme. The preliminary results were published in 2013 contemplating a 5-year period analysis (2005-2010) and no significant changes in media reporting were found (Whitley, & Berry, 2013).

Last year, the same research group published a longitudinal analysis of newspaper portrayals of mental illness in Canada from 2005 to 2015, as an extension of the previous study. Authors used the same methods and procedures. The study indicated that newspapers coverage of mental illness improved during the time analysed (Whitley & Wang, 2016). Articles with a positive tone almost doubled whilst articles with stigmatising content reduced by a third. Nevertheless, the articles linking mental illness and crime and violence substantially increased, averaging over 50% of articles in the last 5 years of the study, and the proportion of articles focused on recovery did not improve either. In this case, the authors do think that the MHCC campaign may have had an effect on the results found even though they appreciated that improvement is needed.

### **Portugal**

Portugal has showed significant initiative in recent years to improve its mental health services. It was the one of the first European countries to enforce a national law in 1963, which allowed the opening of district mental health centres across the country. This was also supported by movements integrating mental health and primary care and the initiation of social psychiatric services. However, by the beginning of the 21st century, mental health services still suffered serious limitations in terms of accessibility, equity and quality of care (Caldas de Almeida, 2009). In order to improve this issue, they implemented the Portuguese National Mental Health Plan (2007-2016), which included as part of the prevention and promotion activities, the "awareness and information in diverse sectors, such as primary care, schools, recreational centres, workplaces, television programmes, the internet and the media in general" (Caldas de Almeida, 2009, p. 240). The start of the plan, however, coincided with the beginning of the economic crisis.

In 2017, Dias Neto et al. reported the impact of the 2008 economic crisis on the social representation of mental Health by analysing a decade of newspaper coverage, from 2004 to 2013, that is to say, a 5-year period before and after the crisis (Dias Neto, Figueiras, Campos, & Tavares, 2017). The crisis had direct effects on the Mental Health Plan budget, as well as the significant impact it had on general men-

tal wellbeing in the population (Caldas de Almeida, 2009; Maresso et al., 2015; Caldas de Almeida, Mateus, & Tomé, 2015). The authors analysed how 2 of the most printed journals in Portugal, *Correio da Manhã* and *Jornal de Notícias*, portrayed mental health and its treatment, in addition to whether the 2008 economic crisis had an impact on this depiction. The coding system employed for this study was adapted to the Portuguese context from two existing coding systems, that from Goulden et al. (2011), reported above in the England section, and that from Stuber and Achterman (2008), since this latter one also takes into account the treatment, prevention and recovery.

The main finding was the increase in proportion of negative news during the crisis, even though the overall news were positive there were still there were still remaining signs of stigma in representing mental health. The authors stated that “this is a result of newspapers’ increased concerns in addressing this issue and continuous advocacy recommendations by national bodies” (Dias Neto et al., 2017, p. 741). The increase in negative news led them to propose two possible causes; more negative events happen, which are then brought to the public (which implies the total objectivity of the media), or the media subjectivity is influenced by the change in social representation.

Another important outcome was that if the results concerning treatment were analysed on their own, negative news were the trend; with treatment failure, lack of treatment resources and lack of research the main reported issues. Once again, schizophrenia tended to be more associated with negative news.

## Spain

Spain was also deeply affected by the economic crisis in 2008. However, the focus of the studies carried out in this country did not consider this socioeconomic context.

A content qualitative and quantitative descriptive analysis reported in 2011 concluded that there was no improvement in the negative image of one Spanish national newspaper’s portrayal of people with mental illness, especially schizophrenia, between 1998 and 2009 (Lima Serrano, Sáez Bueno, & Lima Rodríguez, 2011). The authors created their own coding system taking into account the type of article, the existence of testimonies, the themes covered, the length of the news, the section in which it was located, and the informative treatment. The data was analysed according to the absolute frequencies and percentage of articles.

Basora and colleagues (Aragónés, López-Muntaner,

Ceruelo, & Basora, 2014) also analysed coverage on this topic in Spanish leading newspapers during 2010. This study, however, was more detailed and, apart from a bigger sample, it also used an adaptation of the coding systems developed by Corrigan et al (2005) and Wahl et al. (2002), as well as analysing the writing, style, and presentation of the news items. The authors confirmed the hypothesis that the press treats mental illness in a manner that encourages stigmatisation. A significant proportion of news reporting mental illness related to danger and crime was found whilst a very low proportion of news were covering the etiology of mental illness from a biological point of view. However, the positive note was that the non-stigmatising portrayals of mental illness were slightly more prevalent than the stigmatising ones.

## Japan

In 2017, Namino Ottewell reported the coverage of mental illnesses in 4 high-circulation national broadsheets between the years 1987 and 2014. The qualitative content analysis was carried out after the development of the first coding system specific to Japan. This coding system was based on Corrigan et al. (2005) and Goulden et al. (2011). The authors stated, once again, that articles which came under the category of ‘dangerousness’ occupied a high proportion throughout the period, especially those related to schizophrenia (Ottewell, 2017). However, the proportion decreased significantly across the 27-year period. An interesting point that differentiates the results in this country from the other countries analysed is that articles regarding depression were mostly related to work stress. Positively, there was also a significant rise in the proportion of articles about the awareness and understanding of mental health concerns during this period.

A more specific study concerning only media coverage of schizophrenia from 1992 to 2012 showed that there was a decrease in the ratio of articles about schizophrenia and danger related to that of bipolar disorder (Aoki et al., 2016). This decrease coincides with the renaming of the term schizophrenia for a less stigmatising term in some Asian countries (e.g., Japan, Honk Kong, Taiwan, South Korea) in the early 2000s. The authors thus stated that “renaming was associated with a mitigation of stigmatised depiction of the new term in newspaper reports” (Aoki et al., 2016, p.1). This study covered 3 high-circulation national broadsheets and the coding system employed was based on Goulden et al. (2011).

**Table 1.** Articles reviewed.

Country	Authors	Years of analysis	Sample size	keywords	Main finding
UK	Goulden et al.	1992, 2000 & 2008	1361	mental health, mental illness, mentally ill, mental disorder, mental patient, mental problem, mental hospital, mental institut*, mental asylum, mental home, secure hospital, special hospital, psychiatr*, depression, depressive, depressed, anxiety, bipolar, panic disorder, panic attack, obsessive compulsive disorder, OCD, post traumatic stress, PTSD, social phobia, agoraphobi*, schizo*, psychosis, psychotic, eating disorder, anorexi*, bulimi*, personality disorder, dissociative disorder, ADHD, attention deficit	Over the period studied, there was a significant reduction in negative articles focused on mental illness and a significant increase in articles explaining psychiatric disorders. There was also an improvement on the coverage for depression even though, it remained mostly negative for schizophrenia
UK	Murphy et al.	1998-2008	5537	“mental illness” and or “mental health”	Over the period studied, there was an increase in the number of articles related to mental health/illness. Moreover, the use of pejorative terms to describe a mentally ill person was identified in an important proportion of articles.
England	Thornicroft et al.	2008-2011	3001	'mental health OR mental illness OR mentally ill OR mental disorder OR mental patient OR mental problem OR (depression NOT W/1 economic OR great) OR depressed OR depressive OR schizo! OR psychosis OR psychotic OR eating disorder OR anorexi! OR bulimi! OR personality disorder OR dissociative disorder OR anxiety disorder OR anxiety attack OR panic disorder OR panic attack OR obsessive compulsive disorder OR OCD OR post-traumatic stress OR PTSD OR social phobia OR agoraphobi! OR bipolar OR ADHD OR attention deficit OR psychiatr! OR mental hospital OR mental asylum OR mental home OR secure hospital'.	Over the period studied, a significant increase in the proportion of antistigmatising articles was found whilst stigmatising articles proportion remained similar.

**Table 1.** (Continued).

England	Rhydderch et al.	2008-2014	4876	'mental health OR mental illness OR mentally ill OR mental disorder OR mental patient OR mental problem OR (depression NOT W/1 economic OR great) OR depressed OR depressive OR schizo! OR psychosis OR psychotic OR eating disorder OR anorexi! OR bulimi! OR personality disorder OR dissociative disorder OR anxiety disorder OR anxiety attack OR panic disorder OR panic attack OR obsessive compulsive disorder OR OCD OR post-traumatic stress OR PTSD OR social phobia OR agoraphobi! OR bipolar OR ADHD OR attention deficit OR psychiatr! OR mental hospital OR mental asylum OR mental home OR secure hospital'.	Over the period studied, there was an increase in the proportion of anti-stigmatising articles and in the number of articles covering mental health but the decrease in stigmatising ones was not significant. There was a substantial increase in the number of articles covering mental health between 2008 and 2014. However, the results were not consistent in time.
Canada	Whitley et al.	2005-2010	11263	mental health; mental illness; schizophrenia; or schizophrenic	No significant changes were found over the period studied, with a high proportion of articles including stigmatising content.
Canada	Whitley et al.	2005-2015	24570	mental health; mental illness; schizophrenia; or schizophrenic	Over the period studied, there was a significant improvement on the coverage of mental health, with articles in positive tone nearly doubled and articles with stigmatising content reduced by a third.
Portugal	Dias Neto et al.	2004-2013	1000	global expressions (e.g. mental health, mental disorder, mental patient, mad, crazy); diagnostic terms (e.g. schizophrenia, depression, bipolar, anorectic, drug addict, alcoholic); and treatment (e.g. psychologists, psychotherapist, psychiatry, anti-depressants, prevention	There was an increase in proportion of negative news during the economic crisis. However, there was a general increase in the positive tone of articles, over the period studied, even though there was a negative representation of treatment.

**Table 1.** (Continued).

Spain	Lima-Serrano et al.	1998, 2008 & 2009	367	Trastorno mental, "enfermedad mental", loco, locura, ansiedad, depresión, nervios, bipolar, esquizofrenia, esquizofrénico, neurosis, neurótico, personalidad, psicosis, psicótico, fobias	Over the period studied, there was no improvement in the negative image of one Spanish national newspaper's portrayal of people with mental illness, especially schizophrenia.
Spain	Aragonés et al.	2010	333	mental illness, mental disorder, psychosis, psychopathy, psychopathology, schizophrenia, and related words. [Search strategy in Spanish: esquizofr* OR 'trast* mental' OR 'enf* mental' OR psicop* OR psicot* OR psicosis*]	They confirmed the hypothesis that the press covers mental health in a stigmatising manner.
Japan	Ottewell	1987, 1996, 2005 & 2014	448	mental illness; mental disorder; neurosis; pervert; psychiatric; manic; schizophrenia; bipolar disorder; depression; PTSD; anxiety disorder; panic disorder; eating disorder; obsessive compulsive disorder; personality disorder	Over the period studied, the proportion of articles relating mental illness and danger did not decrease significantly. There was also an increase of articles focusing on mental illness related to stress, especially for depression.
Japan	Aoki et al.	1992-2012	4677	The previous name for schizophrenia (Seishin bunretsu-byo), its abbreviated name (Bunretsu-byo), and the new name for schizophrenia (Togo-sitcho-syo)	The authors found a significant decrease in the proportion of stigmatising articles focused on schizophrenia after it was renamed.

## Discussion

Even though different cultures may depict mental health in a different way, negative statements and language reflecting stigma can still be found regardless of the country. (Nawková et al., 2012).

The compilation of the studies showed in these reviews leads to the same conclusion; even though there are disparities in the way the analysis was carried out, there has been an improvement in newspaper coverage of mental illness since the beginning of the 21st century. However, the amount of negative portrayal articles is still high, mostly related to an association between mental illness and dangerousness. This trend is not the same for all mental illnesses. The improvement of the portrayal of conditions like depression has been reported in most of the articles reviewed. However, coverage of schizophrenia still contains a significant number of stereotypes. This issue is contradictory to the research showing that people

with schizophrenia are at least 14 times more likely to be victims than committers in violent crimes (Brekke et al., 2001; Stuart, 2003), and only below 10% of violence in society is caused by people with schizophrenia (Walsh, Buchanan & Fahy, 2002). This incongruity, thus, indicates the pejorative reporting of schizophrenia.

It is also relevant to highlight that most of the research, overall, the quantitative analysis, exclude the metaphorical terminology used in the analysis and that it may be an important source of stigmatisation. Aragonés et al. found that nearly half of the articles analysed used "clinical terms in a metaphorical sense or as pejorative descriptions." (Aragonés et al., 2014, p.1254). The authors, however, were expecting these results since a previous study by Magliano et al. had already reported frequencies of metaphor use near 75% (Magliano et al., 2011). Similar qualitative results were found by Lima-Serrano et al. This issue is mainly addressed in the Journalist writing guidelines in most of the countries. As stated, England and

Canada started a major campaign to reduce the stigma of these illnesses, considering the training and guidance of journalists. In Spain, two main organisations Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA and Obertament are working towards the same goal. However, the last report of the latter, showed that even though the percentage of negative news decreased in 2015 related to 2014, the ratio of negative news related to violence or offensive use was similar. Moreover, the pejorative use of psychosis and schizophrenia were still highly in use, even when reporting situations unrelated to mental health, like the terrorists' attacks at Bataclan hall in Paris (David, 2017).

Interestingly, another factor not reported in most of the articles is the differences in mental illness portrayal depending on gender. Whitley et al. (Whitley, Adeponle, & Miller, 2015) compared generic and gendered representations of mental illness in Canadian newspapers. The authors found differences in the articles about men and women with mental illness, with the men's articles being more stigmatising. Moreover, in a recent review by Ma on how the media cover mental illnesses, several studies carried out in different media showed that there is actually an age and gender disparity in news stories; reporting of adult/men with mental illness is less objective and balanced than reporting of children/women with mental illness (Ma, 2017).

Other results on reporting mental illness in newspapers demonstrated to be similar in different studies carried out in other media (Ma, 2017). However, as aforementioned, most of the studies have been carried out applying different methodologies, such as quantitative content analysis, qualitative thematic analysis and a many other different approaches. The terms searched, and the coding frames used are also divergent. As Whitley & Berry explain in an article discussing the main challenges they found during their national project, "given the differing aims and objectives of each of these studies, such methodological diversity is justified and should be considered a strength of the current literature." (Whitley & Berry, 2013: 247) As a result, there is no existing standardisation of the procedure in media analysis of mental illness and there is a lack of guideline methodology. For new researchers this can be a disadvantage in their analyses and should be considered in any future research.

In the same article, Whitley and Berry give several advice guidelines according to their experience in the field. These suggestions can be summarised in:

- defining relevant search terms; on one hand we have the standard terminology for mental Health issues, such as "mental health", "mental illness", "schizophrenia", "depression", etc. The articles reviewed here, showed a

great disparity in this terminology, since some of them included only the most relevant terms and others included most of the mental disorders. For example, the Japanese research included mental illness; mental disorder; neurosis; pervert; psychiatric; manic; schizophrenia; bipolar disorder; depression; PTSD; anxiety disorder; panic disorder; eating disorder; obsessive compulsive disorder; personality disorder. In fact, other countries were not included in this review due to huge disparities in the search terms, for example USA with "massive shooting" (McGinty, Webster, & Barry, 2013; McGinty, Webster, Jarlenski, & Barry, 2014; McGinty, Kennedy-Hendricks, Choksy, & Barry, 2016) and Colombia with "addictions" (Gutiérrez-Coba, Salgado-Cardona, García Perdomo, & Guzmán-Rossini, 2017). On the other hand, derogatory slang, such as "psycho", "crazy" or "loony", as used in the relevant countries should also be considered.

- developing appropriate inclusion and exclusion criteria. One example related to this issue is the fact that in most of the analysed studies, metaphorical uses of the terms were excluded. This should be done when we are pursuing a quantitative analysis, but it is extremely relevant for qualitative analyses.

- creating a coding scheme. Coding frames are important and research groups should be consistent with it in all their research if they want to compare results over the years. The most used coding frames are the ones developed for the analysis of newspaper coverage of mental illness in USA, England and Canada (Corrigan, 2005; Goulden, 2011; Whitley, 2013).

- choosing strategies of analysis and dissemination. Choosing the strategy of analysis should be the first consideration because most of the other points depend on it. An analysis of media representations of mental illness can be both quantitative and qualitative. As Whitley and Berry, also advise, herein, we recommend a mixed-method approach, since it combines the statistical data to a more linguistic and social insight, e.g. how these stories are either contextualised or sensationalised.

- staffing and training issues. Allocation and training of staff should be given careful consideration in order for such large-scale national studies to be valid. Close supervision and excellent training of research assistants should be adopted throughout.

Finally, it is important to take into account the cross cultural and socioeconomical differences that exist across cultures but we must also be aware of the increasing globalisation of the digital world, since, nowadays, the development and expanse of the Internet is advancing towards a general consensus and unity of the media across cul-

tures, especially within westernised cultures. Therefore, the measures adopted in each country should follow a general guideline for journalists as well as complementing guidelines for individual contexts.

## Conclusions

Newspaper coverage on mental health has improved in all the countries analysed. However, there is still a stigmatising and stereotypical portrayal. Journalists should report mental health related news with caution due to the impact their portrayal can have on building a social image. Several guides have been written to help them to use more appropriate language and not to specify a mental condition if it is not relevant for the news piece. These guidelines benefit from being situation and language specific and time-sensitive. It is clear to see that there are significant shortcomings in the research, mainly due to the differing social context in the countries studied and the impact this may have on the search parameters, techniques and methods used within the research. Another noteworthy point of interest is the influence of language across the studies. The definition of mental illness is not consistent across the literature particularly between different cultures. Therefore, comparison studies can be extremely difficult if the terminology is not standardised. Future research should carefully identify specific terminology and outline definitions clearly, perhaps with a more direct focus on specific mental illnesses with the parameters of language use strictly defined. Despite these difficulties, the evolution of such research will be of great interest in the following years particularly due to the increased awareness of mental health in the general public and the constant changing societal context.

## Agradecimientos

La autora quiere agradecer a Aimee Patrick por su reflexiones sobre el estigma que sufren las personas con enfermedades mentales y por su revisión del manuscrito.

## References

- \*Aoki, A., Aoki, Y., Goulden, R., Kasai, K., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016) Change in newspaper coverage of schizophrenia in Japan over 20-year period. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 193-197.
- \*Aragonés, E., López-Muntaner, J., Ceruelo, S., & Basora, J. (2014). Reinforcing stigmatization: Coverage of mental illness in Spanish newspapers. *Journal of Health Communication*, 19, 1248-1258.
- Brekke, J.S., Prindle, C., Bae, S.W., & Long, J.D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52(10), 1358-1366.
- Caldas de Almeida, J. (2009). Portuguese national mental Health plan (2007–2016): Executive summary. *Mental Health and Family Medicine*, 6, 233-244.
- Caldas de Almeida, J., Mateus, P., & Tomé, G. (2015). Towards community-based and socially inclusive mental health care: Situation analysis and recommendations for action (Joint action on mental health and well-being). Retrieved from <http://www.app.com.pt/relatorio-nacional-e-u-joint-action-mental-health-versao-portuguesa>
- Chen, M., & Lawrie, S. (2017). Newspaper depictions of mental and physical health. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 41, 308-313.
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, ... Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Systematic Reviews* (7).
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). Impact of Mental Illness Stigma. In: P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental illness: Practical Strategies for Research and Social Change* (186-199). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L.L. (2005) Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 56(5), 551-556.
- Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15, 67-73.
- Coverdale, R., Nairn, R., & Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 697-700
- David, L.L. (2017). Contra l'estigma. Estereotips, mitjans de comunicació i salut mental. *Mètode*, 91, 23-27. Retrieved from <https://metode.cat/revistes-metode/article/contra-lestigma.html>.
- Dietrich, S., Heider, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2006). Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 318-322.



- \*Dias Neto, D., Figueiras, M.J., Campos, S., & Tavares, P. (2017). Impact of economic crisis on the social representation of mental health: Analysis of a decade of newspaper coverage. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 736-743.
- \*Goulden, G.R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health*, 11, 796.
- Gutiérrez-Coba, L., Salgado-Cardona, A., García Perdomo, V., & Guzmán-Rossini, Y. (2017): Cubrimiento de la salud mental en la prensa colombiana, un aporte aún en construcción. *Revista Latina de Comunicación Social*, 72, 114-128.
- Henderson, C., Corker, E., Lewis-Holmes, E., Hamilton, S., Flach, C., Rose, D., ... Thornicroft, G. (2012). England's Time to Change Antistigma Campaign: One-Year Outcomes of Service User-Rated Experiences of Discrimination. *Psychiatric services*, 63(5), 451-457.
- \*Lima Serrano, M., Sáez Bueno, A., & Lima Rodríguez, J. (2011) ¿Contribuye la prensa al estigma de personas con trastorno mental? Análisis de contenidos de ElPais.com. *Revista Presencia*, 7(14). Retrieved from <http://www.index-f.com/presencia/n14/p7653.php>
- López, M. (2007). Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'Information Psychiatrique*, 10(83), 793-799.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M., & Aparicio, A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.
- Ma, Z. (2017). How the media cover mental illnesses: a review. *Health Education*, 117(1), 90-109.
- Magliano, L., Read, J., & Marassi, R. (2011). Metaphoric and non-metaphoric use of the term "schizophrenia" in Italian newspapers. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 46, 1019-1025.
- Maiorano, A., Lasalvia, A., Sampogna, G., Poci, B., Ruggeri, M., & Henderson, C. (2017). Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(10), 702-715.
- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., ... Kluge, H. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. Copenhagen: World Health Organization Europe, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McGinty, E.E., Webster, D.W. & Barry, C.L. (2013). Effects of news media messages about mass shootings on attitudes toward persons with serious mental illness and public support for gun control policies. *American Journal of Psychiatry*, 170(5), 494-501.
- McGinty, E.E., Webster, D.W., Jarlenski, M. & Barry, C.L. (2014). News media framing of serious mental illness and gun violence in the United States, 1997-2012. *American Journal of Public Health*, 104(3), 406-441.
- McGinty, E.E., Kennedy-Hendricks, A., Choksy, S., & Barry, C. L. (2016) Trends In News Media Coverage Of Mental Illness In The United States: 1995-2014. *Health Affairs (Millwood)*, 35(6), 1121-1129.
- \*Murphy, N., Fatoya, F., & Wibberley, C. (2013). The changing face of newspaper representations of the mentally ill. *Journal of Mental Health*, 22, 271-282.
- Nairn, R.G. (2007). Media portrayals of mental illness, or is it madness? *Australian Psychologist*, 42(2), 138-146.
- Nawkova, L., Nawka, A., Adamkova, T., Rukavina, T.V., Holcnerova, P., Kuzman, M.R., ... Raboch, J. (2012). The picture of mental health/illness in the printed media in three Central European countries. *Journal of Health Communication*, 17(1), 22-40.
- \*Ottewell, N. (2017) Newspaper reporting of mental illness. *Journal of Public Mental Health*, 16(2), 78-85.
- \*Rhydderch, D., Krooupa, A. M, Shefer, G., Goulden, R., Williams, P., Thornicroft, A., ... Henderson, C. (2016) Changes in newspaper coverage of mental illness from 2008 to 2014 in England. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (Suppl. 446), 45-52.
- Sieff E. (2003). Media frames of mental illnesses: the potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.
- Sieff, E.M. (2004). Media frames of mental illness: the potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry*, 2, 121-124.

- Stuart H. (2006) Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*, 20(2), 99-106.
- Taylor-East, R., Rossi, A., Carnana, J. & Grech, A. (2016). The mental health services for detained asylum seekers in Malta. *BJPsych International*, 13,32–35.
- Time to Change. Media Guidelines. Retrieved from <http://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/TtC%20Media%20Leaflet%20NEWS.pdf>
- Thornicroft G.(2006) *Shunned*: discrimination against people with mental illness. New York: Oxford University Press.
- \*Thornicroft, A., Goulden, R., Shefer, G., Rhydderch, D., Rose, D., Williams, P., Thornicroft, G. & Henderson, C. (2013) Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202(Suppl 55), S64-S6.
- Wahl, O.F. (1992). Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychiatry*, 20, 343–352.
- Wahl, O. E., Wood, A., & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 9-31.
- Wahl, O. (2003) News media portrayal of mental illness implications for public policy. *American Behavioral Scientist*, 46(12), 1594-1600.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- \*Whitley, R., & Berry, S. (2013) Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(2), 107-112.
- Whitley, R., & Berry, S. (2013). Analyzing media representations of mental illness: Lessons learnt from a national project. *Journal of Mental Health*, 22, 246–253.
- \*Whitley, R., & Wang, J. (2017). Good News? A Longitudinal Analysis of Newspaper Portrayals of Mental Illness in Canada 2005 to 2015. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 278-285.
- Whitley, R., Adeponle, A., & Miller, A. R. (2015). Comparing gendered and generic representation of mental illness in Canadian newspapers: an exploration of the chivalry hypothesis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 325-333.

## La medicina en los tiempos de Oliver Twist: análisis de la obra de Dickens

### Medicine in the times of Oliver Twist: analysis of the work of Dickens

Alfonso de la Quintana García<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Comunicación y Sociología, Universidad Rey Juan Carlos, España

#### Resumen

**Introducción:** La literatura Universal es una fuente de datos para conocer las enfermedades a través de la historia. **Objetivo:** Fomentar que los lectores exploren las enfermedades y mejoren su salud por medio de la literatura. **Metodología:** El texto seleccionado es Oliver Twist por ser el más conocido de Charles Dickens en su versión inglesa y española. Se analizan todos los textos relacionados con la salud y se escogen los más representativos, así como los que más se repiten. También se hace una comparación con la situación en España en aquellos años. **Resultados:** El nivel de desarrollo de Gran Bretaña era mucho mayor que el de España. La tecnología había llegado al campo, a las minas y a la ciudad. Las epidemias, el sistema sanitario, los accidentes laborales no tenían muchas similitudes debido al atraso que sufría España. **Conclusión:** La literatura sirve para concienciar a la opinión pública de la importancia de la salud. Se debe fomentar la literatura como instrumento de prevención de enfermedades, incluso hay escritores que describen enfermedades sin saberlo.

Palabras clave: Educación para la salud; literatura; Dickens; medicina.

#### Abstract

**Introduction:** Universal literature is a source of data to know diseases through history. Aims: Encourage readers to explore diseases and improve their health through literature. **Methodology:** The selected text is Oliver Twist for being the best known of Charles Dickens in his English and Spanish version. All the texts related to health are analyzed and the most representative ones are chosen, as well as those that are most repeated. A comparison is also made with the situation in Spain in those years. **Results:** The level of development of Great Britain was much higher than that of Spain. Technology had reached the countryside, the mines and the city. The epidemics, the health system, work accidents did not have many similarities due to the backwardness suffered by Spain. **Conclusion:** Literature serves to raise public awareness of the importance of health. Literature should be encouraged as an instrument for the prevention of diseases, even writers who describe diseases without knowing it.

Keywords: Health education; literature; Dickens; medicine.

**CONTACTO:** Alfonso García de la Quintana  [alfonso.delaquintana@urjc.es](mailto:alfonso.delaquintana@urjc.es)

Fecha de envío: 16/11/2017  
Fecha de aceptación: 04/07/2018

## Introducción

La literatura puede ser una referencia para el estudio de las enfermedades y la salud durante toda la historia de la humanidad. En el caso concreto de *Oliver Twist* se pueden ver algunas enfermedades como: la depresión infantil, la dependencia psicológica y algunas conductas nocivas como la mala alimentación y el acoso laboral. La relación era tan fuerte que una editorial de la *British Medical Journal* manifestaba en su obituario: “Los médicos podemos decir: Qué útil sería para la medicina tener una persona así, con ese poder de observación y capacidad descriptiva, y que se entregara con estas habilidades al arte de la medicina” (Kryger, 2012). Siendo la enfermedad más grave descrita el consumo de alcohol, disfrazado algunas veces bajo la apariencia de uso medicinal. Aun conociendo sus drásticas consecuencias como se puede comprobar en una litografía, del siglo XVIII, titulada *Gin Lane* (La Calle del Gin) cuyo autor es William Hogarth (1697-1764), en la que se muestra las consecuencias del aumento de consumo de ginebra, cuando se popularizó, por ser una bebida muy barata al estar libre de impuestos. Ocasionando mayor mortalidad infantil, aumento de epilepsia, baja natalidad y hasta el síndrome alcohólico fetal. Estas circunstancias hicieron que el Colegio de Médicos Británico pidiera al Parlamento que repusiera el impuesto a la ginebra para que de esa forma disminuyera su consumo.

Es curioso como Charles Dickens aborda el tema del consumo de alcohol y sus consecuencias y muchas enfermedades sin diagnosticar en muchas de sus obras. Una de las más conocidas y objeto de esta investigación es *Oliver Twist*. Pero no la única Historia de dos ciudades, cuentos de Navidad, Tiempos difíciles, en los que trata la adicción al alcohol con láudano (Brain, 1955). Siendo la “La descripción médica más conocida, de Dickens la que aparece en los Papeles póstumos del club Pickwick. (Marcelo, 2012).

O con títulos claramente reveladores como: *El Hombre y su cerveza*, que revelan la preocupación del autor por el alcoholismo en sus personajes. Incluso algunos de sus más reconocidos biógrafos como (Kaplan, 1998). Señala que se llega a identificar con ellos. Curiosamente “Los escritores victorianos comúnmente practicaron la medicina, e incorporaron un intenso interés hacia la enfermedad. Tal fue el caso del prototipo de escritor victoriano Charles Dickens” (Kerry & O’Sullivan, 2006).

En *Oliver Twist* aparece la influencia que tenía el padre en la familia, durante la revolución industrial. Cuando faltaba la figura de alguno de los padres, el desarrollo

del niño solía ser nulo, porque no tenía un espejo donde mirarse perdiendo su referencia paternal. Además, la madre era, en la mayoría de los casos, simplemente una mantenedora de las labores de su hogar. Otorgándose el valor principal al padre que a fin de cuentas era el que llevaba el dinero a casa, siendo ese el valor objetivo en una sociedad capitalista. Esquema que ha casi perdurado hasta nuestros días. Esta ausencia del padre hacía que en una sociedad con unas determinadas características, como el niño no tuviera al padre como referencia, tomaba “modelos equivocados” -cuando los tomaba- o una mezcla de ellos, que en la mayoría de los casos era peor. Este sería el caso del señor Bumble, el judío, al que todos los niños que acoge quieren imitar.

El niño al no saber o confundir qué es lo que está bien y lo que está mal puede ser víctima de una esquizofrenia moral. El proceso es sencillo al niño se le premia un día por algo que está bien y al día siguiente se le castiga por lo mismo. Esto llevará, en el futuro, al niño a una situación de indefensión, a no saber posicionarse frente a la vida y a ser simplemente una marioneta del jefe de turno, como explica Charles Dickens en el capítulo de *Oliver Twist*, cuando encierran a Oliver en un cuarto incomunicado y nos relata el proceso de adoctrinamiento criminal.

Sin embargo, *Oliver Twist* no cayó en este proceso criminal, sino que al final lo supera y se ve recompensado. También es importante que por su formación inicial, tuviera un desarrollo notable del sentido común (el menos común de todos los sentidos), porque en su subconsciente y su genética estaba ese buen ambiente familiar que un día terminaría aflorando. (Eblovi & Clardy, 2016) “Dickens could not have understood the genetic etiology of this phenotype”,

Son, por tanto, los valores humanos de *Oliver Twist* los que lo salvan de las situaciones que vive, que iban más lejos de lo que es el maltrato infantil. En esta obra se pueden analizar los efectos de la Revolución Industrial, que tantos años tardaría en llegar a nuestro país. Y sobre todo se constata el compromiso del autor, Dickens, al denunciar toda esa realidad del mundo laboral, porque la ha vivido desde su infancia. No hay que olvidar que su padre estuvo en la cárcel por deudor y que él tuvo que trabajar en una fábrica de betún siendo muy niño. Por lo que su obra literaria está impregnada de un compromiso personal frente a todo lo que ha vivido.

En España ya en la literatura de nuestra Edad Media; en *La Celestina*, la obra de Fernando de Rojas se puede observar el acoso moral a los trabajadores de lo que hoy llamaríamos el servicio doméstico. Es una forma de acoso laboral basada en el insulto psicológico (De Rojas,

1991). Señalar que, aunque parezca un insulto simple no lo es, ya que se dañaba de una manera muy profunda al trabajador, pues se le hería en sus valores más profundos. Como eran la honra o la decencia. Valores que en su contexto histórico tenían mucha importancia para esas personas.

Si analizamos la literatura española del siglo XIX hay que prestar atención a Don Benito Pérez Galdós, con su "Fortunata y Jacinta" en la que se puede destacar la visita de Jacinta a las fábricas de Barcelona y la situación tan carente de medidas de prevención de riesgos. Un ejemplo sencillo sería cómo los obreros se quedaban sordos con el ruido de las máquinas. Lo que pone de manifiesto la inexistencia de las más básicas medidas preventivas.

A partir de 1939 surge la novela social con autores como Alfonso Grosso, Caballero Bonald con "Dos noches de septiembre". Sin olvidar a Miguel Delibes con: "Los Santos Inocentes", "Aun es de día" en el que se trata el tema de los almacenes de ultramarinos.

Casos interesantes relacionados con todos los problemas de Seguridad e Higiene los podemos leer en: Pío Baroja en "La lucha por la vida" y en la "Busca" en la que trata el trabajo en una zapatería y en una tahonería en la que los trabajadores inhalan el polvo del trigo, además de padecer las altas temperaturas de sus hornos. Siendo su personaje Manuel Alcázar tan explotado, que cae enfermo.

Otra obra que podría servir de estudio o como guía de la prevención de riesgos laborales en el mar, sería "El Gran Sol" de Aldecoa en la que trata el tema de los pescadores y todas sus enfermedades laborales.

Finalmente recordar, y nunca olvidar a Don Miguel de Cervantes con Don Quijote de la Mancha, En la que el Hidalgo Don Quijote reacciona en muchas ocasiones con agresividad hacia Sancho Panza, y donde también nos da la fórmula exacta del bálsamo de Fierabrás.

## Metodología

Se justifica que la obra escogida es Oliver Twist porque a pesar de la gran cantidad y calidad de textos relacionados con enfermedades que aporta es la menos estudiada. Pero sin embargo es la más conocida por la mayoría de la opinión pública, aunque la entiendan simplemente como la historia de un triste huérfano. El material analizado es fácil de obtener debido a las distintas versiones de libros, ediciones para menores, en lengua inglesa, versión original, películas 1922 de Frank Lloyd, 1948 David Lean, 2001 Roman Polansky, 1998 Disney, musicales como el Carol Reed. Paralelamente se hace un estudio comparativo con la España en los tiempos de Oliver Twist, pero

con fechas aproximadas ya que la revolución industrial llegó muy tarde a España. Y de esta se pueden obtener datos de la situación sanitaria de ambos países.

## España en los tiempos de Oliver Twist

Se ha considerado oportuno establecer una comparativa entre los tiempos de Oliver Twist en Gran Bretaña y la situación en España en ese mismo periodo de tiempo.

### Históricamente

Para intentar averiguar cómo era la España en los tiempos de Oliver Twist se ha tomado como referencia la fecha de su publicación, 1837, así como la propia vida de Charles Dickens, que va desde 1812 a 1870 y finalmente la publicación de la Act of Poor en 1834. Siempre teniendo en cuenta que la revolución Industrial llegaría a España mucho más tarde que a Gran Bretaña, por lo que finalmente se ha seleccionado el periodo que va de 1800 a 1921. Lo primero que se puede decir es que la España coetánea de Oliver Twist no está viviendo uno de sus mejores momentos. Es una de las peores Españas conocida a través de la historia. En el año 1800 reinaba Carlos IV y le seguiría su hijo Fernando VII, y luego su hija Isabel II. Tres de los peores monarcas que ha tenido nuestro país. Sus reinados estaban basados en ideas ultramontanas, que continuamente se enfrentaban a las de la Ilustración, y que llevaron a la ruina a España. En este periodo se estaban formando los antecedentes de lo que luego sería la crisis del 98. Son los años de la Guerra de la Independencia, en la que mueren cerca de 700.000 españoles, de las hambrunas, de los engaños de Godoy al pueblo, de los exiliados, del desastre de Trafalgar y consecuentemente del fin de la hegemonía de España en los mares, con las pérdidas de sus colonias, de la reina Isabel reinando con 16 años. (Bartolomé, 2004). Son los años en los que nacen las dos Españas. Nunca tantos males asolaron España en tan poco tiempo y con tantas consecuencias negativas para su futuro.

Y todo para terminar con una herencia de una España dividida entre carlistas y liberales cuyas drásticas consecuencias han llegado a nuestros días.

### Sociológicamente

La población española en 1800, era de 11 millones de habitantes. En 1900 tenía 18 millones y medio de habitantes, lo que supuso tan solo un crecimiento del 0,5 por 100. (Bartolomé, 2004)

A principios del siglo XIX, la mayoría de la población vivía en pueblos de menos de 10.000 habitantes. La población española era eminentemente rural y agrícola.

Socialmente dominaban los agricultores y la agricultura estaba anclada en tiempo pretéritos, en los que no funcionaban los mecanismos de planificación y mucho menos los de comercialización de los productos. El político Joaquín Costa (Costa, 1902) definiría la situación:

La agricultura estaba anclada en el siglo XV; era la agricultura de la falta de abonos minerales; del transporte a lomo, por inexistencia de caminos vecinales; del arado romano; del gañán analfabeto; del dinero al 12%; de la mezquina cosecha de cinco o seis simientes por cada una enterrada, y del siervo de la hipoteca y del cacique.

Para analizar el nivel económico de los trabajadores, hay que destacar que la mayoría trabajaban en el campo y que era muy bajo; así como su nivel cultural. Existía un grado de analfabetismo tan elevado que no se pudo terminar con él hasta los años 70 del siglo XX. Al ser mayoría los trabajadores del campo, muchos de los accidentes laborales recaían sobre ellos. Y al no tener una formación elemental, saber leer y escribir, no podían defender sus derechos con la misma fuerza que los obreros de las minas y las fábricas. Y hasta mediados del siglo XX la situación no mejoró así lo describe Blas Infante: "Yo tengo clavada en la conciencia, desde mi infancia, la visión sombría del jornalero. Yo lo he visto pasear su hambre por las calles de los pueblos, confundiendo su agonía con las agonías tristes de las tardes invernales" (Infante, 1982).

También existía una clase trabajadora en industrias y servicios, no muy numerosa, con una gran deficiencia en sus condiciones de vida; con salarios muy bajos y precarias condiciones en sus contratos de trabajo.

Pero en general, en el campo o la ciudad, las condi-

ciones sanitarias a principios del siglo XIX eran muy deficientes, y por ello, las enfermedades epidémicas eran uno de los mayores riesgos posibles, frecuentes y graves de la población, fruto también del intenso comercio colonial y de los escasos medios terapéuticos para combatirlos. De hecho, cuando se produce la epidemia de fiebre amarilla del año 1821, que afectó a las costas meridional y levantina, tan solo en Barcelona causó 6.244 fallecimientos. Durante el siglo XIX se produjeron en España cinco epidemias de cólera. La de 1833 a 1835 ocasionó 300.000 muertes; la de 1853 a 1856 produjo 237.000. En total en las cinco epidemias hubo unos 700.000 fallecimientos.

La clase media estaba integrada por profesionales y funcionarios de las distintas administraciones y comerciantes; pero era reducida y con escaso peso específico en la sociedad. Y, por último, existía una clase burguesa-empresarial, muy reducida, que era quién únicamente gozaba de privilegios en la sociedad. (Fernández, 1993). Todo ello se comprueba en obras como *Fortunata y Jacinta* de Benito Pérez Galdós.

Si todos estos males no eran pocos, señalar que, en España, antes de 1900, no existía un servicio de salud público. Y que no sería hasta 1900, cuando la mayoría de los trabajadores estarían acogidos a la Beneficencia. Nombre con el que se conocía a las prestaciones de la Ley de Beneficencia de 6 de febrero de 1882.

Como ejemplo exponer este cuadro de Medicina Preventiva y Social. (Piédrola, 2004).

Es muy llamativa la mortalidad que existía no solamente durante el primer año de vida sino durante toda la infancia. Destacando que la esperanza de vida, era de tan solo 48 años, casi la mitad de hoy día.

	<b>Año 1900</b>	<b>Años 1975 a 1990</b>
Fallecimientos durante el primer año de vida, por cada mil nacidos	186	19
Fallecimientos de mujeres por cada mil partos	5	0.5
Mortalidad general por mil habitantes	27	8.7
Mortalidad infantil	186	16
Natalidad	34	19.2
Envejecimiento de la población (%)	5.2	10.9
Población mayor de 65 años (%)	9.4	11
Esperanza de vida en años	48	75

## Legislación inicial en Prevención de Riesgos Laborales

Las leyes de lo que hoy se conoce como Prevención de Riesgos Laborales empiezan a promulgarse conforme las distintas industrias se van desarrollando, pero muy lentamente. Hasta el momento la protección de los trabajadores era algo que dependía del propio trabajador o del empresario. Sistema claramente feudal. (Fernández, 1993). Antes en España la protección de los trabajadores la procuraban lo gremios y las Hermandades, Instituciones que procedían de la Edad Media; del siglo XII, para proteger a sus miembros de incapacidades o la muerte. Tenían un carácter religioso. Pero fueron abolidas con la Constitución de Cádiz de 1812. Siendo sustituidos por los Montepíos que tenían prácticamente la misma función pero estaban desprovistos del carácter confesional.

La primera Ley que se promulga sobre Prevención de riesgos Laborales es la Ley Dato en 1900, en 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión, en 1919 se implanta el Seguro Obrero de accidentes de trabajo. La ley Banot de 24 de julio de 1883 comienza a regular el trabajo de los niños, se crean sociedades empresariales y obreras en las que se destina el 2% para enfermedades y accidentes de los obreros, en 1920 se crea el Ministerio de Trabajo responsable desde su fundación de la salud de los obreros, en 1929 se crea el seguro de Maternidad, que amparaba a las trabajadoras acogidas al seguro obrero, en la situación de embarazo.

Con los datos que se aportan es fácil imaginar la España de esos años. Lo describe muy bien Laín Entralgo: "Son unos años en los que el trabajador se siente ajeno a lo que con su trabajo produce y no logra disponer de sí mismo; advierte que su existencia es socialmente gobernada desde fuera de ella" (Laín Entralgo, 1978).

## Análisis y discusión de los textos en Oliver Twist

El primer texto sobre Oliver Twist nos da una idea de toda la crueldad de la obra: "Oliver fue víctima de un tratamiento sistemático de traición y de engaño: lo criaron con biberón". La expresión lo criaron con biberón significaba en la Inglaterra de Dickens que no tuvo ni madre ni nadie que lo pudiera amamantar. Lo que suponía en aquella época un grave y primer síntoma de desnutrición. Situación que

se pone claramente de manifiesto con el siguiente texto sobre los cuidados a los recién nacidos y menores.

En el mismísimo momento en que un niño había conseguido sobrevivir con la mínima porción posible de la comida más floja, sucedía sistemáticamente en ocho y medio de cada diez casos que, o bien el niño enfermaba de privación y frío, o se caía al fuego por descuido o se medio chamuscaba accidentalmente; en cualquiera de los tres casos la infeliz criatura era normalmente llamada al otro mundo y allí se reunía con los padres que no había conocido en este.

En estas primeras páginas de Oliver Twist, Dickens nos aporta un dato estadístico del pésimo estado de la infancia en aquellos años. Describiendo como "consuelo" que al final la criatura se reuniría con sus padres. Así, lo reafirma (Brennan, 2001): "Dickens certainly described all the categories of abuse, together with many predisposing features and many sequelae" Tendría que publicar en 1962 Kempe, El síndrome del niño apaleado, para que la situación hiciera reaccionar a la opinión pública frente al abuso infantil.

Una de las enfermedades más citadas en Oliver twist es el alcoholismo en todas sus facetas. Dickens explica detalladamente las causas del alcoholismo en menores, incluso denuncia una bebida alcohólica destinada al consumo infantil: "Pues lo que me veo obligada a tener en casa, solo un poquito, para poner Daffy de los benditos niños cuando no se encuentran bien. Daffy es una mezcla de sen con ginebra que se daba a los niños como medicina".

Se institucionaliza en los menores una supuesta medicina para los niños llamada Daffy y que era ginebra con sen, un laxante que limpiaba el intestino y que crea dependencia. Interesaban los niños delgados para la mayoría de los trabajos ya que la gordura no inspiraba pena. Lo más llamativo era que se les daba a los niños que trabajaban como deshollinadores para que cupieran por las estrechas chimeneas. Así lo explica el texto siguiente:

Ya ha habido muchachitos que se han asfixiado en las chimeneas- dijo otro señor. Eso es porque se moja la paja antes de encenderla en la chimenea para hacerlos bajar; eso es todo humo, no llama, porque el humo no vale nada más que para hacer bajar al muchachito, pues solo, le hace dormir, que es lo que él quiere. Los muchachos son muy cabezones y muy holgazanes, señores, y para hacerlos bajar a toda prisa no hay como una buena llamarada calentita. Y también es por compasión, señores, por si se quedan atascados en la chimenea, al tostarles los pies patalean y así se desenredan...

En la época de Oliver Twist la mayoría de los niños padecían una mala alimentación, hay que recordar el castigo que sufre Oliver por pedir un poco más de comida. "Por favor, señor, quiero un poco más". Es la típica frase de

Oliver Twist pidiendo más comida en la que es castigado durante una semana en un cuarto oscuro e incomunicado. Siendo luego vendido como aprendiz por cinco libras. Hay estudios sobre la alimentación en los orfanatos de la época por medio de sus presupuestos en los que se pone de manifiesto que la principal comida eran las gachas. La realidad es que es fácil sospechar que fueran las cantidades y calidades adulteradas en detrimento de los niños. Esa experiencia alimenticia la actualizó la *British Medical Journal*, en el año 2008, con un curioso video que analizaba las conductas de los niños de hoy día con la alimentación de 400 calorías de aquellos años (BMJ, 2008)

A pesar de la pésima situación alimentaria en los orfanatos hay estudios que intentan desmentirlos contrastando sus presupuestos en alimentación como los estudios de (Pereiras, 1843) aunque el autor no cae en la cuenta de que los presupuestos también se pueden tergiversar.

Pero esta combinación: hambre, alcohol y laxantes era muy practicada en los orfanatos, cuya traducción es *Homework*, que exigían que los niños fueran muy delgados. Sobre todo, los que se dedicarían a deshollinar sin problemas las chimeneas de Londres. No hay que olvidar que la Higiene Industrial moderna comienza en 1775, cuando el Doctor Sir Percival Pott que descubre el cáncer de escroto, comúnmente conocido como la verruga del deshollinador. Enfermedad que padecían principalmente los deshollinadores de Londres, - niños en su mayoría- mientras que los de Escocia y otros países como Alemania, a los que viajó el Doctor Pott, ni lo padecían. La causa principal eran las medidas de protección. Mientras en Alemania y Escocia los niños iban con ropa más ajustada, sin aberturas y con la cabeza tapada, con el tradicional saco adaptado, no sucedía lo mismo en Londres. Por lo que fue la primera vez que se estudia la procedencia laboral de una enfermedad y se proponen medidas preventivas.

Respecto al consumo de alcohol en la obra de Oliver Twist destacar su denuncia de cómo se utiliza a los menores para ser futuros consumidores, por y de cómo se vislumbra posiblemente sin que lo supiera Dickens el círculo de consumo del alcohol: Vino, cerveza y ginebra como manera de fidelizar a los consumidores (De la Quintana, 2017).

El hecho de que Oliver fuera tan joven e inocente. Lloraba solo amargamente todo el día, y cuando la noche, larga y tenebrosa, llegaba, se llevaba las manecitas a los ojos para dejar fuera la oscuridad y acurrucándose en el rincón, trataba de dormir,

despertándose cada dos por tres con un respingo y tiritona, y arrimándose cada vez más a la pared, como queriendo sentir que su superficie dura y fría fuera un refugio en la penumbra y soledad que le rodeaba..." o al que lo habían destinado...

Dickens está describiendo las consecuencias del estrés postraumático y de una depresión infantil enfermedades que aunque parezcan de nuestros días, ya fueron descritas por Dickens. En aquellos años este tipo de dolencias ya habían despertado mucho interés.

Otra de las enfermedades que describe de carácter nervioso en Oliver Twist, es la parálisis del sueño: "Dickens tenía buen ojo para las alteraciones del sueño. Es una especie de sueño que nos roba en algún momento, que, aunque mantiene al cuerpo prisionero, no libera la mente de un sentido de las cosas al respecto... se puede llamar sueño, eso es todo, y, sin embargo, tenemos conciencia de eso está sucediendo sobre nosotros" (Kerrie & O'Sullivan, 2006). Otra enfermedad nerviosa que describe en Oliver Twist es la epilepsia en el personaje de Monk. Incluso especifica los distintos tipos de epilepsia en David Copperfield. (Larner, 2012). O los desórdenes neurológicos de Maggy (Cosnett, 2003).

Al denunciar los malos tratos a menores nos descubre sus consecuencias "Hay estudios que demuestran la relación entre los abusos físicos y los trastornos psíquicos, con elevadas tasas de depresión, ansiedad y predisposición a la drogodependencia en los pacientes maltratados" Caso de los niños y prostitutas alcoholizadas que aparecen en Oliver Twist (Schilling & Gore 2007, 7:30).

Dickens no solo describía los síntomas, sino que fue capaz también de darle nombre con carácter científico a las enfermedades mientras que los doctores de la época aplicaban una terminología poco científica: "En un tiempo cuando muchos de sus contemporáneos manejaban terminologías vagas como la fiebre cerebral. Charles Dickens proporcionó descripciones detalladas con los ojos de un experto clínico, enfatizando la importancia de la observación clínica cuidadosa (Kerrie & O'Sullivan, 2006).

Su precisión en los diagnósticos de sus personajes ha sido tan valorada por los médicos que en la *British Medical Journal* Sir Russell Brain manifestó: "en un momento en que la medicina apenas estaba comenzando a reconocer la importancia de los signos físicos, los personajes en el mundo de la imaginación de Dickens son tan reales que tienen enfermedades reconocibles del cuerpo y la mente, descritas con la precisión de un gran observador clínico" (Brain, 1955).

En toda su obra Dickens describe a personajes enfermos, pero aquella en la que según la mayoría de los médicos mejor se detalla o explica el síndrome de Wi-



lliams, es la novela Barnaby Rudge: “Aunque la ficción no puede proporcionarnos un mecanismo biológico, el comportamiento sutil y las características descritas por un observador entusiasta pueden contribuir al diagnóstico y al tratamiento de pacientes que sufren síndromes genéticos que aún no se han descrito” (Eblov & Clardy 2016).

“Ya que, además de la moderada dosis de opio que recetara el boticario, obraban todavía en ella los efectos del último trago de ginebra con agua”. Es uno de los textos más descriptivo de Oliver Twist en el que se denuncia el uso del alcohol como medicina, pero con opio, en muchos casos como medicina terminal. En esta obra hay más de veinte descripciones del consumo de alcohol, como: trago, cerveza negra como dosis homeopática, gin para la fiebre, copichuela mañanera.

“El señor Berne, cirujano de la vecindad, conocido como el doctor en diez millas a la redonda”. Nos describe la situación de la atención médica en aquellos años. La distancia a recorrer en aquella época era de 16 kilómetros para encontrar un médico. Lo cual suponía un incremento de la mortalidad muy elevado. Nos da la idea de que un médico era un artículo de lujo (AP, 2017). España se sitúa muy por debajo de esta tasa, con 5,3 por cada mil habitantes, casi la mitad de la media de la OCDE y lejos también de otros países de su entorno como Francia (9,9), Reino Unido (8) o Portugal (6,3). Sin olvidar que somos los que menos enfermeros tenemos. Siendo España el noveno país en médicos de Europa y cuarto por la cola en enfermeras (García, 2016).

Destacar que, no fue una relación idílica la de Dickens con los médicos, ya que solía ser muy sutil también a la hora de analizar a los médicos, tanto como a las enfermedades. “El hecho es que Dickens fue muy crítico con cualquier profesional de la salud que mostrara incompetencia clínica, charlatanería, avaricia, embriaguez o inhumanidad y falta de sensibilidad hacia sus pacientes” (Kerrie & O’Sullivan, 2006).

Finalmente, Dickens no solo describió a los enfermos y sus enfermedades. También utilizó su arte para describir los temas médicos descubriendo nuevas terapias como la terapia con mascotas (Doug, 2007). En su novela, Una pequeña estrella en el este, Dickens habla de Poodles, un perro que juega con los niños en las salitas de un hospital. Describiendo posiblemente por primera vez en la literatura, la terapia con mascotas. Cuando las primeras investigaciones sobre la TAAC, (Terapia Asistida Animales de Compañía) de Willian Tuke, se habían realizado en el Retiro de York a inicios del siglo XIX.

Aplicando el tratamiento en personas con enfermedades mentales, sin métodos coercitivos, intuyó que los caballos, podían

propiciar valores humanos en enfermos de tipo emocional, aprendiendo autocontrol mediante refuerzo positivo. Además, fue un médico reconocido como el padre de la Terapia Ocupacional, tras observar que la dependencia de un animal pequeño propiciaba el autocontrol en sus pacientes y que la interacción entre seres humanos y animales producía efectos positivos en la vida de los enfermos, decidió incluir animales de granja en sus tratamientos para mejorar las condiciones infrahumanas de los manicomios de la época (Vecino, 2016).

## Conclusiones

A la obra de Charles Dickens puede atribuírsele una importante virtud: Concienciar a la opinión pública de la importancia de la salud. Por ello debe fomentarse la literatura como instrumento de prevención de enfermedades. Porque la literatura puede ser una herramienta útil para la educación sanitaria. El estudio de las relaciones de escritores con la medicina, como Dickens es tan interesante que, incluso hay algunos escritores que llegan a describir enfermedades sin saberlo, es el caso del estrés post-traumático, o el síndrome alcohólico fetal en Oliver Twist. También nos aporta enfermedades hoy superadas pero con el tratamiento de hace 200 años.

Comienza a considerar el problema del alcohol en la juventud y sus consecuencias. Se puede llegar hasta conocer cuál era la situación de la atención médica haciendo una comparación entre las distintas obras de Dickens. Se ve que en Gran Bretaña la distancia para encontrar un médico era de 16 kilómetros. Dickens o estaba continuamente informado de las novedades médicas o tenía un “arte médico” ya que llegan a aparecer en sus obras novedades médicas como la terapia con animales. Terapia en la que en pleno siglo XXI se están dando sus primeros avances.

Por ello la obra de Dickens tiene un gran valor divulgativo y una extraordinaria capacidad de comunicación para los temas de salud que le hacen poder llegar desde al doctor más especialista, al ciudadano más escéptico. Un pedagogo de la medicina, como muy bien señaló el doctor Cosnett: Si hubiera escogido la carrera de la medicina hubiera sido una eminencia en la neurología.

## Referencias Bibliográfica

Association for Psychological Science. Full Frontal Psychology. (2010). A new twist on child abuse. Retrieved from: <http://www.psychologicalscience.org/index.php/news/full-frontal-phychology/a-new-twist-on-child-abuse.html>

Bartolomé, A. (2004). Historia de la medicina del trabajo en España. Madrid: Fundación Mapfre. p 3-17.

- British Medical Journal. (2008). Please, sir, I want some more-Oliver Twist's diet. Retrieved from: <https://www.youtube.com/watch?v=S7JOAtF9CIg>
- Brain, R. (1955). Dickesian Diagnosis. *British Medical Journal*, 2(4955), 1553-1556.
- Brennam, P.O. (2001). Oliver Twist, textbook of child abuse. *Arch Dis Child*, 85, 504-505.
- Cáride Lorente, C. (1978). *Historia de las minas del Centenillo*. Madrid: Escuela Oficial de Ingeniero de Minas.
- Costa, J. (1902). *Oligarquía y caciquismo como forma social de gobierno en España*. Urgencia y modo de cambiarlo. Madrid, España: Sección de Ciencias Históricas del Ateneo.
- Cosnett, J. (2006). Syndrome spotter: A review of some morbid observations. *The Dickensian*, 99(459), p. 22-31.
- De la Quintana, A. (2017). Alcohol consumption in Oliver Twist: literature as prevention of alcoholism. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 237, 1482-1487.
- Diccionario de la Real Academia Española – Diccionario de la lengua española (DRAE) [en línea]. Retrieved from: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- De Rojas, F. (1991). *La Celestina*. Madrid: Castalia pp. 414- 417.
- Dickens, C.H. (2012). *Oliver Twist*. Madrid: Anaya.
- Dickens, C.H. (2000). *Oliver Twist*. Hertfordshire, United Kingdom: Wordsworth Editions.
- Doug, L. (2007). *Quite at Tonic in himself*: Charles Dickens and Healthcare. The Dickensian; summer 2007; 103, 472; research library. Pp. 116-124.
- Digby, A. (1985). *Madness, Morality and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eblovi, D., & C. Clardy, C (2016). Charles Dickens and Barnaby Rudge: The first description of Williams syndrome. *Pediatric Annals*, 45(2), 69.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- EuropaPress (11-11-2017). España uno de los países con más médicos y con menos enfermeros. El Herald. Retrieved from: <http://www.heraldo.es/noticias/nacional/2017/11/11/espana-los-paises-con-mas-medicos-con-menos-enfermeros-1207246-305.html>
- Fernández, G. (1993). 1º Jornadas de Salud Laboral. Aspectos Jurídicos de la Prevención de Riesgos Profesionales.
- García, C. (2016). España el noveno país de Europa en médicos y cuarto por la cola en enfermeras. Redacción Médica. Retrieved from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-9-pais-de-europa-en-medicos-y-4-por-la-cola-en-enfermeras-6419>
- Infante, B. (1982). *El Ideal andaluz*. Sevilla. Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía.
- Kaplan, F. (1998). *Dickens*. Biography. New York: USA: William Morrow.
- Kryger, M. (2012). The BMJ on the death of Charles Dickens. doi: 10.1136/bmj.e630. *BMJ* 2012;344:e630
- Kerrie L. & O'Sullivan, J.D. (2006). Charles Dickens: The man, medicine, and movement disorder. *Journal of clinical Neurosciences*, 13, 898-901.
- Larner, A.J. (2012). Charles Dickens (1812-1870) and epilepsy2. *Epilepsy and Behavior*, 24, 422-425.
- Marcelo Miranda, C. (2012). Charles Dickens y su aporte a la medicina: en el bicentenario de su nacimiento. *RevMED Chile*, 140, 826-827.
- Pérez Bilbao, J., Nogareda Cuixart, C., Martín Daza, F., Sancho Figueroa, T., & López Piédrola Gil, M. (1975). Cuadro de Medicina Preventiva y Social. Madrid pp. 56-78 en Pineda, A. (2004). *Historia de la medicina del trabajo en Europa (1800-2000)*. Madrid: MAPFRE.
- Pereiras, J. (1843). *Treatise on food and diet with observations on the dietetical regimen*. London: Longman, Brown, Green and Longmans.
- Pineda, A. (2004). *Historia de la medicina del trabajo en Europa (1800-2000)*. Madrid: MAPFRE.
- Sanz, E &, Salillas, R. (1904). Ed. Instituto de Reformas Sociales. Madrid, 232.
- Schilling EA, aseltine Jr RH, Gore S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: as longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7-30.
- Smith, L., Thornton, S., Reinartz, J., & Williams, A. (2008). Please, sir, I want some more. *British Medical Journal*, 337:a2722. doi: <http://doi.org/10.1136/bmj.a2722>.
- Vecino, P. (2016). Psicología a través del caballo. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 84-87.

## Comunicación y salud: La gestión de la crisis del Ébola a través de las redes sociales

## Communication and Health: The management of the Ebola Crisis Through Social Networks

Beatriz Guzmán do Nascimento<sup>a</sup>

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

### Resumen

El brote de Ébola de 2014 fue el mayor brote epidémico producido por este virus en su historia. La gestión de la comunicación relacionada con el brote trajo consigo una crisis con implicaciones para las autoridades sanitarias, políticas y mediáticas. Una situación que ha resaltado la importancia de una comunicación sanitaria eficiente en tiempos de crisis. Esta investigación realiza una revisión sobre veinte publicaciones científicas que han aparecido en los últimos años (2014 a 2017) y que hacen referencia al tratamiento de la crisis del Ébola a través de las redes sociales. Los resultados sugieren que la gestión de esta comunicación fue mínima y la divulgación, escasa. Las instituciones tampoco usaron adecuadamente las redes para ampliar información o resolver dudas de la ciudadanía.

Palabras clave: Ébola; Riesgo; Salud; Comunicación de crisis; Redes Sociales; Twitter.

### Abstract

The Ebola 2014's outbreak was the largest outbreak of this virus in its history. The management of communication surrounding the outbreak resulted in a crisis with implications for health, political and media authorities. This situation highlighted the importance of an effective health communication in crisis times. Therefore, this investigation carried out a review of twenty scientific publications which have appeared in recent years (2014 to 2017) and which refer to the treatment of Ebola crisis through social networks. The results indicate that the management of this communication was minimal and the divulgation, quite limited. The institutions also did not use this networks to expand information or resolve citizens' doubts.

Key words: Ebola; Risk; Health; Crisis Communication; Social Networks; Twitter.

**CONTACTO:** Beatriz Guzmán do Nascimento  [beatrizguzmandonascimento@gmail.com](mailto:beatrizguzmandonascimento@gmail.com)

Fecha de envío: 23/01/2018  
Fecha de aceptación: 06/07/2018

## Introducción

El brote de Ébola de 2014 fue el mayor brote epidémico producido por este virus en su historia (Laverack y Manoncourts, 2016). Para el 3 de noviembre de 2014, según la Organización Mundial de la Salud, se habían registrado 13.633 infecciones y 5.000 muertes en todo el mundo. No obstante, el número total de casos probables, confirmados y sospechosos ascendía en marzo de 2016 a 28.646, de los que 11.323 habían fallecido (OMS, 2016).

El virus atacó de forma particularmente severa a los países del África occidental como Guinea y se expandió a Liberia, Sierra Leona, Nigeria, Senegal, Estados Unidos y España, entre otros. Una situación que se convirtió en uno de los más grandes retos comunicativos de nuestra historia reciente (Baron, 2014).

Precisamente, la gestión de las crisis sanitarias conlleva una gran complejidad puesto que la comunicación sanitaria ya no es unidireccional, si no multidireccional. Es decir, los pacientes ya no se informan solo a través de los facultativos, sino también a través de los medios de comunicación, blogs, foros o redes sociales.

Hoy por hoy, se estima que existen más de 2.000 millones de personas que usan las redes sociales, lo que equivale a una de cada cuatro personas en el mundo (eMarketer, 2013). Según un estudio de IAB Spain (2017), el 86% los ciudadanos españoles utilizan las redes sociales, entre otras cuestiones, para para comentar la actualidad (en concreto un 29%).

Las redes sociales están ganando popularidad ya que permiten ponerse en contacto directo con profesionales o expertos (Giansante, 2015), también en materia sanitaria. Incluso pudiendo llegar a crear sus propias comunidades virtuales donde relacionarse con otras personas que están en su misma situación para conversar acerca de su enfermedad y compartir sus experiencias. Y es que las plataformas sociales forman parte de un sistema social y sea lo que sea que pase en este sistema, se verá reflejado en ellas (Elmedni, 2017).

Por tanto, uno de los principales desafíos en una emergencia sanitaria está en la percepción de la ciudadanía sobre la emergencia, a menudo condicionada por el "ruido" generado por estos nuevos medios participativos (Suau-Gomila et al, 2017).

No obstante, las redes han cambiado también la manera en la que las organizaciones sanitarias se comunicaron con el público. Los expertos consideran que internet es la mejor herramienta disponible para que los profesionales sanitarios puedan predecir el brote de una enfermedad mortal, como el Ébola (Ross, 2014). Asimismo,

las redes sociales son una herramienta muy útil para comunicarse con la sociedad, proporcionar información de manera rápida y crear y mantener relaciones con los ciudadanos.

Es crucial, por tanto, entender qué tipo de información sanitaria está disponible en la red ya que, mientras se divulga información precisa y contrastada, la desinformación y los rumores están igualmente presentes (Guidry et al, 2017). Por ello, el principal objetivo de este estudio es realizar una revisión en la literatura científica sobre la comunicación durante la crisis sanitaria del Ébola a través de las redes sociales para conocer cómo se usaron en la comunicación de información sobre el virus.

## Método

Para alcanzar el objetivo principal de esta investigación, nos hemos fijado en:

- La percepción social en las redes sociales durante la crisis del Ébola.
- El tipo de comunicación y gestión de la información sanitaria a través de las redes sociales durante la crisis del Ébola.

Este trabajo es un estudio descriptivo mediante una revisión de literatura de las publicaciones que han aparecido entre agosto de 2014 (primer caso de contagio por Ébola en los países desarrollados, en concreto a un español) y mayo de 2017. Se incluyen solo artículos relacionados con el estudio de la comunicación del Ébola a través de las redes sociales (revisiones, correspondencias, cartas a editores y otro tipo de publicaciones fueron excluidas). Las bases de datos que se han considerado han sido: Scopus, Medline Pubmed e International Bibliography of the Social Science (IBSS). En cuanto a la búsqueda en cada base de datos:

- Medline Pubmed e IBSS: el operador lógico Ébola/Ebola debía estar incluido en cualquier parte del texto. No obstante, los que le acompañaban (Twitter, social media/network o internet) debían aparecer, por lo menos, en el resumen.
- Scopus: los operadores lógicos debían estar en título, resumen y palabras clave.

De esta forma, se asegura que los resultados de la búsqueda están relacionados con ambos campos (Ébola y redes sociales). La búsqueda arrojó un total de 403 artículos de los cuales se han seleccionado 20 por cumplir con los criterios establecidos. Asimismo, algunos artículos (cuatro, concretamente) se repetían en las diferentes bases de datos.

**Tabla 1.** Criterios de búsqueda.

<b>Bases de datos</b>	Scopus, Medline Pubmed e International Bibliography of the Social Sciences (IBSS)
<b>Período</b>	Agosto 2014- mayo 2017
<b>Operadores lógicos</b>	Ebola AND Internet; Ebola AND Social media; Ebola AND Social network; Ebola AND Twitter; Ebola AND Redes sociales.
<b>Artículos</b>	403 artículos
<b>Artículos repetidos</b>	4 artículos repetidos  Elmedni, B. (2017). Fung, I., Fu, K., Chan, C., Chan, B., Cheung, C., Abraham, T. y Tse, Z. (2016). Househ, M. (2016). Odlum, M. y Yoon, S. (2015).
<b>Artículos elegidos</b>	19 en inglés y 1 en castellano  Basch, C., Basch, C., Ruggles, K. y Hammond, R. (2015). Dalrymple, K., Young R. y Tully, M. (2016). Elmedni, B. (2017). Fung, I., Fu, K., Chan, C., Chan, B., Cheung, C., Abraham, T. y Tse, Z. (2016). Guidry, J., Jin, Y., Orr, C., Messner, M, y Meganck, S. (2017). Hea-Jin, E., Kyung, Y., Kim, Y., Young, K, y Song, M. (2016). Househ, M. (2016). Jin, F., Wang, W. y Zhao, L. (2014). Lazard, A., Scheinfeld, E., Bernhardt, Jay., Wilcox, G. y Suran, M. (2015). Marcus, O. y Singer, M. (2017). Mondragon, N. (2016). Mondragon, N. y Gil de Montes, L. (2017). Nagpal, S., Karimianpour, A., Mukhija, D., Mohan, D. y Brateanu, A. (2015). Odlum, M. y Yoon, S. (2015). Pathak, R., Poudel, D., Karmacharya, P., Pathak, A., Aryal, M., Mahmood, M. y Donato, A. (2015). Rolison, J. y Hanoch, Y. (2015). Sastry, S. y Lovari, A. (2017). Seltzer, E., Jean, N., Kramer-Golinkoff, E., Asch, D. y Merchant, R. (2015). Strekalova, Y. (2017). Tran, T. y Lee, K. (2016).

Fuente: Elaboración propia

## Resultados

La inmediata divulgación de una noticia que llega en cuestión de segundos a cualquier rincón del mundo comporta cambios de actitud en los receptores (Sastry, 2017). En las redes sociales, el debate sobre cualquier riesgo nuevo se convierte en visible y familiar para el público. En consecuencia, estas se convierten en canales clave para aumentar la concienciación y el interés sobre temas saludables en la población.

El riesgo se convierte en familiar, además, porque las redes son el canal idóneo para contactar de forma directa, sencilla y rápida con periodistas y expertos en diferentes áreas relacionadas con la salud. De hecho, están jugando un papel cada vez mayor en la divulgación de información, llevando a muchos a verlas como una manera efectiva y esencial para la estrategia de comunicación en salud (Guidry et al., 2017).

Con respecto al tipo de comunicación, los estudios coinciden en que los mensajes educativos sobre el Ébola fueron mínimos y que la divulgación no fue adecuada. Las informaciones se centraban en los casos de personas contagiadas o la efectividad de los protocolos sanitarios dando poca cobertura al tratamiento del virus en sí (Househ, 2016; Basch et al., 2015; Mondragon y Gil de Montes, 2017; Dalrymple et al, 2016; Guidry et al, 2017; Strekalova, 2017; Odlum, 2015; Seltzer et al, 2015). Además, las organizaciones sanitarias (como el Center of Diseases Control, la OMS o Médicos Sin Fronteras) realizaron una comunicación vertical en lugar de interactuar y buscar el feedback con los usuarios para resolver sus dudas y calmar la ansiedad social. Una mala gestión que ha quedado constatada con esta investigación y que podría haber ayudado a que la sociedad se cuestionara cada vez más si las instituciones mostraban un exceso de confianza para esconder las magnitudes de la epidemia (Dalrymple et al., 2016; y Guidry et al., 2017).

Debido a las limitaciones de algunas redes sociales como Twitter (Hea-Jin et al, 2016; Dalrymple et al, 2016), es difícil comunicar eficazmente temas médicos o científicos de cierta dificultad. Por tanto, es importante tener en cuenta el resto de los recursos que la red ofrece como los hipervínculos, las imágenes, infografías o los vídeos para ampliar información y que se utilizaron de manera muy escasa en la comunicación de la crisis del Ébola (Dalrymple et al, 2016, Guidry et al, 2017; Strekalova, 2017; Nagpal et al, 2015; Seltzer et al, 2015).

Como decimos, los nuevos medios sociales han provocado que la percepción del riesgo haya aumentado en las últimas décadas (Mondragon y Gil de Montes, 2017). Sin embargo, ha aumentado no tanto debido a los rumo-

res y la desinformación como a la actuación de las instituciones sanitarias y a los medios de comunicación. De hecho, el tema más comentado en Twitter fue la mala gestión y cobertura mediática del caso Teresa Romero (Mondragon, 2016). La percepción de la expansión de la epidemia evolucionó de tal manera que dejó de recaer en las personas infectadas (Teresa Romero); y pasó a las instituciones sanitarias, gobiernos y medios de comunicación.

Por tanto, las redes sociales juegan un doble papel: perpetuar la polarización sobre temas que polaricen a la sociedad (como ocurrió con la comunicación de la crisis del Ébola) o aumentar la aceptación de aquellos asuntos menos controvertidos o polémicos (Elmedni, 2017).

## Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio subrayan la mala gestión de la comunicación sanitaria que realizaron las diferentes instituciones implicadas (sanitarias, políticas y mediáticas) durante la crisis del Ébola tanto a nivel nacional como internacional. Por un lado, ponen en evidencia que la comunicación institucional fue mínima y con una escasez de divulgación científica. Por otro lado, los organismos oficiales implicados tampoco utilizaron correctamente las redes sociales para ampliar información (escaso uso de material multimedia), resolver cuestiones o relajar la ansiedad social. De igual manera, esta gestión a través de las redes provocó que la ciudadanía dejara de pensar que las personas infectadas habían actuado de manera errónea; para considerar que las que habían gestionado incorrectamente la epidemia habían sido instituciones, gobiernos y medios de comunicación.

Estudios previos también van en esta línea al afirmar que, aunque los medios cuentan con un amplio abanico de plataformas para el relato de acontecimientos, no se realizó una cobertura transmedia (el contenido de una plataforma se replicaba en el resto sin apenas adecuación al medio), sino que se desperdició las posibilidades que otorga la red para ampliar información (Costa-Sánchez et al., 2015). Asimismo, la conclusión de otros estudios es que la comunicación gubernamental en Twitter carece de inmediatez, humanización y proactividad (Díaz y Vázquez, 2015; Quesada, 2016) y se hace hincapié en la necesidad de revisar el modelo de gestión de la comunicación en estas situaciones (Nespereira-García, 2015).

La accesibilidad a internet hace que sea cada vez más utilizado para obtener información, consejos y servicios sobre salud; convirtiéndose en una necesidad para muchos pacientes y profesionales sanitarios y constituyendo un instrumento fundamental para la transmisión

del conocimiento en salud (Jiménez et al, 2007).

En épocas de crisis sanitarias, como la del Ébola, la comunicación en salud presenta grandes retos. Por un lado, los ciudadanos necesitan estar informados sobre una posible amenaza y sus implicaciones. Por otro, la reacción social ante un brote como el de 2014 sea, probablemente, el pánico y un aumento de la percepción del riesgo. Por tanto, la información no debe ni minimizarse ni exagerarse.

Pero, además, la manera en que una epidemia es relatada a través de las redes sociales tiene serias implicaciones en su percepción y evaluación social. A través de ellas, se difunde el conocimiento colectivo sobre el riesgo (atentados, desastres naturales o epidemias) de manera inmediata a todo el planeta (Gil, 2004). Analizar el contenido de redes sociales, como Twitter, puede ser productivo para estudiar cómo el público comparte información relacionada con la salud (McLaughlin et al., 2016) ya que analizar las redes proporciona información útil sobre sus miedos o temas más comentados y, por tanto, de mayor interés social (Lazard et al., 2015).

Por tanto, las fuentes sanitarias no deben solo dedicarse a destacar el nivel de preparación de sus equipos, sino que es importante que saquen partido a las redes sociales (Househ, 2016): 1. divulgando información precisa y detallada (con más recursos multimedia, por ejemplo), 2. desarrollando campañas en cooperación con los medios para que estas tengan su repercusión a través de las redes sociales y 3. aprovechando que las redes son plataformas dialógicas para atraer la atención del público (llamado a la participación de los usuarios a través de preguntas u otras estrategias comunicativas).

Este estudio es una primera incursión de un tema que se encuentra todavía en fase de investigación. Aun así, se debe conocer más sobre la relación entre las redes sociales, las instituciones sociales y los ciudadanos; no solo en la gestión de la crisis del Ébola, sino en cualquier crisis sanitaria.

Entre las fortalezas de este estudio se encuentra el extenso período de revisión bibliográfica considerado (2014 a 2017). Además, pone el foco en un tema muy reciente y que, hasta ese momento, no se planteó como es la utilización e influencia de las redes sociales en un caso de crisis sanitaria. Sin embargo, los resultados de este estudio también pueden extrapolarse a otras situaciones de crisis para mejorar la transmisión de información hacia la ciudadanía.

Como en todo trabajo, han ido surgiendo algunas dificultades y limitaciones, a medida que se realizaba, y que conviene destacar. En primer lugar, el tiempo ha

sido un elemento en contra para poder realizar un trabajo más exhaustivo. Se trata de un ámbito que necesita una dedicación exclusiva y no ha sido posible en este caso. Esta situación ha dificultado la profundización del tema en este sentido tal y como se había planificado. Es por ello por lo que se propone ampliar el número de bases de datos, de operadores lógicos y de artículos en futuras investigaciones. De igual manera, esta investigación podría enriquecerse si se analizan los tuits enviados por la sociedad, las organizaciones médicas y los políticos durante la crisis; así como un estudio exhaustivo de las noticias que los medios de referencia publicaron durante la época de la crisis del Ébola.

Teniendo todo esto en cuenta, investigaciones futuras también deberían estudiar cómo las redes sociales pueden ser mejor empleadas para transmitir la incertidumbre, pero también la confianza y competencia de las organizaciones sanitarias en épocas de crisis como la analizada. Entender cómo fue la estrategia comunicativa de las instituciones sanitarias durante la crisis del Ébola y cómo afectó a la percepción social, será clave para hacer frente a futuras epidemias de forma más eficaz, propulsando una comunicación sanitaria más eficiente.

#### Agradecimientos

A mi profesor Daniel Catalán por su tiempo, motivación, flexibilidad y comprensión.

## Referencias Bibliográfica

Baron, G. (10 de noviembre de 2014). 5 Lessons in crisis communication from the Ebola response: What we can learn from one of the biggest risk communication challenges in recent memory. Emergency Management. Recuperado de <http://www.govtech.com/em/emergency-blogs/disaster-zone/Ebola-communications-lessons.html>

Basch, C., Basch, C., Ruggles, K, y Hammond, R. (2015). Coverage of the ebola virus disease epidemic on Youtube. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9 (5), 531-535. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/div-classtitlecoverage-of-the-ebola-virus-disease-epidemic-on-youtubediv/AFAFAD4484D875E40B693C2122B565B2>

Costa-Sánchez, C., López, X., y Rodríguez, A. (2015). Del periodismo transmedia al replicante. Cobertura informativa del contagio de ébola en España por Elpais.com. *El profesional de la información*, 24(3), 283-290. DOI: 10.3145/epi.2015.may.08

- Dalrymple, K., Young R., y Tully, M. (2016). "Facts, Not Fear": negotiating Uncertainty on social media During the 2014 Ebola Crisis. *Science Communication*, 38(4), 442-467. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1075547016655546?journalCode=scxb>
- Díaz, E. y Vázquez, T. (2015). El uso de Twitter por parte del Gobierno español durante la crisis del ébola. *Miguel Hernández Communication Journal*, 6, 241-259. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5281778>
- Elmedni, B. (2017). Death of rationality: The social network's factor in policy response to Ebola. *International Journal of Public Administration*, 39(12), 917-926. DOI: 10.1080/01900692.2015.1057851
- eMarketer. (18 de junio de 2013). Social Networking Reaches Nearly One in Four Around the World. eMarketer. Recuperado de <https://www.emarketer.com/Article/Social-Networking-Reaches-Nearly-One-Four-Around-World/1009976>
- Fog, L. (2002). De las fuentes al público. *Interciencia*, 27(2), 84-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/339/33906509.pdf>
- Giansante, G. (2015). *La comunicación política online*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Guidry, J., Jin, Y., Orr, C., Messner, M., y Meganck, S. (2017). Ebola on Instagram and Twitter: how health organizations address the health crisis in their social media engagement. *Public Relations Review*, 43. DOI: 10.1016/j.pubrev.2017.04.009 (en prensa).
- Gil, E. (2004). *El miedo es el mensaje*. Riesgo, incertidumbre y medios de comunicación. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Hea-Jin, E., Kyung, Y., Kim, Y., Young, K., y Song, M. (2016). Topic-based content and sentiment analysis of Ebola virus on Twitter and in the news. *Journal of Information Science*, 42(6), 763-781. DOI: 10.1177/0165551515608733
- Househ, M. (2016). Communicating Ebola through social media and electrónica news media outlets: a cross-sectional study. *Health Informatics Journal*, 22(3), 470-478. DOI: 10.1177/1460458214568037
- IAB Spain. (2017). Estudio anual de redes sociales. Recuperado de [http://iabspain.es/wp-content/uploads/iab\\_estudiodedessociales\\_2017\\_vreducida.pdf](http://iabspain.es/wp-content/uploads/iab_estudiodedessociales_2017_vreducida.pdf)
- Jiménez, J., García, F., Martín, J.L. y Bermúdez, C. (2007). Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers*, 4, 44-50. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/UOCPapers/article/viewFile/58175%26gathStatlcon%3Dtrue/68267>
- Laverack, G., y Manoncourt, E. (2016). Key experiences of Community engagement and social mobilization in the Ebola response. *Global Health Promotion*, 23(1), 79-82. DOI: 10.1177/1757975915606674
- Lazard, A., Scheinfeld, E., Bernhardt, Jay., Wilcox, G. y Suran, M. (2015). Detecting themes of public concern: A text mining analysis of the Centers of Disease and Prevention's Ebola live Twitter chat. *American Journal of Infection Control*, 43, 1109-1111. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.05.025
- McLaughlin, L., Hou, J., Meng, J., Hu, C., An, Z., Park, M. y Nam, Y. (2016). Propagation and information about preexposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention through Twitter. *Health Communication*, 31, 998-1007. DOI: 10.1080/10410236.2015.1027033
- Mondragon, N. (2016). Redes sociales en tiempos de riesgo: analizando el ébola mediante Twitter. *Opción*, 32 (11), 740-756. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5866935>
- y Gil de Montes, L. (2017). Ebola in the public sphere: a comparison between mass media and social networks. *Science Communication*, 39(1), 101-124. DOI: 10.1177/1075547016688908
- Nagpal, S., Karimianpour, A., Mukhija, D., Mohan, D. y Brateanu, A. (2015). Youtube videos as a source of medical information during the Ebola hemorrhagic fever epidemic. *SpringerPlus*, 4, 457. DOI: 10.1186/s40064-015-1251-9. DOI: 10.1093/ofid/ofv133.1187
- Nespereira-García, J. (2015). La retórica como herramienta para la gestión y la comunicación del riesgo sanitario. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6 (2), 222-233. Recuperado de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2941/1644>
- Odlum, M, y Yoon, S. (2015). What can we learn about the Ebola outbreak from tweets? *American Journal of Infection Control*, 43, 563-571. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.02.023
- Quesada, V. (2014). Ébola y nuevas tecnologías. *Cadernos de Atención Primaria*, 20, 210-211.



Recuperado de [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/02/Vol20\\_n4\\_2.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/02/Vol20_n4_2.pdf)

Ross, P. (24 de septiembre de 2014). Ebola outbreak: how the internet is changing the way health officials predict deadly epidemics. *International Business Time*. Recuperado de <http://www.ibtimes.com/ebola-outbreak-how-internet-changing-way-health-officials-predict-deadly-epidemics-1694423>

Sastry, S. y Lovari, A. (2017). Communicating the ontological narrative of Ebola: An emerging disease in the time of “epidemic 2.0”. *Health Communication*, 32(3), 329-338. DOI: 10.1080/10410236.2016.1138380

Seltzer, E., Jean, N., Kramer-Golinkoff, E., Asch, D. y Merchant, R. (2015). The content of social media’s shared images about Ebola: a retrospective study. *Public Health*, 1273-1277. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.07.025

Strekalova, Y. (2017). Health risk information engagement and amplification on social media: news about an emerging pandemic on Facebook. *Health Education & Behaviour*, 44(2), 332-339. DOI: 10.1177/1090198116660310

Suau-Gomila, G., Percastre-Mendizabal, S., Palà, G. y Pont, C. (2017). Análisis de la comunicación de emergencias en Twitter. El caso del Ébola en España. En: Sierra, J. y Liberal, S. *Uso y Aplicación de las Redes Sociales en el Mundo*. Audiovisual y Publicitario. (119-130). Madrid (España): McGrawhill Education.

## Lista de comprobación para mejorar la información sobre fármacos en la prensa: la importancia de informar sobre las fases y la incertidumbre de la investigación

### A checklist for improving drug information in the general press: the importance of reporting on the phases and uncertainty of research

Fèlix Bosch<sup>a,b</sup>, Clàudia Escalas<sup>a</sup>, Ainoa Forteza<sup>a,c</sup>, Elisabet Serés<sup>a</sup>, Gonzalo Casino<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Fundación Dr. Antoni Esteve, España

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, España

<sup>c</sup> Drug Development and Regulation, España

<sup>d</sup> Departamento de Comunicación, Universitat Pompeu Fabra, España

#### Resumen

El interés de la ciudadanía por la ciencia es consecuente con que los medios de comunicación difundan también información sobre fármacos. Sin embargo, se requieren más estudios cuantitativos y cualitativos que analicen este tipo de información en la prensa generalista. En este artículo se revisan los estudios que han analizado las noticias sobre fármacos así como las herramientas disponibles para evaluar su calidad. Se revisan aspectos cualitativos a considerar al informar sobre fármacos en investigación o ya comercializados: la necesidad de contrastar las fuentes, citar la publicación de origen y emplear un lenguaje comprensible. Asimismo, se recomienda informar tanto de beneficios como de riesgos, y hacerlo con valores relativos y absolutos; evitar la generación de falsas expectativas y contextualizar los aspectos relacionados con la financiación. Además, se sugiere explicitar la fase de investigación en la que se encuentra el fármaco para así orientar sobre las posibilidades y plazos para su comercialización, y sobre las fuentes de información más adecuadas. Con esta revisión y las consideraciones planteadas, este artículo pretende promover una reflexión general para mejorar la calidad de las noticias sobre fármacos, a la vez que proporciona una primera lista de comprobación útil para comunicadores y periodistas científicos.

Palabras clave: comunicación en salud; divulgación; fármacos; información; investigación; medicamentos; medios de comunicación; prensa.

#### Abstract

Given the public's interest in science, it is logical that the mass media disseminate information about drugs. However, few quantitative or qualitative studies have analyzed the way this type of information is presented in the lay press. This article reviews the studies that have analyzed news reports about drugs and discusses the tools that are available to evaluate the quality of such reports. It also examines qualitative aspects when reporting on drugs in research or when have already been marketed: the need to check the sources, to cite the original reports, and to use language that is easy to understand. To avoid creating false expectations, news reports should inform readers about risks as well as benefits in both relative and absolute terms and put financial aspects in context. Moreover, it is important to specify the drug's current phase of development to inform if and when it is likely to be commercialized. Finally, news reports about drugs should point readers to the most appropriate sources to obtain further information. This article aims to promote general reflection and ultimately to improve the quality of reporting about drugs in the general press and to provide a checklist for science communicators and journalists.

Keywords: health communication; popularization; drugs; information; investigation; medicines; media; press.

## Introducción

El número de noticias científicas que aparece en los medios de comunicación ha aumentado considerablemente en los últimos años (Groves, Figuerola & Quintanilla, 2016). Esto podría ser debido al creciente interés de los ciudadanos por la investigación científica en general y por la investigación biomédica en particular (FECYT, 2017). En la actualidad, sin embargo, existen escasos estudios cuantitativos y cualitativos que analicen la información sobre medicamentos publicados en la prensa, particularmente en España. Ni la revisión sistemática sobre la influencia de la prensa en la información sobre la vacuna frente al virus del papiloma humano (Gollust, LoRusso, Nagler & Fowler, 2016) ni una más amplia y reciente sobre medicamentos en general (Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2017), han encontrado artículos previos realizados en España.

Comunicar los descubrimientos científicos a la sociedad debería ser una de las responsabilidades de los investigadores, que deberían implicarse mucho más en divulgar la ciencia (Concannon & Grenon, 2016). De entre todos los temas científicos, los de medicina y salud son los que mayor cobertura periodística reciben (Schäfer, 2010). En los medios de comunicación se puede encontrar información sobre medicamentos en las secciones de ciencia y en particular en las de salud, por lo que también es necesario que los periodistas se esfuercen en conseguir una adecuada divulgación (Bosch & Serés, 2015; Revuelta, 2012).

Se ha reclamado la necesidad de mejorar la información científica, y fortalecer así la interacción y comunicación entre los científicos y la sociedad (Hunter, 2016). Sin embargo, lo más importante es plantear soluciones y propuestas específicas que contribuyan a mejorar esta relación. Algunas de las propuestas de mejora de la información sobre medicamentos pueden ser comunes y aplicables a toda la comunicación médico-científica, pero también deberían tener en cuenta ciertas particularidades propias del entorno farmacológico (Casino, 2007).

En primer lugar, a la hora de comunicar, se debería diferenciar el concepto de fármaco del de medicamento. Si bien a menudo se emplean como sinónimos, el término fármaco hace referencia a cualquier principio activo o sustancia capaz de alterar las funciones del organismo. Para su administración terapéutica, el fármaco requiere combinarse con excipientes y es esta combinación lo que constituye propiamente el medicamento; para ser comercializado con fines terapéuticos, todo medicamento precisa la correspondiente autorización de las autoridades sanitarias pertinentes. Por lo tanto, durante las fases de

investigación se debería hablar de fármaco y, solo cuando el fármaco está ya comercializado, se podría hablar de manera más amplia tanto de fármaco como de medicamento. Tanto fármaco como medicamento incluyen desde los productos medicinales clásicos de procedencia química, mineral o vegetal, hasta los productos biotecnológicos, como hormonas, vacunas y anticuerpos monoclonales, entre otros.

El primer objetivo de este artículo es revisar la situación actual sobre la información de fármacos que aparece en los medios de comunicación, principalmente a través de la prensa española. Asimismo, se plantea analizar las diferentes herramientas disponibles para evaluar la calidad de las noticias sobre fármacos, destacar los principales errores detectados en las noticias sobre fármacos y proponer mejoras al respecto, planteando finalmente una lista de comprobación preliminar y ofreciendo, como aportación adicional, las principales fuentes de información sobre medicamentos a las que acudir en función de la fase de investigación en las que éstos se encuentren. Para alcanzar estos objetivos se ha revisado la bibliografía científica disponible a través de PubMed y se han agrupado los principales puntos de reflexión en los apartados que se detallan a continuación.

### *Estudios sobre medicamentos en la prensa*

Se dispone de pocos estudios sobre las noticias de medicamentos que aparecen en la prensa y la mayoría de ellos se han realizado en EE. UU., Canadá, o Reino Unido (Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2017). Algunos de los estudios se han centrado en noticias sobre medicamentos específicos como antidepresivos o vacunas (Montagne 2001; Gollust et al., 2016) en lugar de realizar una valoración general sobre todos los fármacos. Se desconoce en realidad la proporción que las noticias sobre fármacos representan respecto al conjunto de las informaciones y respecto a las de ciencia y biomedicina en particular, aunque existen algunos datos parciales. Un estudio sobre las noticias que se emiten en los telediarios españoles concluyó que el 3% abordan temas sanitarios y únicamente el 1,1% se refiere a temas científicos (Francescutti, 2010; Francescutti, Martínez Nicolás, & Tucho Fernández, 2011). Del conjunto de noticias médicas y sanitarias, el 8,6% corresponde a fármacos, lo que representa el 0,3% sobre el total de noticias. Finalmente, alrededor del 3,5% de las noticias médicas de los diarios españoles corresponde a la industria farmacéutica y los fármacos (Revuelta, 2012).

Tampoco abundan los datos cualitativos sobre la información de medicamentos en la prensa escrita espa-

ñola. Únicamente se identificó una revisión que analiza la calidad de las noticias sobre medicamentos en una serie de suplementos de salud publicados en los diarios (Vallano Ferraz, Llop Rius, Ferrer Bosch, & Carreras Danés, 2005). Si bien existen estudios realizados en otros países, la mayoría de ellos evalúa noticias sobre fármacos muy específicos y durante períodos de tiempo muy limitados (Tabla 1). Por el contrario, sí existen estudios más amplios que analizan las

noticias sobre productos y procedimientos sanitarios que incluyen fármacos y vacunas, pruebas de cribado y de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas, recomendaciones dietéticas, suplementos vitamínicos e intervenciones de salud mental y psicoterapia (Schwitzer, 2008; Gollust et al., 2016). A pesar de las limitaciones mencionadas, la revisión de estos artículos es útil para identificar los principales problemas que aparecen al divulgar información sobre fármacos.

**Tabla 1.** Resumen de los principales estudios publicados que analizan la calidad de las noticias sobre fármacos

Referencia (año)	Período de estudio	País <sup>a</sup>	Noticias analizadas (n, tipo <sup>c</sup> )	Medios analizados (n, tipo)	Fármacos (n)
Moynihan et al. (2000)	1994 – 1998	EE. UU.	207 (180 PE + 27 TV)	36 diarios 4 canales TV	3 fármacos <sup>e</sup>
Cassels et al. (2003)	2000	CA	193 PE	24 diarios	5 fármacos <sup>f</sup>
Klotz & Ceccoli (2005)	2001 – 2002 <sup>b</sup>	EE. UU.	74 (57 PE + 17 NP-FDA)	4 diarios Notas prensa-FDA	41 fármacos <sup>g</sup>
Schwitzer (2008)	2006 – 2008 (22 meses)	EE. UU.	500 <sup>d</sup>	50 diarios 1 agencia noticias 3 canales TV	Productos y procedimientos sanitarios <sup>h</sup>
Schwitzer (2012)	2006 – 2012	EE. UU.	1854 <sup>d</sup>	12 agencias de noticias	Productos y procedimientos sanitarios <sup>h</sup>
Schwitzer (2015)	2006 – 2015	EE. UU.	2093 (2050 <sup>e</sup> + 43 NP)	Diarios, TV, radio, internet, notas de prensa	Productos y procedimientos sanitarios <sup>h</sup>
Wilson et al. (2009)	2004 – 2008	AU	1230 <sup>d</sup>	2 tabloides 3 diarios 2 agencias noticias 2 canales TV	Productos y procedimientos sanitarios en humanos <sup>h</sup>
Robinson et al. (2013)	20 días laborales (en periodo 2 meses)	RU	160 PE	8 diarios (2 tabloides, 2 diarios mercado medio, 4 diarios)	Nuevos resultados relacionados con salud humana y medicina <sup>i</sup>

<sup>a</sup> AU: Australia; CA: Canadá; EE. UU.: Estados Unidos; RU: Reino Unido.

<sup>b</sup> El estudio analiza la difusión de los fármacos aprobados por la FDA durante 2001 y 2002.

<sup>c</sup> PE: artículos en prensa escrita; TV: reportajes o vídeos en televisión; NP: notas de prensa; NP FDA: nota de prensa de la Food and Drug Administration (FDA).

<sup>d</sup> Sin desglosar, incluye prensa escrita, noticiarios televisivos e información de agencias de noticias.

<sup>e</sup> Fármacos de tipo preventivo y gran demanda en Estados Unidos: pravastin (hipocolesterolemiante, protector cardiovascular), alendronato (prevención de la osteoporosis) y aspirina (protector cardiovascular).

<sup>f</sup> Medicamentos de prescripción médica comercializados entre 1996 y 2001 que recibieron mucha atención mediática en los medios de Canadá: atorvastatina, celecoxib, donepezil, oseltamivir y raloxifene.

<sup>g</sup> Nuevos fármacos (nuevas entidades moleculares, new molecular entities, NME) aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos entre 2001 y 2002.

<sup>h</sup> Productos y procedimientos sanitarios: incluye fármacos, dispositivos, test de diagnóstico y pruebas de detección, procedimientos quirúrgicos, recomendaciones nutricionales, vitaminas y suplementos.

<sup>i</sup> No se incluyen noticias de los suplementos de salud.

Una de las carencias más importantes es la de estudios que analicen qué temas abordan las noticias sobre fármacos que se publican en la prensa. Aunque faltan estudios específicos, la Tabla 2 incluye una relación aproximada de algunos temas habituales en las noticias sobre fármacos. Muy probablemente los temas varían en función de cada momento y país. Por ejemplo, durante 2017 un tema recurrente en la prensa relacionado con el ámbito de los medicamentos fue el cambio de ubicación de Londres a Ámsterdam de la sede de la Agencia Europea del Medicamento (European Medicines Agency, EMA) debido al Brexit.

**Tabla 2.** Algunos temas de interés que aparecen en las noticias sobre fármacos<sup>a</sup>

1. Investigación en general de nuevos fármacos, ensayos clínicos, etc.
2. Debates sobre la investigación de nuevos fármacos con animales o humanos
3. Fármacos orientados al cáncer e infecciones
4. Vacunas
5. Problemas de toxicidad provocados por medicamentos
6. Información sobre instituciones o personas implicados en avances sobre medicamentos (industria farmacéutica, biotecnológicas, centros de investigación, investigadores o médicos, autoridades sanitarias, EMA <sup>b</sup> , FDA <sup>c</sup> )
7. Políticas sanitarias y medicamentos (gasto, cobertura, etc.)
8. Disponibilidad y acceso a los medicamentos (enfermedades minoritarias, etc.)
9. Uso correcto, abuso de medicamentos y automedicación

<sup>a</sup> Se trata de una selección no exhaustiva obtenida a partir de la revisión de las principales noticias sobre medicamentos publicadas por la prensa escrita española durante los últimos cinco años.

<sup>b</sup> European Medicines Agency.

<sup>c</sup> Food and Drug Administration.

### **Herramientas disponibles para evaluar la calidad de las noticias sobre fármacos**

Un estudio pionero sobre la información periodística de tres medicamentos en la prensa de EE UU puso de manifiesto que esta información es francamente mejorable (Moynihan et al., 2000). Para mejorar esta información es imprescindible disponer de criterios objetivos de evaluación de la calidad. Sin embargo, esta evaluación no

es una tarea sencilla, pues se requieren herramientas correctamente validadas. Las herramientas disponibles se han centrado en la prensa y en las noticias científicas en general o en las noticias sobre todo tipo de intervenciones médicas.

En la Tabla 3 se resumen 6 estrategias disponibles para la evaluación de las noticias científicas que aparecen en la prensa. La primera es el índice de calidad científica propuesto por Oxman (Oxman et al., 1993) que se fundamenta en 8 ítems puntuables entre 1 y 5 (1 = ausencia total, 5 = presencia clara), aplicable a todo tipo de noticias científicas. En 2000, Moynihan et al. propusieron un sistema de evaluación diferente, centrado en la información sobre medicamentos y basado en 5 preguntas dicotómicas de “Sí/No”, con el objetivo de minimizar la subjetividad del evaluador.

Más tarde, la lista de Moynihan, con 5 ítems adicionales, sirvió de base para el proyecto Media Doctor Australia, que analizó noticias médicas entre 2004 y 2008 usando una lista de comprobación (Schwitzer, 2012; Wilson, Bonevski, Jones, & Henry, 2009). Si bien este proyecto no tuvo continuidad, sirvió como fuente de inspiración para otros proyectos similares: Health News Review en EE.UU. (HealthNewsReview.org, 2017) y Media Doctor Canada (Medical Industry Media, 2015), en 2005; Media Doctor Hong Kong, en 2008 (actualmente inactivo); Media Doctor Japan, en 2009 (Media Doctor Research Japan, 2017); Medien-Doktor en Alemania, en 2010 (The Medien-Doktor Project, 2017), y el más reciente que se ha empezado a desarrollar en India (The George Institute, 2017). Otras propuestas se describen en los trabajos de McConway (McConway & Spiegelhalter, 2012), Robinson (Robinson, Coutinho, Bryden, & McKee, 2013) y Zeraatkar (Zeraatkar, Obeda, Ginsberg, & Hirsh, 2017).

Resulta difícil recomendar una de estas herramientas para evaluar la calidad de las noticias sobre fármacos. Todas, excepto la más reciente de Zeraatkar, se han utilizado para analizar la calidad de noticias biomédicas o sobre intervenciones médicas; y todas ellas tienen sus puntos fuertes y sus limitaciones, como se indica en la Tabla 3. Ninguna, excepto la de Moynihan et al., es específica para medicamentos, pero presenta evidentes limitaciones. Ante esta carencia, más adelante, se propone una primera aproximación para evaluar específicamente las noticias sobre medicamentos.

**Tabla 3.** Resumen de las características de los principales índices y listas de evaluación de noticias científicas en prensa

Autor Año, origen <sup>a,b</sup>	Descripción	Ventajas	Inconvenientes
Oxman et al. 1993, GB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 ítems evaluados.</li> <li>- Respuestas: puntuaciones, escala Likert de 1 a 5.</li> <li>- Índice de Calidad Científica (ISQ) es la suma de las puntuaciones de 7 de los ítems de cada noticia.</li> <li>- Puntuación final: de 7 a 35.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validado</li> <li>- La puntuación de cada ítem permite una evaluación más detallada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ítems difíciles de evaluar; poca claridad.</li> <li>- Puntuación ISQ difícil de interpretar (intervalo 7-35).</li> </ul>
Moynihan et al. 2000, US	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 preguntas.</li> <li>- Respuestas: dicotómicas, Sí/No.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor subjetividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pocas preguntas.</li> <li>- Algunos aspectos no se evalúan.</li> <li>- A veces la respuesta no está clara.</li> </ul>
Wilson et al. 2009, AU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 preguntas de Moynihan + 5 preguntas nuevas.</li> <li>- Respuestas: satisfactorio, no satisfactorio, no aplicable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se evalúan más aspectos.</li> <li>- La opción <i>No aplicable</i> a veces es necesaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen de la noticia no enmascarado (diario de origen).</li> <li>- Algunos aspectos no se evalúan (p. ej. conflictos de interés)</li> </ul>
McConway et al. 2012, GB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 preguntas clasificadas en 3 temáticas: calidad del estudio científico, calidad periodística y aplicabilidad.</li> <li>- Respuestas: dicotómicas, Sí/No.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúa el artículo periodístico y la investigación que hay detrás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A veces la respuesta no está clara.</li> </ul>
Robinson et al. 2013, GB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 21 ítems evaluados.</li> <li>- Respuestas: puntuaciones en las que se suma (+) o resta (-) 1 punto en función del ítem:</li> <li>- 8 ítems esenciales (+ o -)</li> <li>- 9 ítems aconsejables (+)</li> <li>- 4 referidos a errores (-)</li> <li>- Puntuación final: de -7 a 9.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sencillez y claridad para evaluar los ítems.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puntuación final difícil de interpretar (intervalo -7, 9).</li> </ul>
Zeraatkar et al. 2017, CA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 ítems evaluados agrupados en cinco categorías más 1 ítem de valoración global.</li> <li>- Respuestas: puntuaciones, escala de Likert de 1 a 7, y de 0 a 6, según los ítems.</li> <li>- Índice de Calidad de las Noticias de Salud (Quality Index for health-related Media Reports, QIMR).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La puntuación de cada ítem permite una evaluación más detallada.</li> <li>- Segmentado en cinco categorías y un ítem de valoración global.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difícil de interpretar.</li> </ul>

<sup>a</sup> Primer autor del estudio, año de publicación del estudio y origen del estudio.

<sup>b</sup> AU: Australia; CA: Canadá; EE. UU.: Estados Unidos; RU: Reino Unido.

## ¿Qué requisitos debería cumplir la información periodística sobre fármacos?

La información sobre fármacos que difunden los medios de comunicación, como toda información periodística, debe ser rigurosa y contrastada, debe citar fuentes relevantes y emplear un lenguaje comprensible para la mayoría de la población. A partir de los estudios sobre la calidad de las noticias sobre fármacos, resumidos en la Tabla 1, se proponen varios aspectos relevantes que deberían tenerse en cuenta en la información periodística farmacológica.

En primer lugar, las noticias que informan sobre los beneficios de un fármaco también deberían incluir información sobre sus riesgos, pues ningún tratamiento está exento de algún tipo de riesgo. Además, la cuantificación de estos efectos debe expresarse no solo en valores relativos sino también en valores absolutos, que son menos engañosos (Cassels et al., 2003). Klotz y Ceccoli (2005) determinaron que un 70% de las noticias analizadas mencionaban los beneficios del medicamento, pero estos no se cuantificaban. La ausencia de una cuantificación adecuada de los riesgos y beneficios, junto a la ausencia de información sobre los posibles efectos adversos, puede inducir a crear falsas expectativas y confusión entre los lectores.

En segundo lugar, las noticias sobre nuevos medicamentos deberían también incluir información sobre las alternativas existentes, tanto farmacológicas como no farmacológicas (Schwitzer, 2015). A menudo, las noticias están basadas en resultados publicados en un único artículo científico, aunque sólo el 60% de estas noticias lo citan (Robinson et al., 2013). Además, frecuentemente, las noticias sobre medicamentos suelen incluir solo la información de las notas de prensa facilitadas por los gabinetes de comunicación y carecen de información ampliada y contrastada con otras fuentes, un aspecto esencial para ofrecer una visión más completa de la noticia (Klotz & Ceccoli, 2005; Schwitzer, 2015).

En tercer lugar, cuando la noticia parte de un artículo o un trabajo científico, además de citarlo, se debería incluir información sobre la metodología que se ha empleado. A menudo se evita mencionar dicha metodología para no confundir o aburrir con aspectos excesivamente técnicos. Sin embargo, se recomienda la inclusión de ciertos aspectos metodológicos relacionados con el estudio, como por ejemplo su diseño, a fin de ofrecer información sobre la calidad o confianza del estudio; este aspecto se omite en el 30% de las noticias (Cassels et al., 2003).

En cuarto lugar, se debe evitar lo que se denomina *disease mongering* o promoción de enfermedades,

un error en el que incurren algunas noticias (Moynihan et al., 2000). Adicionalmente, se ha constatado que casi la mitad de las noticias de nuevos fármacos no menciona un aspecto relevante como es la fuente de financiación de los estudios. Finalmente, es recomendable emplear el nombre del principio activo; sin embargo, alrededor del 40% de los artículos solo utilizan el nombre comercial del medicamento (Hochman, Hochman, Bor, & McCormick, 2008).

## La importancia de las fases de la investigación de los fármacos

Existe cierto debate acerca de si la información sobre fármacos en fase de investigación debería difundirse o no en la prensa generalista. Algunos recelos se fundamentan en las bajas probabilidades de éxito de comercialización de los fármacos que se hallan en fase de investigación, pues se estima que solo un compuesto de cada 10.000 en investigación acabará comercializándose como medicamento. Ante esta baja probabilidad de éxito, quizá esté poco justificado difundir información sobre fármacos en fase temprana de investigación. Ello se deduce tras observar que todos los estudios comentados en la Tabla 1 y los localizados por Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz (2017) se hayan realizado sobre fármacos ya comercializados.

Contra este argumento, los autores de este artículo defendemos la necesidad de informar también sobre los fármacos que se encuentran en fase de investigación. Por un lado, parece relevante que el público conozca que para comercializar un medicamento se necesitan muchos años de investigación e importantes inversiones económicas. Por otro, también parece relevante que el público esté informado de que el proceso de investigación y desarrollo de nuevos fármacos está altamente regulado y que en él participan múltiples instituciones, tanto compañías farmacéuticas como otras instituciones públicas o privadas (agencias reguladoras, centros de investigación, hospitales y otros centros asistenciales, etc.).

Aunque a veces la opinión pública negativa sobre las compañías farmacéuticas pueda estar justificada (Brezis, 2008), también parece necesario reconocer su importancia histórica en el desarrollo de nuevos medicamentos. La sociedad debe saber que en las fases de investigación de medicamentos participan investigadores y profesionales altamente cualificados que contribuyen con su trabajo a la mejora de la salud de la población. Además, muchos fármacos en fase de investigación que no han alcanzado la categoría de medicamento han contribuido a la obtención de otros compuestos farmacéuticos y al descubri-

miento de mecanismos de acción que han facilitado la posterior comercialización de nuevos medicamentos. Por ello, la investigación de medicamentos constituye no solo una importante fuente de riqueza, sino también una de las áreas de más innovación.

Otro argumento, a nuestro entender, a favor de la información sobre la investigación farmacéutica tiene que ver con los nuevos tratamientos y vacunas que se reclaman en situaciones de crisis y emergencias sanitarias, como ocurrió por ejemplo con la epidemia provocada por el virus del Ébola. La población debe saber cómo se investigan los nuevos fármacos y vacunas para entender que, en muchas ocasiones, es muy difícil conseguir nuevas herramientas terapéuticas con la rapidez que se exige, principalmente porque los estudios imprescindibles que se requieren antes de su comercialización son largos y costosos. En conclusión, consideramos que estos y otros argumentos refuerzan la necesidad de que, con la prudencia necesaria para no fomentar expectativas injustificadas sobre fármacos no comercializados, los científicos, los profesionales sanitarios, los comunicadores y los periodistas deberían difundir la información sobre la investigación de fármacos.

Si se acepta la necesidad de informar sobre nuevos compuestos en desarrollo, un aspecto relevante es dar a conocer las diferentes fases de la investigación de los nuevos fármacos. Esta información es importante porque aclara el camino que ha recorrido un compuesto que está en fase de investigación, el que le queda por recorrer, aporta datos más concretos sobre sus expectativas de comercialización, y ofrece una orientación para identificar las fuentes de información y los protagonistas a los que recurrir para contrastar la información.

En la Figura 1, se exponen de manera sucinta las principales fases del proceso de investigación de medicamentos y, en función de ellas, las fuentes de información a las que se podría recurrir y los protagonistas implicados en cada una de ellas. Si bien la realidad es más compleja, este resumen intenta ofrecer los conocimientos básicos para divulgar información sobre fármacos.

**Fases preclínicas.** De manera muy simplificada, se habla de las fases preclínicas de investigación de medicamentos como aquellas que no se llevan a cabo con seres humanos. Incluyen estudios de laboratorio tanto *in vitro* como *in vivo* (con microorganismos, tejidos y animales de experimentación): síntesis de estructuras químicas y productos biotecnológicos, estudios bioquímicos y de biología molecular, y estudios farmacológicos y de toxicología. Estas primeras fases de investigación de nuevos compuestos pueden durar varios años (entre 4

y 6 años) e incluyen complejas etapas de investigación en el laboratorio. Estas se pueden subdividir en fase de descubrimiento, inicialmente, y fase de desarrollo o propiamente fase preclínica. Es difícil acceder a las fuentes de información de los compuestos en estas fases, si bien pueden recurrirse a presentaciones en congresos o publicaciones científicas. En estas fases iniciales, los dosieres de patente del compuesto no suelen aportar mucha información. Los protagonistas de esta investigación son el personal de centros universitarios, centros de investigación especializada, y empresas farmacéuticas y biotecnológicas. Las empresas de investigación por contrato (Contract Research Organization, CRO) pueden disponer también de información, pero los acuerdos de confidencialidad a menudo limitan su divulgación.

**Fases clínicas.** Las fases de investigación clínica con nuevos compuestos abarcan todas aquellas que desarrollan estudios con personas, sean voluntarios sanos o pacientes. La investigación clínica de fármacos previa a su registro se divide tradicionalmente en tres fases consecutivas (fases I, II y III) en las que los tipos de estudio, las características y objetivos son diferentes. Cuando el medicamento se registra como tal y puede utilizarse en la asistencia médica habitual, se inician otros estudios clínicos que corresponden a la fase IV, también conocidos como estudios de postcomercialización o de farmacovigilancia. El objetivo de este artículo no contempla detallar cada una de estas fases, pero es importante saber que las fases clínicas implican las inversiones económicas más importantes de todo el proceso de investigación. Las fases I, II y III pueden durar entre 4 y 6 años en total, tiempo necesario para completar todos los estudios clínicos requeridos por las autoridades sanitarias. Estos estudios tienen lugar en diversos centros de investigación, como unidades de fase I-II, hospitales y centros de atención primaria, que pueden estar gestionados logísticamente a través de una CRO. Investigadores especializados llevan a cabo estos estudios, junto con diversos profesionales sanitarios, como médicos, personal de enfermería y farmacéuticos, entre otros. Las fuentes de información de los estudios clínicos son algo más accesibles que las de los preclínicos, pero todavía presentan niveles elevados de confidencialidad e inaccesibilidad. Dos fuentes de consulta en línea son: [www.clinicaltrialsregister.eu](http://www.clinicaltrialsregister.eu) y [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

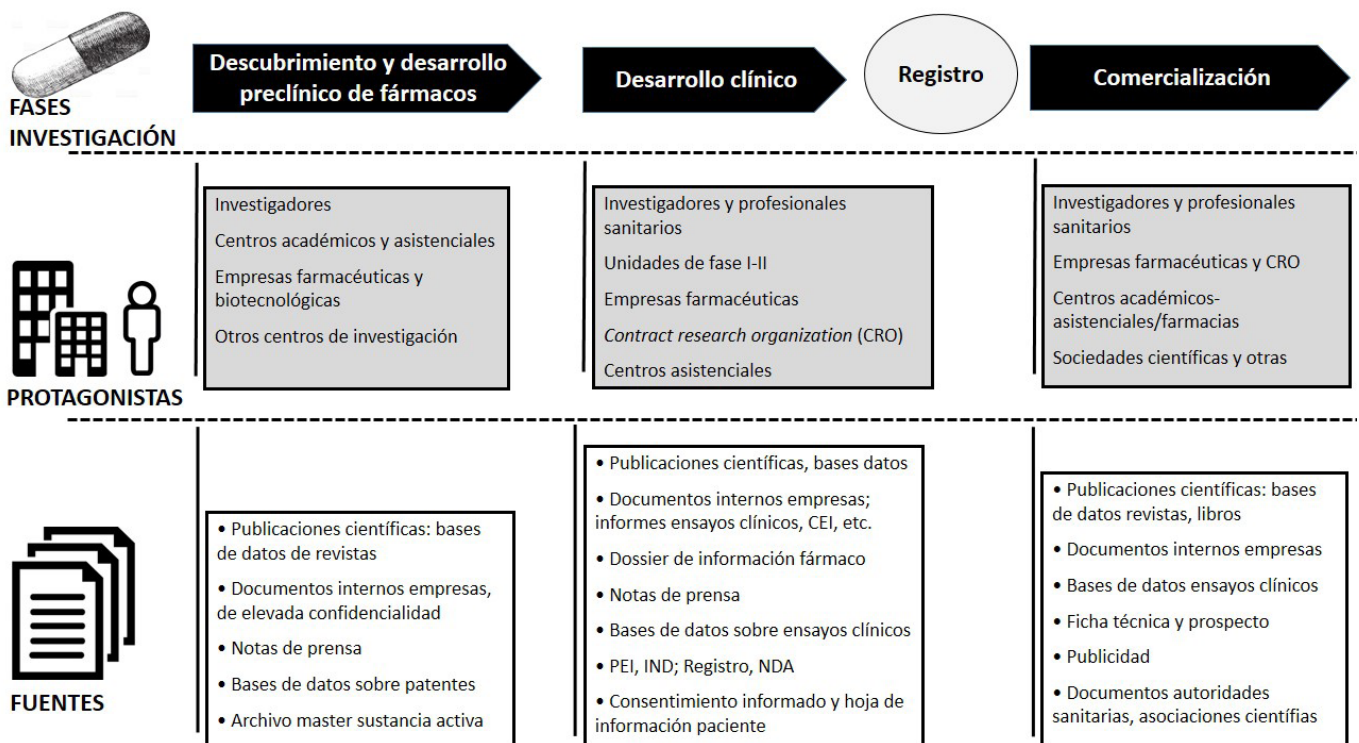
**Registro y comercialización.** Cuando el fármaco ha conseguido superar todas las fases de investigación preclínicas y clínicas se plantea la posibilidad de su comercialización. Previamente se ha comentado que muy pocos fármacos superan favorablemente todas estas fases



para llegar a ser medicamentos, es decir, para utilizarse en terapéutica. Una vez realizados los estudios necesarios con el fármaco, se prepara un dossier de registro que, si es aprobado por las autoridades sanitarias pertinentes, permite la comercialización del nuevo medicamento. Es en esta fase cuando la ficha técnica y el prospecto del nuevo medicamento pasan a ser públicos y proporciona información detallada sobre el mismo. Toda la información del fármaco resulta mucho más accesible entonces a través de publicaciones científicas y de fuentes oficiales de información, como las páginas web de las autoridades sanitarias ([www.aemps.gob.es/cima](http://www.aemps.gob.es/cima) para el caso de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Los estudios de postcomercialización se desarrollan en centros hospitalarios y de

atención primaria, y en ellos participan médicos y otros profesionales sanitarios, industrias farmacéuticas y también grupos independientes de investigación, como asociaciones científicas.

La fase de investigación en que se encuentra un fármaco permite prever el tiempo que resta hasta su posible comercialización, en caso de que consiga superar todos los obstáculos del largo proceso de investigación farmacéutica. Ello debería tenerse en cuenta y reflejarse en las noticias que se escriban, a fin de evitar generar falsas expectativas entre la población general. Además, el emplazamiento del fármaco en las distintas fases de investigación puede ayudar a conocer las fuentes de información y los protagonistas que pueden completar dicha información y, sobre todo, contrastarla.



**Figura 1.** Protagonistas y fuentes de información en función de las fases de investigación de fármacos. CRO: contract research organization, empresa de investigación por contrato; EDMF: European drug master file, archivo máster de la sustancia activa; CEI: comité ético de investigación; PEI: Producto en fase de investigación, equivalente al IND: Investigational new drug; NDA: New drug application, solicitud de registro en EE. UU.

### **Lista de comprobación para mejorar la calidad de las noticias sobre fármacos**

A partir de los apartados 4 y 5 de este artículo, se propone una primera lista de comprobación con los aspectos que deberían tenerse en cuenta tanto para elaborar

noticias sobre fármacos como para evaluar la calidad de esta información. La Tabla 4 recoge la propuesta, como una tentativa que deberá completarse a medida que se disponga de más información acerca de las noticias sobre fármacos que aparecen en los medios de comunicación.

**Tabla 4.** Lista de comprobación para elaborar noticias sobre fármacos y evaluar su calidad<sup>a</sup>

1. ¿Se trata de una información realmente novedosa?
2. ¿Se emplea un lenguaje asequible y se explican los tecnicismos utilizados?
3. El titular, ¿refleja correctamente el mensaje principal de la investigación?
4. ¿Huye del sensacionalismo?
5. En función de la fase de investigación del fármaco, ¿la noticia es relevante y puede tener trascendencia social?
6. Si procede de una nota de prensa, ¿se ha contextualizado la información?
7. ¿Se citan las fuentes de información y la procedencia de las opiniones?
8. Si se refiere a un estudio científico, ¿se comenta la procedencia de su financiación?
9. En el caso de que la fuente de información sea un estudio, ¿se reflejan la calidad y confianza de las pruebas?
10. ¿Se refleja suficientemente el grado de incertidumbre y la provisionalidad propia de toda investigación científica?
11. ¿Se informa del grado de confianza de los resultados y en general de las limitaciones metodológicas?
12. ¿Se ha contextualizado la información en función de los conocimientos disponibles?
13. ¿Se dispone de la opinión de diferentes profesionales implicados que puedan dar diferentes puntos de vista y opiniones?
14. ¿Se ha recogido información de fuentes independientes?
15. ¿Se evita inducir la medicalización de la población y la promoción de enfermedades a través de la noticia?
16. ¿Se informa sobre los posibles conflictos de interés existentes no sólo en las fuentes sino relacionados con la información del fármaco?
17. En caso de ser necesario, ¿la noticia se apoya en imágenes que contribuyan a la comprensión de la información?
18. ¿Se informa tanto de los beneficios como de los riesgos del uso del fármaco?
19. ¿Se comenta la existencia o no de tratamientos alternativos y, en su caso, las posibles ventajas del nuevo fármaco?
20. ¿Se mencionan el coste del tratamiento u otros aspectos económicos pertinentes?
21. ¿Se informa sobre la disponibilidad del fármaco?

<sup>a</sup> Ante la falta de una lista de comprobación específica previamente publicada, los autores proponen esta primera aproximación que deberá completarse, sistematizarse y validarse cuando se disponga de más información sobre el tema.

## Algunas reflexiones generale

Esta revisión constata, en primer lugar, la carencia de estudios actualizados que analicen la información sobre fármacos que aparece en los medios de comunicación, particularmente españoles. Si bien existen algunas herramientas para evaluar la calidad de esta información, estas herramientas se centran en las noticias científicas o sobre las intervenciones médicas en general, y todas ellas presentan limitaciones. Parece lógico, por tanto, proponer la realización de estudios específicos al respecto.

Para asegurar la calidad de la información sobre fármacos en los medios, periodistas y comunicadores deberían tener en cuenta no sólo los principios y recomendaciones generales aplicables a toda información científica, sino también algunos aspectos específicos de los fármacos, tal como se propone en este artículo. Además, como parte de la información periodística se refiere a compuestos en investigación, es muy importante especificar en qué fase de la investigación se encuentra el fármaco del que se informa. Esto permite decantar la información hacia un polo más científico (en el caso de fármacos en las primeras fases de la investigación) o más clínico (en las últimas fases de investigación), anticipar el camino que le puede quedar a un fármaco hasta su comercialización y saber a qué fuentes recurrir. Estas pueden ser tanto documentos con información sobre los fármacos como los investigadores y profesionales que participan en las diferentes fases de desarrollo de fármacos, desde la pre-clínica hasta su comercialización.

Todo ello, además, se debería contextualizar en el entorno de la comunicación científica donde la información sobre fármacos no queda exenta de otros puntos de debate que la incumben (Revuelta, 2006). Así pues, tanto si se habla del ámbito farmacéutico como de otras disciplinas científicas, sería recomendable reflexionar también sobre los puntos que se enumeran en la Tabla 5. Algunos de estos puntos también se han reclamado en publicaciones previas, como la importancia de que científicos, clínicos y periodistas colaboren (Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2017) o la influencia de internet y las redes sociales (Song et al., 2016).

Si al informar sobre fármacos en los medios de comunicación se tuvieran en cuenta las consideraciones generales que recoge esta revisión y otras que tal vez se podrían añadir, muy probablemente la calidad de las noticias mejoraría de manera sustancial. Ante la falta de propuestas previas, este artículo pretende ser un punto de partida para la necesaria reflexión sobre la información de fármacos en la prensa, así como una propuesta de lista de comprobación (en la Tabla 4) para comunicadores y periodistas interesados en informar sobre fármacos

a la población general. Se ha puesto especial énfasis en tener en cuenta la fase de investigación en que se halla el fármaco puesto que consideramos que es un punto clave que no había sido tenido en cuenta previamente.

**Tabla 5.** Algunos puntos de debate que se deberían tener en cuenta a la hora de contextualizar la información científica que se difunde en los medios de comunicación<sup>a</sup>

1. Responsabilidad del público: ¿cuál es la demanda real de información y formación sobre ciencia y medicamentos?
2. Responsabilidad de los científicos: ¿Es parte de su responsabilidad contribuir a la divulgación de la ciencia? ¿Están preparados para ello?
3. Responsabilidad de los periodistas y comunicadores: ¿Se puede mejorar su formación en ciencia? ¿Interaccionan adecuadamente con los científicos?
4. Los responsables de los medios de comunicación, ¿tienen interés en divulgar la ciencia? ¿Disponen de medios y profesionales para hacerlo?
5. Los gabinetes de prensa, notas de prensa, video-comunicados: ¿Se puede mejorar este tipo de comunicación?
6. Papel de las revistas científicas: ¿Pueden contribuir a mejorar la comunicación científica?
7. ¿Tienen algún papel y cómo pueden contribuir las asociaciones científicas, fundaciones y otras instituciones implicadas en la divulgación de la ciencia?
8. Necesidad de compartir experiencias entre los profesionales implicados: ¿Se podrían organizar más reuniones y cursos de formación entre los profesionales implicados: periodistas, comunicadores, científicos, profesionales asistenciales y docentes?
9. Información a través de las redes sociales, blogs e internet: ¿Cuál es su importancia y papel en la actualidad? ¿Se puede mejorar la divulgación científica a través de internet?

<sup>a</sup> Se trata de una lista de puntos de discusión planteadas por los autores

## Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a la Fundación Dr. Antonio Esteve el apoyo ofrecido para realizar esta revisión, que ha llevado a la iniciación de un proyecto más amplio de colaboración con la Universitat Pompeu Fabra (Contrato de investigación, 17 de febrero, 2017; Fármacos y Prensa) liderado por dos de los autores (GC y FB). En segundo lugar, se agradece a Vladimir de Semir y Gema Revuelta como responsables del Máster de Comunicación Científica y Medioambiental de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona) que han invitado a FB como ponente en las diversas ediciones del máster para debatir sobre el tema que se plantea en este artículo.

## Referencias Bibliográfica

- Bosch, F., & Serés, E. (2015). From scientific advances to public health action: The crucial role of science dissemination. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(1), 1-2. doi: 10.1136/jech-2014-203851
- Brezis, M. (2008). Big pharma and health care: unsolvable conflict of interests between private enterprise and public health. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(2), 83-9. [http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2008\\_2\\_3.pdf](http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2008_2_3.pdf)
- Concannon, C., & Grenon, M. (2016). Biochemical Researchers: share your passion for science! *Society Transactions*, 44(5), 1507-1515. <http://www.biochemsoctrans.org/content/44/5/1507.article-info>
- Casino, G. (2007). *Los medicamentos en los medios de comunicación*. Evaluación crítica de la situación actual. En J.E Baños y J. Bigorra (Ed.), *La proyección social del medicamento* (Monografía nº33, pp. 67-74). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. [http://www.upf.edu/pcstacademy/\\_docs/2007\\_casino.pdf](http://www.upf.edu/pcstacademy/_docs/2007_casino.pdf)
- Cassels, A., Hughes, M. A., Cole, C., Mintzes, B., Lexchin, J., & McCormack, J. P. (2003). Drugs in the news: an analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 168(9), 1133-1137. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153682/>
- Catalán-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2017). The use of traditional media for public communication about medicines: A systematic review of characteristics and outcomes. *Health Communication*, doi: 10.1080/10410236.2017.1405485
- FECYT. (2017). VIII Encuesta de percepción social de la ciencia. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. Recuperado a partir de [http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Cultura/FICHEROS/2017/Dossier\\_PSC\\_2017.pdf](http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Cultura/FICHEROS/2017/Dossier_PSC_2017.pdf)
- Francescutti, P. (2010). *La información científica en los telediarios españoles* (Cuadernos Fundación Dr. Antonio Esteve nº21). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. <http://www.esteve.org/telediarios/>
- Francescutti, P., Martínez Nicolás, M., & Tucho Fernández, F. (2011). *La información científica en los telediarios españoles* (Cuadernos de Investigación nº1). Madrid: Almud Ediciones. [http://www.madrimasd.org/informacionIDI/biblioteca/Documentos/Informacion\\_Sanitaria\\_Telediarios.pdf](http://www.madrimasd.org/informacionIDI/biblioteca/Documentos/Informacion_Sanitaria_Telediarios.pdf)
- Groves, T., Figuerola, C.G., & Quintanilla, M.A (2016). Ten Years of Science News: A Longitudinal Analysis of Scientific Culture in the Spanish Digital Press. *Public Understanding of Science*, 25(6), 691-705. doi: 10.1177/0963662515576864.
- Gollust, S. E., LoRusso, S. M., Nagler, R. H., & Fowler, E. F. (2016). Understanding the role of the news media in HPV vaccine uptake in the United States: Synthesis and commentary. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12, 1430-1434. doi:10.1080/21645515.2015.1109169
- HealthNewsReview.org. (2017). Health News Review. <https://www.healthnewsreview.org>
- Hochman, M., Hochman, S., Bor, D., & McCormick, D. (2008). Reporting pharmaceutical company funding and use of generic medication names. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1544-50. doi: 10.1001/jama.300.13.1544
- Hunter, P. (2016). The communications gap between scientists and public: More scientists and their institutions feel a need to communicate the results and nature of research with the public. *EMBO Reports*, 17(11), 1513-1515. doi: 10.15252/embr.201643379
- Klotz, R. J., & Ceccoli, S. J. (2005). Media coverage of drug approvals. *Social Science Journal*, 42(1), 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2004.11.011>
- McConway, K., & Spiegelhalter, D. (2012). Score and ignore A radio listener's guide to ignoring health stories. *Significance*, 45-48. doi: 10.1111/j.1740-9713.2012.00611.x
- Media Doctor Research Japan. (2017). Media Doctor Japan. <http://www.media doctor.jp>
- Medical Industry Media. (2015). Media Doctor Canada. <http://www.media doctor.ca>
- Montagne, M. (2001). Mass media representations as drug information for patients: the Prozac phenomenon. *Substance Use & Misuse*, 36, p. 9-10, 1261-1274, doi: 10.1081/JA-100106226.
- Moynihan, R., Bero, L., Ross-Degnan, D., Henry, D., Lee, K., Watkins, J. Mah C., & Soumerai S.B. (2000). Coverage by the news media of the benefits and risks of medications. *The New England Journal of Medicine*, 372(22), 1645-1650. doi:10.1056/NEJM200006013422206

- Oxman, A., Guyatt, G., Cook, D., Jaeschke, R., Heddle, N., & Keller, J. (1993). An index of scientific quality for health reports in the lay press. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(9), 987-1001. doi: 10.1016/0895-4356(93)90166-X
- Revuelta, G. (2006). Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl. 1), 203-8. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715849>
- Revuelta, G. (2012). Salud en España durante el período 2000-2009: aproximación a través del análisis de la prensa. *Medicina Clínica*, 138(14), 622-626. doi: 10.1016/j.medcli.2011.03.011
- Robinson, A., Coutinho, A., Bryden, A., & McKee, M. (2013). Analysis of health stories in daily newspapers in the UK. *Public Health*, 127(1), 39-45. doi: 10.1016/j.puhe.2012.10.001
- Schäfer, M. S. (2010). Taking stock: A meta-analysis of studies on the media's coverage of science. *Public Understanding of Science*, 21(6), 650-63. doi: 10.1177/0963662510387559
- Schwitzer, G. (2008). How do US journalists cover treatments, tests, products, and procedures? An evaluation of 500 stories. *PLoS Medicine*, 5(5), 700-704. doi: 10.1371/journal.pmed.0050095
- Schwitzer, G. (2012). Is all published health care news actually newsworthy? En V. de Semir & G. Revuelta (Eds.), *El periodismo biomédico en la era 2.0* (Cuadernos Fundación Dr. Antonio Esteve No 25. pp. 19-23). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/278645/366391>
- Schwitzer, G. (2015). Trying to Drink from a Fire Hose: Too Much of the Wrong Kind of Health Care News. *Trends in Pharmacological Sciences*, 36(10), 623-627. doi: 10.1016/j.tips.2015.08.005
- Song, H., Omori, K., Kim, J., Tenzek, K. E., Hawkins, J. M., Lin, W.-Y. Kim, Y.C., Jung, J. Y. (2016). Trusting social media as a source of Health information: Online surveys comparing the United States, Korea, and Hong Kong. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e25. doi: 10.2196/jmir.4193 <http://www.jmir.org/2016/3/e25>
- The George Institute. (2017). The George Institute for Global Health. [https://www.georgeinstitute.org.in/media\\_doctor\\_toolkit](https://www.georgeinstitute.org.in/media_doctor_toolkit)
- The Medien-Doktor Project. (2017). Medien-Doktor.de. <http://www.medien-doktor.de/english/>
- Vallano Ferraz, A., Llop Rius, R., Ferrer Bosch, M., & Carreras Danés, I. (2005). Noticias sobre medicamentos en los suplementos de salud de la prensa española. *Medicina Clínica*, 124(19), 754-759. doi: 10.1157/13075448
- Wilson, A. J., Bonevski, B., Jones, A., & Henry, D. (2009). Media reporting of health interventions: Signs of improvement, but major problems persist. *PLoS ONE*, 4(3), 1-5. doi: 10.1371/journal.pone.0004831
- Zeraatkar, D., Obeda, M., Ginsberg, J. S., & Hirsh, J. (2017). The development and validation of an instrument to measure the quality of health research reports in the lay media. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10. doi: 10.1186/s12889-017-4259-y

## Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica

### Nursing staff communication with psychiatric pathology patient

Zaraida Aviles Saez<sup>a</sup>, Rosalía Cara Rodríguez<sup>a</sup>, Luisa María López Trinidad<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España

Revisiones

#### Resumen

La comunicación con las personas diagnosticadas de patologías mentales es un punto fundamental para ayudar a conseguir su reinserción social. Enfermería es la figura que mantiene un contacto más estrecho con estos pacientes cuando se encuentran ingresados en centros sanitarios. El diálogo con estos pacientes es sumamente complejo, lo que hace necesario realizar investigaciones y formación que aborden la mejor forma de relacionarnos con ellos. Este estudio tiene por objetivo demostrar la importancia que tiene la comunicación con el paciente psiquiátrico respecto a la relación con el personal de Enfermería y su evolución. Los resultados muestran que los profesionales y estudiantes de Enfermería necesitan formación específica para saber cómo enfrentar un diálogo con personas con enfermedades mentales. La escucha activa, el idioma, la comunicación no verbal y la cercanía en la relación son claves para una comunicación efectiva.

Palabras clave: Comunicación; enfermedad mental; Enfermería; relación.

#### Abstract

Communication with people diagnosed with mental pathologies is a fundamental point to help achieve their social reintegration. Nursing is the figure that maintains a closer contact with these patients when they are admitted to health centers. The dialogue with these patients is extremely complex, which makes it necessary to conduct research and training that addresses the best way to relate to them. The purpose of this study is to demonstrate the importance of communication with the psychiatric patient regarding the relationship with the nursing staff and their evolution. The results show that nursing professionals and students need specific training to know how to face a dialogue with people with mental illness. Active listening, language, non-verbal communication and closeness in the relationship are key to effective communication.

Keywords: Communication; mental illness; nursing; relationship.

**CONTACTO:** Zaraida Aviles Saez  [zaray935@gmail.com](mailto:zaray935@gmail.com)

## Introducción

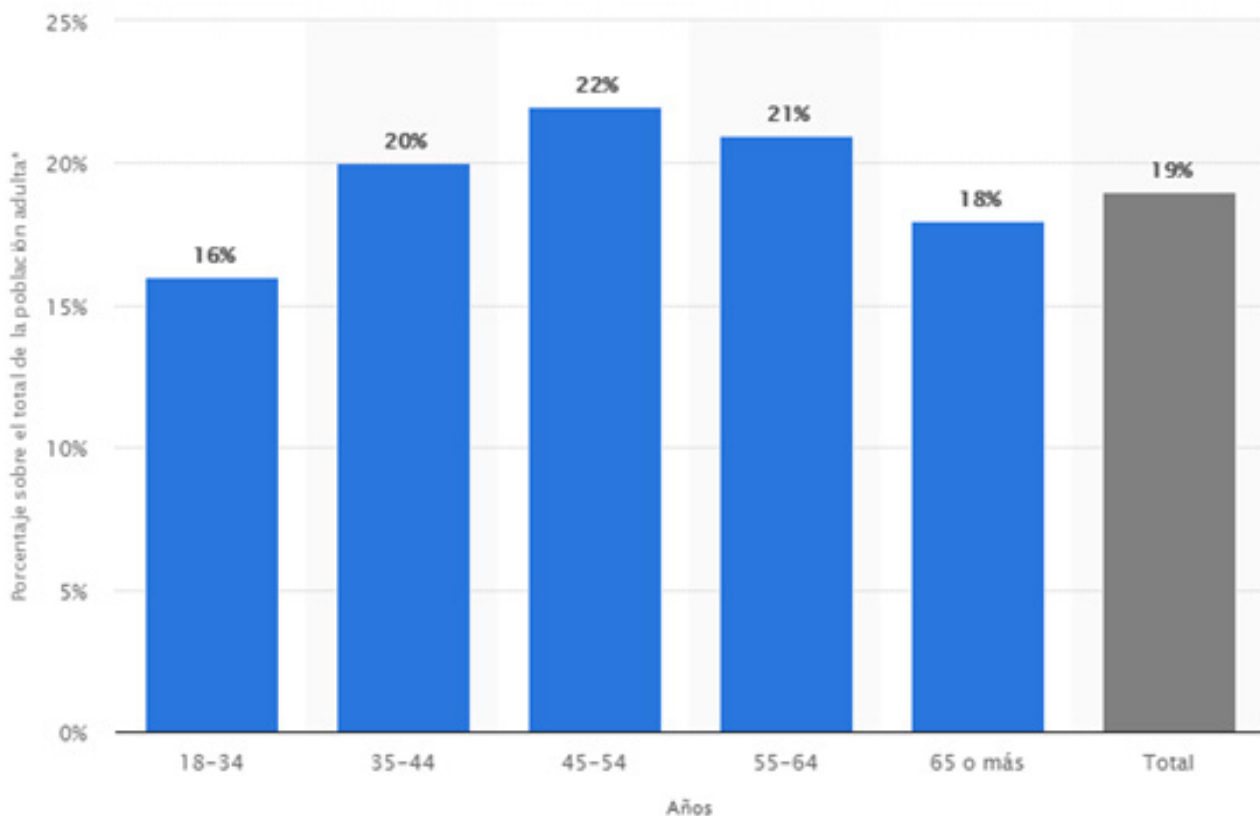
El estigma que hay detrás de las enfermedades mentales es insalvable, incluso en nuestros días. Tan importante es ofrecer una atención sanitaria que cubra las necesidades fisiológicas, como proporcionar una cuidada escucha activa y apoyo psicológico. La comunicación con las personas diagnosticadas de patologías mentales es un punto fundamental para ayudar a conseguir su reinserción social, ya que los tratamientos farmacológicos carecen de sentido por sí solos si no se completan con un cuidado integral en todas las esferas del ser humano: biológica, psíquica y social, o dicho de otro modo, Enfermería Holística. Y es que, como indica la Profesora Mejía Lopera en su artículo de 2006, es nuestra profesión la que mantiene un contacto más estrecho con estos pacientes cuando se encuentran en centros especializados (véase unidades de hospitalización, centros de día, hospitales psiquiátricos, etc).

La ciencia enfermera parte de una serie de modelos y teorías imprescindibles para ofrecer unos cuidados de calidad, con un procedimiento estandarizado para valorar el estado de salud de cada persona, las áreas que requieren atención específica, y la evaluación de la efectividad que tienen las medidas implementadas en cada caso. La revisión bibliográfica realizada en 2012 por Alférez Maldonado, muestra la necesidad en este trance de elaborar un proceso comunicativo eficiente, en aras de conseguir una relación de confianza con estos pacientes que permi-

ta que la figura enfermera sea un punto de referencia con el que contar cuando la persona sienta la necesidad. De este modo, se facilita el proceso de cuidado y la relación enfermera-paciente se fortalece.

Aunque pueda parecer aparentemente sencillo, el diálogo con personas diagnosticadas de depresión o esquizofrenia es sumamente complejo, ya que existe una asimetría entre él y su interlocutor (Arnaiz Muñoz & Uriarte Uriarte, 2006). Todos los motivos indicados anteriormente hacen esencial realizar investigaciones y formación que aborden la mejor forma de relacionarnos cuando nos encontramos frente a pacientes que ven el mundo desde una lupa desconocida para nosotros, ya que de ello dependerá, en parte, su posterior recuperación. En patologías graves como la esquizofrenia, existe un déficit en la habilidad para detectar y corregir los errores de formulación lingüística, que puede contribuir a un pobre funcionamiento cognitivo y social (Hernández, 2008).

Otra circunstancia que no debemos pasar por alto a la hora de valorar la importancia del tema que estamos tratando, son los datos epidemiológicos. Según las informaciones del presente año del portal Statista para datos, investigaciones y estudios de mercado, el 2017 se cerró con un 19% de la población española diagnosticada de algún tipo de enfermedad mental. Su incidencia es mayor en el rango de edad de entre los 55 y los 64 años, especialmente entre el sector femenino. Durante el pasado año, el porcentaje de hombres afectados fue del 36%, como indican los datos estadísticos de este mismo portal.



**Gráfico 1** Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2017, por grupos de edad. Fuente: Statista.

Según la Dra. en Psiquiatría Pilar Mallada, en su artículo de 2016 titulado Epidemiología y salud mental, en los últimos años ha tenido lugar un aumento de patologías mentales en nuestra sociedad. Si tenemos en cuenta la distinción entre trastornos mentales comunes (relacionados con el estado de ánimo: depresión, ansiedad, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, etc) y trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar, principalmente), los primeros presentan una incidencia mucho mayor en nuestra población, ya que casi la mitad de españoles han padecido ansiedad o la sufrirán en algún momento de su vida.

Además, el 10% de las personas con discapacidad lo son a causa de una enfermedad mental (Base de datos estatal de personas con discapacidad, 2000; FEAFES, 2008). La depresión es una de las principales causas de discapacidad en nuestros días, siendo la cuarta causa de morbilidad y la segunda en 2020, como alertó la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2007.

En cuanto a los trastornos graves, a pesar de su menor frecuencia, son altamente incapacitantes y suponen una importante carga para los cuidadores formales e informales (familias). Por ejemplo, el paciente esquizofrénico requiere una media de seis horas diarias para su cuidado, como muestran los resultados del estudio descriptivo llevado a cabo en 2013 por Ayako, De Carvalho y Galán. De hecho, esta patología presenta una frecuencia ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes, como indica la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, publicada en 2009 por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En 2016, De Pedro, Ruiz, Roca y Noguera lanzaron un estudio en el que mostraba importantes datos acerca de la vigilancia epidemiológica y la prevención de estas enfermedades. En él mostraban, entre otros interesantes datos, que el trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, seguido de la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque et al., 2006). Se resalta la importancia de la asociación entre distintas categorías (por ejemplo, trastornos de la alimentación con depresión), así como con enfermedades no psiquiátricas (Gili, Comas, García-García, Monzón, Antoni & Roca, 2010) y el impacto en discapacidad y calidad de vida como consecuencias más importantes.

Por tanto, como indica Mallada en el artículo anteriormente citado, resulta primordial proporcionar una atención basada en las mejores evidencias científicas, y mediante una atención personalizada y coordinada entre enfermos, profesionales de la salud mental y familiares, así como el intento de la promoción de la salud y la pre-

vención de la enfermedad en aquellos momentos de mayor riesgo de enfermar para el individuo.

El objetivo general que persigue este trabajo consiste en conocer herramientas y habilidades de Enfermería para mejorar la comunicación con el paciente psiquiátrico.

En cuanto a los objetivos específicos, tenemos:

- Conocer las principales características que deben tenerse en cuenta en la comunicación con estos pacientes.
- Resumir las principales aportaciones que existen sobre el tema de estudio, procedentes de estudios originales y revisiones.
- Aumentar el marco de conocimientos generales sobre la comunicación de Enfermería con el paciente psiquiátrico.

## Método

Para cumplir con dicho objetivo, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a estudio en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, además de en fuentes secundarias. La misma se inició en Abril de 2017 y se prolongó durante el tiempo que requirió la investigación.

En concreto, las fuentes consultadas fueron: PubMed®, Cochrane Library Plus®, SciELO®, Cuiden®, LILACS® y Cuidatge®, así como la biblioteca virtual de la Universidad de Almería "Almirez". El uso de la fuente secundaria Scholar Google® nos ha servido como herramienta para localizar adicionalmente otros artículos y noticias relativos al tema que también han sido de utilidad. También se hizo uso de la base de datos de Tesis Doctorales Teseo.

Se emplearon los siguientes descriptores, en español: comunicación salud mental, comunicación mental, comunicación psiquiátrico, comunicación psiquiátrico Enfermería, comunicación psiquiátrico personal sanitario, comunicación psiquiátrico sanitario. Y en inglés: communication AND nursing AND psychiatric, communication AND nurse AND psychiatric, communication AND nursing AND mental, communication AND nurse AND mental.

Los criterios de inclusión contemplaban que los estudios fueran posteriores al año 2000 y que estuvieran relacionados con la temática, siendo excluidos aquellos que no estaban disponibles a tamaño completo y que estaban redactados en idiomas distintos al español o inglés.

## Resultados y Discusión

En total se han localizado 64 estudios, de los cuales se han seleccionado como válidos 11 por su grado de pertinencia y adecuación con el tema que nos ocupa, siendo posteriormente descartados algunos tras su lectura exhaustiva, y seleccionados otros que fueron localizados por los diferentes medios descritos.



Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard y Suresky (2012) realizaron una investigación con estudiantes de Enfermería en el que se empleaba la simulación de pacientes humanos para reproducir casos clínicos psiquiátricos como un método de enseñanza de cara a su futuro laboral. Los autores resaltaban la carencia cada vez mayor de una comunicación efectiva, especialmente en el caso de pacientes críticos, estancias cortas y múltiples traslados o cambios de unidad (Anthony & Preuss, 2002). Concluyen que es labor de los profesionales de Enfermería y, en particular, de los educadores, asegurarnos de que los estudiantes cuentan con la formación necesaria para desarrollar habilidades comunicativas efectivas.

La relación con pacientes psiquiátricos, que puede incluir personas con tendencias suicidas, patologías maníacas, delirantes o conductas agresivas, suele generar en los enfermeros y enfermeras niveles altos de ansiedad. Es preciso que el profesional se conozca a sí mismo perfectamente para que sea capaz de hacer frente a posibles situaciones complicadas haciendo uso de sus habilidades interpersonales, ya que el miedo y la ansiedad obstaculizan el desarrollo de una relación terapéutica (Tully, 2004).

Hay estudios que proponen realizar algún tipo de formación comunicativa como un medio para facilitar la relación enfermera-paciente. Por ejemplo, el Profesor Burnard, en su estudio de 2003, habla de la comunicación fática como una técnica útil con estos pacientes, entendida esta como el conjunto de estrategias que rodean una conversación acerca de una idea o un conjunto de ideas; se centra en el canal de comunicación y pretende iniciar, prolongar, interrumpir o finalizar una conversación. También se emplea para comprobar si existe algún tipo de contacto.

En el año 2013, Ennis, Happell, Broadbent y Reid-Searl, llevaron a cabo una investigación cualitativa entre profesionales de Enfermería que trabajaban en unidades de salud mental con la que pretendía conocer su percepción de la importancia que tiene en este ámbito concreto. Todos coincidieron en señalar cuatro factores que determinan la eficacia de la comunicación con el paciente psiquiátrico: escucha activa, idioma (en caso de que la enfermera no conozca la lengua del sujeto), comunicación no verbal y cercanía en la relación. Desarrollar estos aspectos permite que se produzca una comunicación efectiva, la cual permite que aumente la satisfacción del profesional y el paciente evolucione favorablemente en términos psicológicos.

De Castro y da Silva también encontraron en su estudio descriptivo de 2001 que la comunicación no verbal

es un valor que influye en la asistencia al paciente psiquiátrico y en la humanización de la misma. Descubrieron que las principales limitaciones se encuentran en la demostración de sentimientos, especialmente codificada, como interés, atención, quietud/relajación, tensión/miedo, indiferencia, ansiedad e irritación. Es importante el hallazgo de que existen ocasiones en las que lo no verbal contradice lo verbal, ya que el envío de mensajes contradictorios puede provocar una comprensión distorsionada o incorrecta.

Esta importancia se extiende a todos los ámbitos sanitarios, incluido el de las emergencias. Paes y Alves realizaron en 2013 un estudio cualitativo en el que, de nuevo, resalta la relevancia del proceso comunicativo como una forma de cuidado, a la par que lo hacen las dificultades y barreras entre el personal de Enfermería y el paciente, debido principalmente a la falta de competencia en este ámbito.

Quizá uno de los estudios más interesantes sea la revisión bibliográfica llevada a cabo por López en 2014 que si bien aborda principalmente la esquizofrenia, ofrece información interesante relacionada con otras patologías mentales. Entre ella, destacan los datos que ponen de manifiesto la evidente dificultad para proporcionar información, ya que los pacientes con enfermedades mentales ofrecen unas descripciones inadecuadas a las necesidades del oyente como consecuencia sobre todo, del uso excesivo de monólogos y de su discurso pobre. Presentan dificultades manifiestas a la hora de centrar la atención y considerar el contexto cuando los profesionales emplean estructuras gramaticales complejas. Esto hace necesario emplear un vocabulario con pocos elementos verbales. Del mismo modo, no suelen ser capaces de seguir órdenes verbales, expresar sentimientos o deseos o pedir aclaraciones en el contexto de una conversación. En resumen, conservan las funciones lingüísticas intactas pero son incapaces de comunicarse bien al no adaptarse al contexto ni al receptor. Todo ello contribuye a disminuir drásticamente su calidad de vida.

Por otra parte, no suelen hablar sobre sus síntomas y sentimientos con respecto a la enfermedad, aunque esto no siempre se cumple con el personal de Enfermería, y es ahí donde debemos ofrecer la oportunidad para que ellos manifiesten abiertamente sus sentimientos en relación con los síntomas, para que podamos darles la información y el asesoramiento adecuados que aumenten el cumplimiento del tratamiento y la satisfacción personal, así como una disminución de la carga emocional. Resulta sorprendente encontrar que los profesionales de Enfermería manifiestan una dificultad importante para respon-

der a las preguntas de los pacientes, lo cual hace que exista un distanciamiento entre ambas figuras y suponga un claro obstáculo comunicativo (McCabe, Skelton, Heath, Burns & Priebe, 2002).

## Conclusiones

Con esta revisión podemos determinar, en primer lugar, que existe una falta de preparación para detectar la importancia que tiene la comunicación (no sólo verbal) y ponerla en práctica de forma eficaz en el proceso terapéutico de las personas afectadas de enfermedades mentales. Se precisa formación específica en esta área para salvar esas importantes carencias, de modo que la enfermera sea capaz de adaptarse a diferentes contextos, más allá de su labor habitual. El profesional de Enfermería debe ser competente a la hora de comunicarse, ya que esto influye en todo el proceso de cuidado, haciendo que sea más consciente, verdadero, transformador, humanizado y constructivo. En definitiva, es preciso que se promuevan programas de educación continuada en este sentido, ya que la comunicación influye de un modo indudable en el cuidado de pacientes con enfermedades mentales.

El rol de Enfermería resulta imprescindible para estos pacientes e incluso para sus familias, con lo que no estaría de más ampliar hasta ellos la colaboración comunicativa. Estos pacientes necesitan que se les apoye cuando toman decisiones, que se les escuche de forma activa y que nos comuniquemos con ellos de manera sincera y respetuosa, no sólo a nivel personal, sino para agilizar y facilitar su reinserción social, y todo esto sólo es posible mediante un diálogo y comunicación que aborden sus necesidades y tengan en consideración las características particulares de la enfermedad mental.

## Referencias Bibliográfica

- Alfárez Maldonado, A. D. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Comun Salud*, 3(2), 147-157.
- Anthony, M. K., & Preuss, G. (2002). Models of care: The influence of nurse communication on patient safety. *Nursing Economics*, 20(5), 209.
- Arnaiz Muñoz, A. & Uriarte Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 5.
- Ayako Mukai, H., De Carvalho Jericó, M., & Galán Perroca, M. (2013). Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21(1), 340-347. doi: 10.1590/S0104-11692013000100008
- Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (2000). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Burnard, P. (2003). Ordinary chat and therapeutic conversation: phatic communication and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 678-682. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2003.00639.x
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008). Guía de Estilo 'Salud Mental y Medios de Comunicación'. 2ª ed.
- De Castro, R. B., & da Silva, M. J. (2001). Non-verbal communication in nurse-user interactions in mental health care. *Rev Lat Am Enfermagem*, 9(1), 80.
- De Pedro Cuesta, J., Ruiz, J. S., Roca, M., & Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiqu Biol*, 23(2), 67-73. DOI: 10.1016/j.psiq.2016.03.001
- Ennis, G., Happell, B., Broadbent, M., & Reid-Searl, K. (2013). The importance of communication for clinical leaders in mental health nursing: The perspective of nurses working in mental health. *Issues Ment Health Nurs*, 34(11), 814-819. doi: 10.3109/01612840.2013.829539
- Gili, M., Comas, A., García-García, M., Monzón, S., Antoni, S. B., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(3), 240-245. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.01.013
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*, 126(12), 445-451. DOI: 10.1157/13086324
- Hernández Jaramillo, J. (2008). Desorden del pensamiento: una visión desde el lenguaje. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4), 353-362.
- Kameg, K., Mitchell, A. M., Clochesy, J., Howard, V. M., & Suresky, J. (2009). Communication and human patient simulation in psychiatric nursing. *Issues Ment Health Nurs*, 30(8), 503-508. doi:10.1080/01612840802601366
- López Padilla, B. (2014). El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia. *Rev Esp Comun Salud*, 5(2), 112-124.

Mallada Porta, P. *Epidemiología y salud mental* (2016). Consulta de Psiquiatras en Barcelona. Centro Neurociencias Dra. Pilar Mallada. Psiquiatría, Psicología y Neuropsicología.

McCabe, R., Skelton, J., Heath, C., Burns, T., & Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study Commentary: Understanding conversation. *BMJ*, 325(7373), 1148-1151.

Mejía Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm*, 15(54), 48-52.

Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud (2007). In el 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo.

Paes, M. R., & Alves Maftum, M. (2013). Comunicación entre el equipo de enfermería y pacientes con trastorno mental en un servicio de emergencia. *Cienc Cuid Saude*, 12(1), 55-62.

Statista. Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2017, por géneros y grupos de edad. 2018.

Statista. Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2017, por grupos de edad. 2018.

Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(1), 43-47.

## Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica

### Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review

Rosalía Cara Rodríguez<sup>a</sup>, Zaraida Aviles Saez<sup>a</sup>, Luisa María López Trinidad<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España

#### Resumen

**Introducción:** Las mujeres con cualquier tipo de cáncer ginecológico necesitan conocer toda la información acerca de su enfermedad, por lo que un buen abordaje de la información por el personal de Enfermería, es fundamental para realizar un abordaje completo a dichas pacientes. Como objetivos se delimitaron: conocer las necesidades de escucha activa entre los profesionales de Enfermería, describir la necesidad de comunicación en las mujeres con cáncer ginecológico en fases de diagnóstico y tratamiento, y, determinar recomendaciones primordiales para una comunicación y escucha activa ante el paciente oncológico. **Método:** Revisión bibliográfica sobre la comunicación y escucha activa enfermera en pacientes con cáncer ginecológico. **Resultados y discusión:** En la mayoría de los estudios revisados se afirma la necesidad de formación en comunicación del profesional de Enfermería, para crear una relación terapéutica adecuada a las necesidades del paciente; las pacientes deberán adquirir información a cerca de su enfermedad para así poder superarla física y mentalmente. **Conclusiones:** Una adecuada información a las pacientes con cáncer ginecológico mejora los resultados psicosociales, disminuyendo síntomas de ansiedad, estrés y depresión.

**Palabras clave:** Cáncer ginecológico; Comunicación; Escucha activa; Enfermería.

#### Abstract

**Introduction:** Women which have any kind of gynecological cancer need to know all the information about their disease, therefore a good approach to the information by the Nursing staff is vital to make a complete approach to these patients. As objectives were delimited: were to know about the active listening in Nursing staff, describe the need of communication in women with gynecological cancer during the diagnostic and treatment phase; determine fundamental recommendations for a good communication and active listening to the oncological patient. **Methods:** We conducted a literature review of communication and active listening by nurses in patients with gynecological cancer. **Findings:** In most of the studies reviewed the training is claims the need to educate Nursing staff in communication skills, to develop a therapeutic relationship which accommodate to patient's needs; patients should receive detailed information about their disease to overcome it physically and mentally. **Conclusions:** An information to women with gynecological cancer improves the psychosocial results decreasing their anxiety, stress and depression symptoms.

**Keywords:** Gynecological cancer; Communication; Active listening; Nursing.

## Introducción

La comunicación es un requisito fundamental en cualquier ámbito de nuestra vida, debido a la necesidad que tiene el ser humano de expresar sus sentimientos, pensamientos, formas de ver y entender la vida. Cuando la comunicación es deficiente, o en otro caso, insuficiente, se producen una serie de conflictos interpersonales. En la sanidad, la comunicación es una necesidad primaria, ya que, gracias a ella, los profesionales sanitarios pueden realizar su práctica diaria (Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares & Satorres, 2014).

La relación del médico-enfermero con el paciente y familia a la hora de la interlocución del proceso de salud-enfermedad, hace que el profesional sanitario obtenga una serie de habilidades de comunicación, escucha activa y comunicación interpersonal. Es por ello, que los profesionales de Enfermería, debido a que pasan más tiempo con el paciente y su familia, establecen un contacto más cercano (Maldonado, 2012).

Por escucha activa, se entiende, a atender más allá del mensaje que el paciente nos retransmite, es decir, fijarnos en el cómo se dice, en el lenguaje no verbal, en los ele-

mentos paraverbales y hacerle sentir al paciente que lo escuchamos (Hsu, Phillips, Sherman, Hawkes & Cherkin, 2008). Escuchar requiere de concentración y esfuerzo, ya que, de esta manera, se incrementa la capacidad de empatizar con otra persona (Sanz, Luna, Coteria & Comunicación, 2011). El componente principal de la escucha activa es el silencio, gracias a el mantenemos una postura atenta y relajada, con una mirada hacia el paciente sinónimo de “estar ahí” (San Martín, 2008) (Figura 1).

Es por ello, la necesidad e importancia de incluir en los planes de cuidados enfermeros actividades enfocadas a la comunicación y escucha activa al paciente (Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares & Satorres, 2014).

Actualmente, en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), existen numerosas actividades enfocadas a la comunicación y relación enfermera-paciente, como son: escucha activa (4920), potenciación de la socialización (5100), apoyo a la familia (7140), apoyo en la toma de decisiones (5250), elaboración de relaciones complejas (5000), terapia familiar (7150), entre otros (Bulechek, 2009).

Entre los numerosos campos sanitarios en los que Enfermería realiza su práctica habitual, se encuentran



**Figura 1.** Ítems necesarios para practicar una escucha activa eficaz y adecuada. Fuente: Elaboración propia.

las personas diagnosticadas de cáncer ginecológico (cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de endometrio...) Este tipo de cáncer, actualmente, supone un grave problema de salud pública a pesar de las numerosas investigaciones y avances científicos (Oncoguía S.E.G.O., 2010).

El cáncer de mama se sitúa en el número uno de cánceres ginecológicos, seguido del cáncer de útero, cérvix y ovario. En España, se diagnostican anualmente 30.000 casos de cáncer de mama, con un aumento de la prevalencia, y a su vez, mueren menos porcentaje de mujeres. Se estima que el riesgo de padecer el cáncer de mama es, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres (SEOM, 2016).

Las mujeres que experimentan cualquier tipo de cáncer ginecológico, manifiestan cambios relacionados en su cuerpo y que afectan directamente a la persona, especialmente en su vida diaria, en las relaciones laborales, familiares... Todo esto provoca un elevado estrés físico-mental para las pacientes, manifestándose en forma de ansiedad y depresión, ya que las pacientes deben de estar preparadas para superar este trance mentalmente (Céspedes & Aparicio, 2017). Principalmente, este estrés y ansiedad está relacionado con la agresividad del tratamiento, el diagnóstico, la idea de la posible muerte, el deterioro físico-mental posterior al tratamiento, etc (Lefkowitz & Solomon, 2016).

Por todo ello, los cuidados de Enfermería ante una paciente con cáncer ginecológico deberán ir encaminados, no solo a administrar tratamientos antineoplásicos, sino ir más allá, realizando una comunicación y escucha activa efectiva, ofreciéndole información sobre su autocuidado, resolviendo cualquier duda sobre la enfermedad y/o tratamiento y ofreciendo un apoyo emocional tanto a la paciente como a los familiares (Aldana, 2013). Para establecer así una relación terapéutica eficaz, basada en la preparación y conocimiento de habilidades para alcanzar el bienestar completo de la paciente con cáncer (Ramírez & Muggenburg, 2015).

El objetivo de los cuidados de Enfermería en la comunicación y escucha activa, es, ayudar al paciente y a su familia a prevenir o actuar frente a la enfermedad, por lo que, el personal de Enfermería, deberá comunicarse adecuadamente y entablar una relación correcta dentro del contexto sanitario, consiguiendo así satisfacción y éxito profesional y personal, debido a un buen abordaje

de la paciente (Van-der, Quiles & Quiles, 2006). Está demostrado que crear una buena relación entre el personal sanitario y el paciente garantiza la adopción de estrategias y medidas preventivas por parte del paciente a la hora de cuidar su salud (Vidal, Adamuz & Feliu, 2009). Los profesionales de Enfermería se encuentran en una posición privilegiada para realizar una comunicación de alta calidad, dado el tipo de relaciones y el carácter de los cuidados que ofertan a los pacientes (González, 2014).

La mujer con un tipo de cáncer ginecológico desea conocer y saber a cerca de su enfermedad para poder tener un control sobre su vida, resolver conflictos, reflexionar, acabar proyectos e incluso despedirse en algunos casos, es por esto, por lo que un correcto manejo de la información por parte del personal de Enfermería, habilidades y destrezas en comunicación, son fundamentales para ganar la confianza de la paciente, tomando decisiones de forma conjunta, apropiadas y correctas en cada momento (Mallinger, Griggs & Shields, 2005). El proceso de comunicación entre la paciente y el personal enfermero será eficaz cuando la mujer consiga una adaptación a la enfermedad y tratamiento, obteniendo así una buena calidad de vida durante y después de la enfermedad (Pontes, Leitao & Ramos, 2008).

Por todo lo expuesto anteriormente, cabe la necesidad de conocer las contribuciones de los distintos estudios durante la última década que han tratado la comunicación y escucha activa de los profesionales enfermeros en las pacientes con cáncer ginecológico, siendo esto, el propósito del presente estudio.

## Objetivos

Los objetivos que se han propuesto para este estudio son:

- Conocer las necesidades de escucha activa entre los profesionales de Enfermería, la paciente y familiares.
- Describir la necesidad de comunicación entre las mujeres con cáncer ginecológico y el personal de enfermería en fases de diagnóstico y tratamiento.
- Determinar recomendaciones primordiales para una comunicación y escucha activa ante la paciente oncológica.

## Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica de los estudios publicados en las principales bases de datos de Ciencias

de la Salud y en fuentes secundarias, sobre la comunicación y la escucha activa en las pacientes que habían tenido un cáncer ginecológico.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre marzo y abril de 2018. Se consultaron las bases de datos PubMed, MedlinePlus y SciELO. La búsqueda se llevó cabo consultando los Descriptores en ciencias

de la salud (DeCS), con las palabras clave “cáncer ginecológico”, “comunicación”, “escucha activa” y “Enfermería”, tanto en español como en inglés, y haciendo uso del operador booleano AND para facilitar dicha tarea.

En la Tabla 1 se muestra el número total de documentos encontrados por base y por descriptores.

**Tabla 1.** Documentos encontrados por base de datos y por descriptores.

Base de datos	Descriptores en español	Artículos localizados	Descriptores en inglés	Artículos localizados
PubMed	Comunicación Y paciente oncológico	0	Communication AND cancer patient	3
	Enfermería Y paciente oncológico	0	Nursing AND cancer patient	2
	Escucha activa Y paciente oncológico	2	Active listening AND cancer patient	3
	Comunicación Y cáncer ginecológico	1	Communication AND gynecological cancer	5
	Necesidad de comunicación Y cáncer ginecológico	0	Need for communication AND gynecological cancer	0
MedlinePlus	Comunicación Y paciente oncológico	2	Communication AND cancer patient	1
	Enfermería Y paciente oncológico	3	Nursing AND cancer patient	4
	Escucha activa Y paciente oncológico	0	Active listening AND cancer patient	6
	Comunicación Y cáncer ginecológico	2	Communication AND gynecological cancer	3
	Necesidad de comunicación Y cáncer ginecológico	2	Need for communication AND gynecological cancer	3
SciELO	Comunicación Y paciente oncológico	1	Communication AND cancer patient	3
	Enfermería Y paciente oncológico	0	Nursing AND cancer patient	5
	Escucha activa Y paciente oncológico	0	Active listening AND cancer patient	1
	Comunicación Y cáncer ginecológico	0	Communication AND gynecological cancer	5
	Necesidad de comunicación Y cáncer ginecológico	1	Need for communication AND gynecological cancer	4

Fuente: Elaboración propia.

Las combinaciones empleadas en español fueron: comunicación Y paciente oncológico, Enfermería Y paciente oncológico, escucha activa Y paciente oncológico, comunicación Y cáncer ginecológico, necesidad de comunicación Y cáncer ginecológico. Y en inglés: communication AND cancer patient, nursing AND cancer patient, active listening AND cancer patient, communication AND gynecological cancer, need for communication AND gynecological cancer.

Como criterios de inclusión se consideraron:

- Artículos relacionados con la temática planteada.
- Publicados a partir del año 2008.

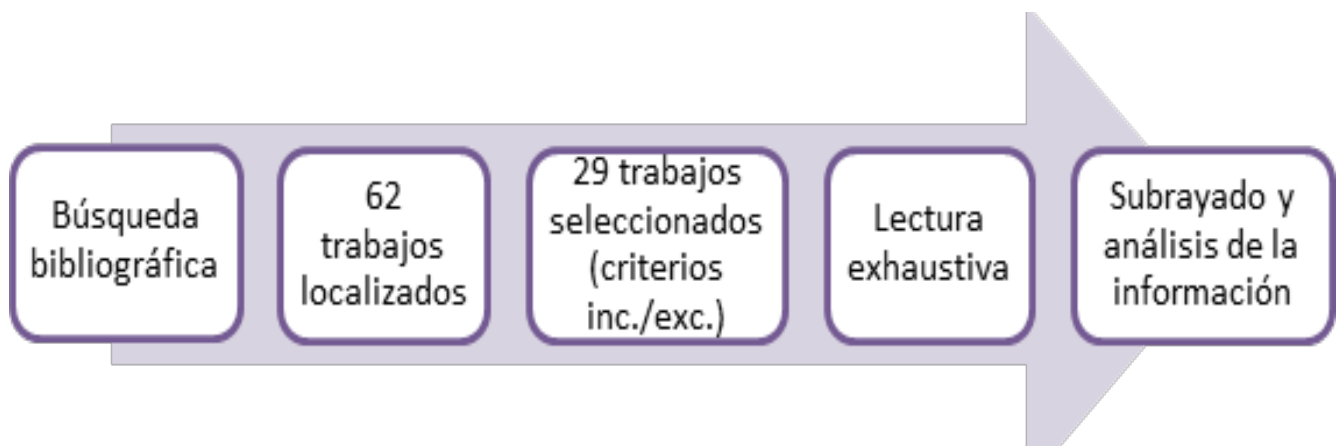
Los criterios de exclusión fueron:

- Investigaciones redactadas en idiomas diferentes al español o al inglés.
- Aquellas que no estaban disponibles a texto completo.

En total se localizaron 62 artículos, de cuales fueron seleccionados 29 por su mayor grado de pertinencia y adecuación con el tema, con los objetivos planteados y por cumplir los criterios de inclusión y exclusión indicados previamente. El resto de estudios fueron descartados por no cumplir dichos requisitos.

No obstante, hubo dos estudios anteriores a la fecha indicada que se incluyeron en esta revisión, debido a que eran especialmente relevantes en relación con el tema tratado. Estos fueron los elaborados por Van-der, Quiles & Quiles (2006) y por Naranjo & Ricaurte (2006).

Se realizó una lectura exhaustiva de los estudios seleccionados para localizar los datos más relevantes de los mismos en relación con el tema a estudio. En la Figura 2 se puede observar el proceso que se siguió con cada artículo.



**Figura 2.** Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos. Fuente: Elaboración propia.



## Resultados y Discusión

Con el fin de facilitar la presentación de los resultados, se va dando respuesta a los objetivos que se plantearon con anterioridad en el estudio en función de la bibliografía encontrada.

### ***La necesidad de escucha activa en los profesionales de Enfermería***

Una escucha activa eficiente es un eslabón fundamental para crear una relación de ayuda con la persona, en este caso con el paciente, ya que dependiendo de la forma en la que establezcamos la comunicación, tendrá un afrontamiento de la enfermedad efectivo o inefectivo (Maldonado, 2012). Según el estudio de Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares & Satorres, (2014) el 75,4% de los pacientes entrevistados conoce el nombre del médico y solo el 37,4% de los pacientes conoce el nombre del enfermero, a pesar de ser el profesional de Enfermería quien pasa más tiempo con el paciente.

El personal de Enfermería intercambia experiencias con los pacientes, propiciándose un ambiente de confianza y tranquilo, que estabiliza su estado emocional, generando así la estancia de la paciente en el hospital más amena. Pero para que el mensaje que transmite Enfermería a la paciente sea entendido de forma correcta, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad (Ramírez & Muggenburg, 2015).

El profesional enfermero reconoce las dificultades de comunicación con los pacientes, especialmente con los familiares, ya que ellos mismos afirman una falta de formación adecuada para resolver los conflictos comunicativos con el paciente-familia en el día a día. Las dificultades que más destacan son: la falta de adiestramiento en materia de comunicación, dificultades del medio y del entorno, el tipo de paciente y las características de la enfermedad (Noreña, Cibanal & Alcaraz, 2016). Palomo & Palomo (2016) en su estudio destacan que el personal enfermero posee unas habilidades comunicativas para que el paciente, se pueda sentir acogido y escuchado por parte de un profesional de la salud.

Las intervenciones de Enfermería van encaminadas a unos cuidados especializados, con especial énfasis en la relación enfermera-paciente, para fortalecer dicha relación es necesario que el personal de Enfermería desarrolle

habilidades relacionadas con la patología del paciente, así estará más actualizada, confeccionando un ambiente de confianza mutua entre el paciente y los profesionales enfermeros. Así mismo, la comunicación con el paciente favorecerá una relación de ayuda con cuidados holísticos a cada uno de sus pacientes (Camarena, Hernández & Dolci, 2016).

El profesional de Enfermería debe adoptar una actitud empática basada en una escucha activa eficaz. Según el estudio publicado por Noreña, Cibanal y Alcaraz, (2010) señala que la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el profesional de Enfermería el principal receptor de confianza, de dudas y preguntas sobre la información que recibe el paciente en su proceso de diagnóstico de la enfermedad, por lo que deben de formarse estos profesionales para adquirir habilidades de escucha activa.

### ***Describir la necesidad de comunicación entre las mujeres con cáncer ginecológico y el personal de enfermería en fases de diagnóstico y tratamiento***

Las pacientes con cáncer ginecológico, al igual que cualquier paciente oncológico, pasa por las fases de: síntomas, diagnóstico, tratamiento y resultados. En dichas pacientes, estas etapas están caracterizadas por dudas e incertidumbres, englobado en ansiedad y miedo. Es por ello, que necesitan un abordaje multidisciplinar, con apoyo de todo el profesional sanitario (Álvarez et al., 2015).

En el estudio de Noreña, Cibanal & Alcaraz, (2010), los profesionales de Enfermería afirman que conocen y aplican diferentes técnicas de comunicación con los pacientes en su práctica diaria, a pesar de que, estas técnicas no han sido aprendidas a través de la Universidad donde estudiaron la carrera, si no, mediante cursos y formación comunicativa, ya que, los planes de estudios no incluyen ninguna asignatura relacionada con la comunicación o no está en los contenidos de los programas de las asignaturas.

La figura del psicólogo esta integrada dentro del equipo multidisciplinar como un miembro más del mismo, con tareas y funciones diferenciadas, con apoyo y coordinación del resto de integrantes. La especialidad que se encarga de la ayuda mental al paciente con un tipo de enfermedad oncológica, es la psicooncología, aunque, en la mayoría de hospitales públicos su acceso es muy complicado ya que el paciente tiene que presentar unas características específicas. Muchas veces, esta función, es delegada al personal de Enfermería, (Rojas et al., 2017), a pesar de que el estudio realizado por Noreña, Cibanal

y Alcaraz, (2010) ha demostrado que la formación de los futuros enfermeros en comunicación es deficiente para llevar a cabo una buena relación entre estos profesionales sanitarios con el paciente y la familia.

Las pacientes que llegan con un cáncer ginecológico con diagnóstico presente o futuro, necesitan del apoyo psicológico del personal sanitario para poder abarcar todas las etapas que tiene una enfermedad: síntomas, proceso de diagnóstico, tratamiento y/o el después de la enfermedad. Es por todo esto, la importancia de que el personal de Enfermería tenga habilidades de comunicación, como afirman Silverman, Kurtz & Draper, (2016) concordando a su vez con Mesas & Álvarez, (2017) que destacan que es el personal de Enfermería el encargado de brindar ese apoyo emocional a estas pacientes, a través de una comunicación verbal, no verbal y una escucha activa efectiva.

Los enfermeros deberán realizar una comunicación eficaz y completa, basada en: respetar los silencios, actitud empática, cercanía, recalcar a la paciente que no está sola en ningún momento de este proceso, dejar hablar a la paciente, ser asertivo, atender a la totalidad del mensaje, fijarse en el lenguaje no verbal... El personal de Enfermería deberá crear un clima de confianza y conducirá la conversación, para ello, es útil resumir, preguntar, usando siempre un lenguaje sencillo y comprensible, minimizando las reacciones negativas de la paciente (Martínez & Ibañez, 2016).

### ***Determinar recomendaciones primordiales para una comunicación y escucha activa ante la paciente oncológica***

Finalmente damos respuesta al tercer objetivo con el estudio de Obregón (2012), el cual afirma que la comunicación terapéutica es el proceso por el cual el profesional de Enfermería establece una relación con el paciente y para que sea efectiva dicha comunicación, es importante tener en cuenta características como: la edad, sexo, nivel cultural, nivel educativo, nivel socioeconómico y religión. El estudio de Domínguez, Expósito, Barranco & Pérez (2007) destaca que a pesar de conocer la importancia de la formación a los profesionales sanitarios sobre habilidades emocionales y de comunicación, en los hospitales españoles existe una gran escasez de actividades de formación, donde los profesionales enfermeros se encuentran ante situaciones relacionadas con las pacientes oncológicas que no saben hacerles frente.

Un buen sistema de comunicación y escucha activa, puede ayudar a mejorar síntomas, como el estado emocional y el dolor, y en general la calidad de vida. La comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, ayuda al paciente a

determinar sus preferencias en los cuidados de salud, es por ello, que se tiene que tener en cuenta las necesidades de las pacientes con relación a la comunicación (Street, Elwyn & Epstein, 2012). Según el estudio de Naranjo & Ricaurte, (2006), estas son algunas propuestas para fortalecer y mejorar la comunicación con los pacientes

- Se debe enseñar en las aulas de formación de futuros enfermeros, no solo conceptos teóricos, si no principios éticos y valores morales, que hagan de Enfermería una profesión humanizada. Por ello, se establecerá una relación enfermera-paciente, cálida y empática, en la que la paciente se sienta prioritario para el personal enfermero.

- Proporcionar apoyo emocional y físico al paciente, brindándole un trato cordial, cercano, creando confianza, tranquilidad, comodidad, dejando a la paciente que exprese en todo momento sus sentimientos y emociones.

- Dejar hablar, posibilitar el diálogo, trabajar con humildad y sencillez, ponerse en el lugar del otro, realizar una escucha activa, respetar los silencios ya que son necesarios, escuchar con las manos y la mirada...

- Y, por último, llamar al paciente por su nombre, respetar su intimidad y su libertad de expresión y decisión.

Dentro del proceso de dar la información al paciente, se debe tener presente algunas consideraciones que son clave para una comunicación eficaz (Valverde, 2015) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Características del proceso de información.

Características del proceso de información
Adecuar el lugar donde se informa
Explorar qué sabe el paciente
Informar con lenguaje claro y de la forma más delicada posible
No usar palabras tóxicas
Favorecer la escucha activa
Dejar que el paciente exprese sus emociones
Valorar que la información ha sido recibida correctamente
Mostrar apoyo leal

Fuente: Elaboración propia.

Enfermería es considerada por los pacientes como la pieza que encaja en su puzzle, ya que, con ellos pueden manifestar sus dudas y temores, además de resolver sus demandas de información. En las guías de práctica clínica en el paciente oncológico, vienen soluciones a los problemas técnicos de Enfermería y Medicina, pero no queda delimitado el ámbito de la psicooncología en Enfermería (Martínez, 2015).

## Conclusiones

El personal de Enfermería, que realiza la práctica diaria con pacientes diagnosticadas de cualquier tipo de cáncer ginecológico, debe establecer una buena relación de comunicación y escucha activa, para así, aliviar los síntomas psicológicos de las pacientes oncológicas. El profesional sanitario establece una relación con la paciente y familia basada en la escucha activa, sensibilidad y comprensión, proporcionando una visión completa de sus necesidades; respetar los silencios y que la paciente vea que tiene apoyo en todo el camino de la enfermedad oncológica mejorará su calidad de vida física y mental.

La necesidad de comunicación radica, en que las pacientes oncológicas, en fases de diagnóstico y tratamiento, tienen necesidades de información, como el conocimiento de esta nueva enfermedad, efectos del tratamiento y solventar las dudas y miedos al respecto. Hay que tener en cuenta, que una adecuada información a las pacientes mejora los resultados psicosociales disminuyendo síntomas de ansiedad, estrés y depresión.

Los profesionales enfermeros reconocen la dificultad que supone la comunicación con los pacientes, y más aún con los familiares, y, la carencia que tienen los profesionales en cuanto a realizar una comunicación y escucha activa eficaz. Es, por tanto, una asignatura pendiente para el profesional de Enfermería, y tiene la obligación de formarse en temas de comunicación con la paciente dentro y fuera del ámbito laboral, para así, realizar un abordaje completo.

Las mujeres diagnosticadas de un tipo de cáncer ginecológico, acuden al profesional sanitario que consideran más cercano, para buscar información, sentirse escuchadas y superar los síntomas psicológicos apropiados de dicha enfermedad. Es por todo lo mencionado anteriormente, la importancia de que el profesional de Enfermería se forme y adquiera habilidades de comunicación, para ayudar a estas mujeres, desbordadas ante una nueva vida a la que se enfrentan. El profesional enfermero, mediante formación, obtendrá una serie de recomendaciones primordiales para un abordaje completo en la comunicación y escucha activa con los pacientes, y en determinadas situaciones a las que se enfrenta ante el paciente oncológico.

Como limitaciones de estudio, se resalta la necesidad de analizar un mayor número de artículos científicos para futuras investigaciones dentro de la comunicación y escucha activa de los profesionales de Enfermería en las pacientes con cáncer ginecológico.

## Referencias Bibliográfica

Aldana, J. (2013). Propuesta de un programa educativo para la relación de ayuda a pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del instituto de oncología y hematología de la universidad central de Venezuela. Trabajo presentado como requisito parcial para optar a al Título de Licenciado en Enfermería, Facultad de Medicina, Caracas, Venezuela.

Álvarez Martínez, M. C., Martínez Rabadán, M., Pina Díaz, L.M., Guillén Pérez, F., Bernal Barquero, M., García Díaz, S., ... Illán Noguera, C.R. (2015). El enfermero como apoyo imprescindible en la relación del paciente oncológico con la enfermedad. *Enfermería docente*, 1(103), 3-4.

Bulechek, G. M. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences.

Camarena, E.R., Hernández, F.T., & Dolci, G. F. (2016). La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Revista conamed*, 16(3).

Céspedes, N., & Aparicio, C. (2017). Depression and quality of life in women with cervical cancer at the Regional Hospital of Encarnación. *Del nacional*, 9(2), 32-45.

Domínguez-Nogueira, C., Expósito-Hernández, J., Barranco-Navarro, J., & Pérez-Vicente, S. (2007). Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(1), 44-49.

González, C. A. (2014). La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 2(2), 82-92.

Hsu, C., Phillips, W. R., Sherman, K. J., Hawkes, R., & Cherkin, D. C. (2008). Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses, and clinical staff. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), 307-314.

Lefkowitz, C., & Solomon, C. (2016). Cuidados Paliativos en Ginecología y Obstetricia. *Obstet Gynecol*, 128, 1403-20.

Mallinger, J. B., Griggs, J. J., & Shields, C. G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient education and counseling*, 57(3), 342-349.

- 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.
- Martínez, M. Á. M., & Ibañez, L. M. (2016). La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente= The skill of communicating: walking toward the patient. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 158-166.
- Mesas, A. I. A., & Álvarez, M. T. G. (2017). Comunicación efectiva entre enfermeros y pacientes oncológicos adultos en el ámbito hospitalario. *ENE, Revista de Enfermería*, 11(2).
- Naranjo, I. C., & Ricaurte, G. P. (2006). Communication with patients. *Investigación y educación en enfermería*, 24(1), 94-98.
- Noreña, A. P., Cibanal L. J., & Alcaraz, N. M. (2016). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud=The communicative interaction in healthcare. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 113-129.
- Obregón, R. (2012). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Folios*, (23), 13.
- Oncoguía, S. E. G. O. (2010). *Guías de práctica clínica en cancer ginecológico y mamario*. Madrid: Publicaciones SEGO.
- Palomo, Á. D. C., & Palomo, L. D. C. (2016). Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 133-146.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Rev.Bras.Enferm*, 61(3), 312-318.
- Prieto, O. (2016). Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(1).
- Ramírez, P., & Muggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143.
- Rojas, O., et al. (2017). Psicooncología en el hospital general. alcances en depresión y cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 450-459.
- San Martín, C. (2008). Diversidad funcional del silencio en situación comunicativa: emergencia del silencio como marcador reflexivo en los mensajes infantiles. *Anuario de psicología*, 39(2).
- Sanz, J. R., Luna, C. K., Cotera, F. Á. U., & Comunicación, G. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. FMC-Formación Médica Continuada en *Atención Primaria*, 18(7), 401-409.
- SEOM. (Ed.). (2016). Las cifras del cáncer en España. SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). Skills for communicating with patients. CRC Press.
- Street, R. L., Elwyn, G., & Epstein, R. M. (2012). Patient preferences and healthcare outcomes: an ecological perspective. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(2), 167-180.
- Subiela, J. A., Abellón, J., Celdrán, A. I., Manzanares, J. Á., & Satorres, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(34), 276-292.
- Valverde, J. J. I. (2015). Guía clínica de comunicación en oncología. Desclée De Brouwer.
- Van-der, H., C. J., Quiles, M., & Quiles, S. (2006). Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Conselleria de Sanitat.
- Vidal, R.B, Adamuz, J.T, & Feliu, P.B. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, (17), 1-8.

## Conspiración de silencio: ¿ayuda o agonía?

## Conspiracy of silence: aid or agony?

Noelia Manjón Tortolero<sup>a</sup>

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

### Resumen

La conspiración de silencio o pacto de silencio, definida como “el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se da al paciente con el objetivo de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación”, se presenta como posibilidad para aquellas personas que viven un momento de inminente muerte entre uno de sus seres queridos. El paciente enfermo puede ser consciente y aceptar la ocultación con sus plenas facultades, conspiración adaptativa, o ir en contra de su voluntad, conspiración desadaptativa. Es este último caso el que suscita gran conmoción y diversidad de opiniones en cuanto a la moralidad y la legitimidad de llevar a cabo la conspiración. El texto pretende poner de manifiesto la realidad que se esconde detrás de la conspiración de silencio desadaptativa, con el objetivo de explicar las nefastas consecuencias que este pacto provoca en los tres estadios del triángulo afectado: paciente, familiares y/o amigos, y equipo médico. Con efectos como la ansiedad, el temor, la incertidumbre, la desconfianza y el aislamiento, la conspiración de silencio tiende a suponer más una agonía que una ayuda a la hora de enfrentar una situación de enfermedad terminal.

Palabras clave: conspiración de silencio; muerte; paciente; enfermedad; familiares; equipo médico; terminal; agonía.

### Abstract

The conspiracy of silence or pact of silence, defined as “the implicit or explicit agreement by part of relatives, friends and/or medical team, of altering the information given to the patient in order to hide the diagnosis and/or prognosis and/or seriousness of the situation”, is presented as a possibility for those people who live a moment of imminent death among one of their beloved ones. The ill patient can be conscious and accept concealment with his/her full powers, adaptive conspiracy, or, on the contrary, the conspiracy of silence can go against his/her will, maladaptive conspiracy. This last case is the one which arouses great commotion and diversity of opinions regarding morality and legitimacy of carrying out maladaptive conspiracy. The text aims to reveal the reality behind the conspiracy of silence, with the target of explaining the drawbacks that this pact causes in the three stages of the affected triangle: patient, family members and/or friends, and medical team. With effects such as anxiety, fear, uncertainty, mistrust and isolation, the conspiracy of silence tends to suppose more an agony than an aid when facing a situation of terminal illness.

Keywords: conspiracy of silence; death; patient; disease; relatives; medical team; terminal; agony.

**CONTACTO:** Noelia Manjón Tortolero  [noeliamanjonortolero@gmail.com](mailto:noeliamanjonortolero@gmail.com)

Fecha de envío: : 05/07/2018  
Fecha de aceptación: 25/07/2018

## Introducción

En la actualidad, la concepción de la muerte se presenta ante la sociedad como un hecho trágico que conlleva un alto grado de sufrimiento tanto para la persona implicada como para sus seres queridos. Todo el mundo sabe que la muerte será el ineludible final de su vida, pero buscan aplazar ese momento lo máximo posible. El desarrollo científico mundial y el conocimiento avanzado en biomedicina y tecnología, entre otras ciencias, ha hecho posible que a menudo la muerte llegue a retrasarse con métodos de diagnóstico y tratamientos muy eficaces. Sin embargo, enfrentarse a una enfermedad terminal que supondrá el final en la vida de una persona de manera inevitable provoca una situación de extrema ansiedad y depresión en la mayoría de personas que lo sufren.

La trágica noticia de pronóstico de enfermedad terminal en una persona cercana a la familia o de ella misma equivale a un acontecimiento vital estresante que acaba por arruinar sueños y esperanzas y cambiar por completo el estilo de vida de las personas que rodean al enfermo y al mismo en cuestión. El paciente terminal se convierte en una persona frágil y sensible que precisa de un tratamiento especial, tanto médico como familiar. Este “privilegiado” trato ocasiona que en determinados casos se opte por el ocultamiento de la verdad o parte de esta con el fin de evitar angustia y estrés al enfermo. No obstante, existen otros criterios que se contraponen, pues entienden esta privación de la verdad como nociva y que atenta contra la autonomía del paciente. Es entonces cuando emerge la duda entre los familiares y el personal sanitario, ¿es mejor ocultarle la verdad de su diagnóstico y/o pronóstico para evitar el sufrimiento del paciente, o esto atentaría contra su voluntad y le sumiría en una mentira amoral?

### Caso práctico

-9 de febrero de 2018, 10:00 a.m., Hospital oncológico.

La paciente de 52 años, Susana, presenta un diagnóstico de cáncer de vejiga de dos años y medio de evolución en estado terminal con afectación metastásica. El equipo médico ha informado a los familiares del mal pronóstico de la enfermedad y le han estimado tres meses de vida. Ella no sabe esto, al menos no de manera oficial.

En la habitación, Susana se encuentra rodeada de su marido y sus dos hijos, de 15 y 17 años, y comenta a su médico que se siente muy cansada. El mayor de sus hijos responde: “no te preocupes mamá, es por el nuevo

medicamento, dentro de unos días te encontrarás mejor”, pero Susana no se queda tranquila con lo que sus familiares le transmiten. Ella siente que algo no va bien y las sospechas le atormentan constantemente.

Los familiares creen que conocer la verdad sobre su situación terminaría por hundirla por completo y quieren que disfrute de los últimos días de vida. De tal manera, la nueva sintomatología y los cambios de medicación son justificados con diversas evasivas que esconden la verdad e intentan hacer creer a la paciente que “todo está bien”. Sin embargo, Susana conoce muy bien a sus familiares y puede intuir en sus miradas y acciones que algo importante le ocultan.

Ante la falta de información sobre su situación, junto a la suma de síntomas cada vez más agudos que siente, durante una de las visitas del personal de enfermería que asiste sus cuidados, Susana pregunta desesperada a una de las enfermeras: Por favor, señorita, dígame la verdad, ¿cuánto tiempo me queda?

### La difícil decisión: Conspiración de silencio

#### Definición

Según Barbero<sup>1</sup> (2006), “La conspiración o pacto de silencio constituye un acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se da al paciente con el objetivo de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación”. Existen dos tipos de pactos de silencio de acuerdo al alcance de ocultación de la realidad, “cuando el paciente conoce sólo el diagnóstico, pero no el pronóstico, se trata de una ocultación de información parcial; cuando no conoce ni el diagnóstico ni el pronóstico, hablaríamos de una ocultación total” (De Gracia & Ochoa, 2017).

Además, también hay diferencias en cuestión a la voluntad de conocimiento del paciente. Por un lado, la conspiración de silencio desadaptativa ocurre cuando uno de los implicados, generalmente el enfermo, quiere conocer su situación pero el resto, familiares y/o personal sanitario lo impide. Por otro lado, la conspiración adaptativa contempla la negación o evasión de la información de forma voluntaria por parte del paciente.

#### Triángulo de la conspiración de silencio

En sentido figurativo, existe un triángulo de conspiración

<sup>1</sup> J. Barbero: Psicólogo clínico del Servicio de Hematología en el Hospital La Paz, Madrid. Existen diversas definiciones sobre conspiración de silencio, pero esta es la más aceptada.

de silencio que relaciona los tres estadios involucrados del pacto: el paciente, los familiares y amigos del mismo, y el equipo médico. Los protagonistas de dicha conspiración son normalmente los pacientes, como enfermos en fase terminal, personas mayores, con problemas físicos o psicológicos, niños y, en general, cualquier miembro de la familia que sea percibido por esta como vulnerable. Los seres queridos son normalmente los que, en una posición intermedia, toman la decisión de llevar a cabo la conspiración basándose en el conocimiento que tienen del estado emocional del familiar enfermo. En el tercer vértice del triángulo, los profesionales sanitarios se enfrentan a un dilema entre la necesidad de informar al paciente sobre su salud, y más si este así lo solicita, y la imperativa razón de adaptarse a la decisión de los familiares. No obstante, ante una situación de conspiración de silencio, se recomienda que el equipo médico solicite atención psicológica para realizar una evaluación de la situación tanto del paciente como de los familiares implicados e intervenir prestando especial atención a la prevención del duelo complicado, tal y como apunta la psicóloga y terapeuta Beatriz Galván (2014).



**Figura 1.** Triángulo de la Conspiración de Silencio.

Una vez entendido el concepto de conspiración de silencio y sus partes implicadas, el texto se va a centrar en analizar las consecuencias y la moralidad de llevar a cabo la conspiración de silencio desadaptativa. Ante esta situación, se entiende que los seres queridos del paciente deciden, previo acuerdo con el equipo médico, ocultar la verdad al enfermo por su bien. Pero, ¿qué razones llevan a los familiares a tomar esta decisión?, ¿qué problemas vienen adheridos?, ¿es realmente esta opción la mejor?, ¿es “legalmente” ético ocultar el estado de salud de la persona implicada?

## Causa y efecto

### Causas

Para responder a la primera de las preguntas no hace falta más que ponerse en el lugar de uno de los familiares y la terrible situación que está pasando. En circunstancias normales, cualquier persona trata de evitar el mal ajeno y más si ese mal es el de un ser querido, por lo que, en busca de la tranquilidad y el bienestar de su familiar enfermo, los familiares consideran que revelar la verdad no es la mejor de las opciones. De hecho, muchos seres queridos consideran que conocer la verdad empeoraría el estado físico y mental de su familiar, sumiendo al paciente en un estado depresivo y de ansiedad.

Existen principalmente dos fuerzas que acompañan a la decisión de llevar a cabo un pacto de silencio: el motivo, acto de amor que busca la evasión de dolor del prójimo y la protección, y la motivación, que se fundamenta en la dificultad de enfrentarse al sufrimiento de la situación, aunque existen muchas otras causas variadas que desencadenan la toma de esta decisión, como el miedo a la reacción, el déficit de habilidades de comunicación, etc.

**Tabla 1.** Principales causas de la conspiración de silencio.

PINCIPALES CAUSAS QUE INDUCEN A LA CONSPIRACIÓN DE SILENCIO AGRUPADAS EN 7 CATEGORÍAS
• Deseo de proteger al enfermo del impacto emocional de la información y evitar un sufrimiento innecesario.
• Necesidad de autoprotección, tanto de profesionales como familiares, por la dificultad de enfrentarse a las reacciones emocionales del paciente y a su manejo.
• Dificultad de los profesionales para transmitir este tipo de información ligado con la falta de formación específica sobre el tema.
• Dificultad para establecer pronósticos precisos.
• El sentimiento de fracaso que supone para el médico aceptar que no existe posibilidad terapéutica curativa para el paciente.
• El tema tabú de la muerte en algunas sociedades que condiciona una dificultad añadida para hablar de temas de final de la vida.
• Algunas creencias generalizadas, como que decir la verdad deja al paciente sin esperanza, que puede acelerarle incluso la muerte y el argumento de que en realidad los individuos gravemente enfermos no quieren conocer su estado.

(Bellido, 2013)

## Efectos

En cuanto a los efectos, esta decisión trae consigo unas consecuencias complejas que pueden provocar malentendidos con el paciente y entre los propios familiares y el equipo médico. Por un lado, la falta de comunicación y entendimiento entre familiares y enfermo puede crear una barrera de comunicación que desencadene en desconfianza y malestar emocional (Vivian, 2006), algo totalmente desaconsejable para ambos, familiares y paciente, en un momento tan complicado.

Esta situación dificulta aún más la adaptación a esta realidad y obstaculiza la expresividad y emotividad a veces necesarias para abordar temas de final de vida. Consecuentemente, el paciente sufrirá dificultades para afrontar la muerte, despedirse de sus seres queridos, resolver tareas pendientes y encontrar el sentido a la vida. Asimismo, la conspiración de silencio provocará un bloqueo de la comunicación entre familiares y paciente que generará aislamiento social en el enfermo y frustración ante el deterioro evidente pero con desconocimiento de causa. Así, en los últimos días de vida del ser querido se conseguirá que este genere desconfianza con su propia familia y con el equipo médico, no sea capaz de afrontar la muerte, ni tener autonomía ni calidad de vida. Toda una serie de problemas emocionales y falta de expresividad que acabarán por sumir al paciente en un estado de soledad, inapetencia y depresión.

Por otro lado, los familiares pueden sentir cuestionada su decisión por los médicos y desencadenar desconfianza y falta de comunicación fluida entre ambos bandos. Una comunicación de vital importancia para el bienestar del paciente que ve truncada su eficacia de nuevo por la falta de confianza y complicidad entre el equipo médico y los familiares. Además, corren el riesgo de sufrir claudicación emocional<sup>2</sup> y otros efectos como el “síndrome de la botella de champán”, por el que durante la conspiración se camuflan los sentimientos, pero ante el estímulo traumático del fallecimiento del enfermo, estos brotan con energía dificultando el duelo o los sentimientos de culpabilidad tras la muerte (Carrillo, 2015).

Además, las consecuencias de llevar a cabo una conspiración de silencio son tan intensas que llegan incluso a perjudicar al equipo médico. Estos profesionales también sentirán ansiedad y sentimientos de agobio al estar entre dos fuerzas, por un lado el paciente requiriendo más información sobre su estado, y por otro los

familiares procurando su silencio. El aumento de la frustración y el riesgo de padecer el síndrome de “Burn Out”<sup>3</sup> aumentan considerablemente en estos casos, y también aparecen dificultades para conseguir que los pacientes acepten y se adapten a los tratamientos.

## Discusión

Pero, entonces, ¿hasta qué punto este pacto es beneficioso para el paciente? ¿Es ciertamente este proceso una ayuda para afrontar el paso a la muerte, o más bien todo lo contrario? Quizá a los únicos a los que “ayuda” la conspiración es a los propios familiares, que reflejan en la negación de la realidad al paciente su propia inadaptación y tratan de evitar situaciones de dolor como despedidas que, probablemente a la larga, causen más sufrimiento a los familiares que al propio enfermo.

### *Principios de la Bioética ante la difícil decisión*

Para comenzar la discusión del tema, es importante hablar de los aspectos éticos y legales de las personas. La comunicación al final de la vida, ante una situación de conspiración de silencio, provoca el conflicto de los cuatro principios básicos de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Rodríguez, 2014). La omisión de estos principios supondría un ataque contra la voluntad de la persona, pero su aplicación en la concreta situación del final de la vida de una persona, cuando esta se encuentra en estado terminal, provoca diversas discrepancias que ponen en duda la posible desaplicación de estos principios por el propio bien de los pacientes.

No obstante, “ni la sobreprotección ni el distanciamiento como posiciones antiéticas son buenos aliados de la medicina” (Suárez & Castellanos, 2011). De este modo, aquí entra en juego el papel del médico como profesional responsable de ofrecer una muerte lo más alejada posible del sufrimiento al paciente, dentro de sus posibilidades, pero también de ofrecer una muerte digna y honesta al enfermo, el cual atraviesa un momento emocional extremo lleno de temores y dudas.

Asimismo, el proceso de comunicación exige ponerse en el lugar del otro, lo que dificulta aún más la decisión de llevar a cabo o no la conspiración. Mentir es inmoral, pero reducir o postergar cierta información en una situación

<sup>2</sup>Claudicación emocional: manifestación implícita o explícita de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga. (Barredo, 2017).

<sup>3</sup>El Síndrome de Agotamiento Profesional o “Burn Out” ha sido conceptualizado como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. Ocurre en el contexto laboral y las causas son múltiples, relacionadas con las fuentes de estrés en el trabajo (Castillo, 2001).



en la que su total revelación podría producir depresión o suicidio del paciente, es aceptado. En estos casos en los que se observan inclinaciones de este tipo en los enfermos es recomendado tomar cautela, siempre bajo el principio de beneficencia, pues la verdad podría perjudicar más que el ocultamiento, “atenuar la angustia o la depresión se considera motivo suficiente para ocultar la verdad en un acto de solidaridad y humanismo para con el paciente” (Suárez & Castellanos, 2011).

Consecuentemente, no existen fórmulas concretas generales para determinar cuál es la mejor opción, pues cada situación y cada persona son diferentes y convendrá más una cosa que la otra. Concretamente, existen cuatro circunstancias que han de tenerse en cuenta a la hora de elegir ocultar o no la verdad, según las características de la enfermedad, la situación y personalidad del enfermo, la actitud sociofamiliar y la mentalidad del propio médico (Suárez & Castellanos, 2011). La determinación de estas circunstancias complica estipular con exactitud si la puesta en práctica de la conspiración servirá de ayuda o agonía para la persona enferma.

### **La conspiración de silencio como agonía**

Sin embargo, los argumentos “en contra” de usar la mentira como beneficio para el enfermo parecen superar a los de “a favor”. Por un lado, el miedo por parte del médico o familiares de que el paciente cometa suicidio también puede darse en caso de conspiración de silencio, provocada principalmente por la incertidumbre. El desconocer la verdad sobre su situación, sumado al deterioro físico y mental, y otras pistas que el enfermo puede ir asociando, puede provocar la ideación de cometer suicidio en la mentalidad del paciente. El enfermo víctima de una conspiración de silencio atraviesa un momento emocional débil, con sentimientos de angustia, ansiedad, incertidumbre y tristeza que, unido a la falta de apoyo de sus familiares, provocado por la desconfianza, pueden ser motivos suficientes para pensar en la posibilidad de que el enfermo considere el suicidio.

Las incongruencias con las que vive el enfermo a diario causan un malestar y una angustia que podrían evitarse contando la verdad. Por un lado, los familiares expresan con palabras que “todo va bien”, pero pasan mucho más tiempo al lado del enfermo, pues saben que el tiempo de estar con él o ella se agota. A esto se le suma el deterioro que la persona enferma siente cada día. El paciente acabará sabiendo la verdad de una manera u otra, y evitarle el sufrimiento que la incertidumbre y las incongruencias le provocan será mucho más beneficioso que el aplazar

lo que inevitablemente ocurrirá. Es mucho mejor una verdad dolorosa que una mentira angustiada.

El paciente, si así lo desea, tiene derecho a saber lo que acontece con su salud para poder tomar decisiones sobre su estado y, por tanto, sobre su vida. Entra en juego el derecho y respeto a la autonomía de las personas y a la libre toma de decisiones sobre sí mismo, “es necesario reconocer y actuar en correspondencia con el derecho de toda persona a estar al tanto de su diagnóstico por la gran repercusión que posee en su vida futura” (Medina, Gil & Abeledo, 2017). Muchas personas, al conocer su estado terminal, aprovechan para realizar sueños, cumplir promesas, expresar sentimientos, planes e intenciones de futuro para sus seres queridos, entre muchas otras posibilidades. Al desconocer su situación, los familiares y profesionales sanitarios están privando a esas personas de realizar su última voluntad.

Además de atentarse contra el derecho de autonomía del paciente, la conspiración de silencio incumple los principios éticos de una buena práctica clínica en términos de confidencialidad. “La revelación del diagnóstico a los familiares antes que al paciente incumple el derecho de confidencialidad” (Ruiz, 2017). Al ocurrir un pacto de silencio, se niega la posibilidad al paciente de llevar a cabo la libre revelación de su estado. Quizá el enfermo no desea alertar a sus familiares y preferiría realizar un pacto de silencio frente a sus seres queridos, para evitarles sufrimiento, ¿por qué se aprueba lo contrario y no se contempla esta otra posibilidad? El primero en conocer el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad debería ser el primer afectado, el enfermo, a menos que no esté en plenas facultades o sea menor de edad.

No se debe pasar por alto las consecuencias finales del pacto, pues lo que en un primer momento pareció ser la opción más “fácil” e ideal para posponer el sufrimiento, acaba provocando un efecto rebote para los tres implicados del triángulo. Muchos pacientes fallecen con plena conciencia hasta el final, lo que ocasiona que conozcan la verdad en esos momentos en los que es evidente su partida. Ante esta triste situación, los familiares y equipo médico aparecerán como deshonestos ante el familiar, provocando una situación tensa justo al final de la vida del paciente. De lo contrario, aunque el momento de explicarle la verdad al enfermo será de gran impacto emocional, a largo plazo esto suele inducir a un alivio de la tensión y angustia de todo el triángulo.

Son muchos los motivos que se suman a la larga lista de inconvenientes que trae un pacto de silencio. Los más evidentes son que el paciente se sentirá incomunicado, solo, incomprendido y engañado. Esto puede provocar

sintomatología ansiosa, depresiva o de miedo y provocar más daños en la salud del paciente, incluso acelerando el final en algunos casos. Por ese motivo, antes de tomar una decisión como está, los familiares y el equipo médico deben valorar la situación del paciente, lo que él quiere y si está preparado, y, sobretodo, los profesionales deben defender el derecho a la información y a la verdad si el paciente así lo requiere, pues es su vida y su verdad las que están en juego.

### Alternativas a la conspiración de silencio

En vista de las “contraindicaciones” que trae consigo la decisión de aplicar la conspiración de silencio, existen otras alternativas o protocolos de comunicación de malas noticias que pueden ayudar a la hora de hacer frente y expresar una situación de tal gravedad. Herramientas como el SPIKES<sup>4</sup> o la nemotecnia VALUE<sup>5</sup> han demostrado facilitar la conexión médico-paciente y reducir los síntomas de ansiedad y depresión en los tres vértices del triángulo.

**Tabla 2.** Herramientas alternativas: SPIKES y VALUE

SPIKES	Nemotecnia VALUE
S (Setting up): preparar	V (Value family statements): valorar la declaración familiar
P (Perception): valorar la percepción del paciente	A (Acknowledge family emotions): Abordar las emociones familiares
I (Invitation): obtener permiso de paciente	L (Listen to the family): Escuchar a la familia
K (Knowledge): ofrecer información al paciente	U (Understand the patient as a person): Entender al paciente como persona
S (Strategy and summary): estrategia y resumen	E (Elicit family questions): Obtener preguntas de la familia

(Espinoza-Suárez, Zapata & Mejía, 2017)

## Conclusiones

A modo de conclusión, este estudio de la conspiración de silencio pretende dejar claro que, en busca de la tranquilidad y bienestar del enfermo, la ocultación de la verdad provoca todo lo contrario: aumento de tensión, preocu-

<sup>4</sup>SPIKES: protocolo para dar malas noticias publicado en el año 2000 por el oncólogo estadounidense Buckman.

<sup>5</sup>Nemotecnia VALUE: método de comunicación con las familias con pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.

pación y angustia del paciente, aislamiento social, sentimientos de incompreensión y confusión, engaño, soledad y abandono. De lo contrario, poseer información sobre el estado y el pronóstico de la enfermedad da la oportunidad al paciente de decidir aspectos de vital importancia al final de su vida, como el cierre de asuntos trascendentales o la expresión de sentimientos. De igual modo, el conocimiento de la verdad proporciona calidad de vida y autonomía al paciente, un derecho vital de todas las personas, y una mejor relación con sus familiares en el duro momento que todos atraviesan.

El angustioso caso de Susana es solo un ejemplo de la situación que miles de personas viven a diario. Susana y todo el mundo tienen derecho a conocer la verdad, su verdad, y más en una situación tan difícil como es el final de la vida. La conspiración de silencio niega esta posibilidad, y lejos de facilitar el entendimiento, la comunicación y la confianza entre los tres picos del triángulo, separa cada vértice provocando una situación incómoda y dolorosa para todas sus partes. “Es mejor conocer una verdad cruda o dolorosa a vivir con una esperanza falsa” (Carrillo, 2015).

## Agradecimientos

Profesor Daniel Catalán Matamoros (UC3M).

## Referencias Bibliográfica

Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*, 29(3), 19-27.

Barredo, M.J. (2017). La claudicación familiar cuando hay un enfermo terminal. Retrieved from: Vive!: <http://revistavive.com/la-claudicacion-familiar-cuando-enfermo-terminal/>

Bellido, M. (2013). Los profesionales de la salud ante la comunicación de final de vida en pacientes con enfermedad avanzada e incurable. La conspiración de silencio. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería, Universitat Internacional de Catalunya.

Carrillo, F. (2015). La conspiración de silencio en pacientes con cáncer terminal. Aspectos Bioéticos. Sociedad Ecuatoriana de Bioética.

Castillo, S. (2001). El síndrome de “Burn Out” o síndrome de agotamiento profesional. *Med. Leg. Costa Rica*, 17(2), s/n.

Centeno, R., Caballero, L., & Rueda, M. (s.f.). Estrategia

de manejo de la conspiración de silencio en cuidados paliativos. Retrieved from: Perpetuo Socorro: <http://derechoshumanosybioetica.org/wp-content/uploads/2017/06/4estrategiadelaconspiraciondelsilencio.pdf>

De Gracia, M., & Ochoa, C. (2017). Conspiración de silencio. Retrieved from: Psicooncología online: <http://psicooncologiaonline.com/conspiracion-de-silencio-en-oncologia/>

Espinoza-Suárez, N., Zapata, C.M., & Mejía, L.A. (2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr*, 80(2), 125-136.

Galván, B. (2014). Conspiración de silencio. Retrieved from: Psicólogos Alicante: <https://psicologiagalvan.com/2014/11/12/ver-oir-y-callar-conspiracion-de-silencio/>

Medina, V.M., Gil, P., & Abeledo, A. (2017). La conspiración de silencio: derecho del paciente con cáncer a conocer la verdad. *Rev. Finlay*, 7(1), 68-71.

Moral, R. (2017). La Conspiración del Silencio: importancia, causas y estrategias de abordaje. Retrieved from: SemFYC: <https://www.semfyc.es/la-conspiracion-del-silencio-importancia-causas-estrategias-abordaje/>

Rodríguez, C. (2015). Conspiración del silencio. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2), 214-220.

Ruiz, R. (2017). La Conspiración del Silencio: importancia, causas y estrategias de abordaje. Retrieved from: Doctutor: [https://www.doctutor.es/2017/02/06/la-conspiracion-del-silencio-importancia-causas-y-estrategias-de-abordaje/?upm\\_export=print](https://www.doctutor.es/2017/02/06/la-conspiracion-del-silencio-importancia-causas-y-estrategias-de-abordaje/?upm_export=print)

Suárez, G. & Castellanos, M. (2011). ¿Es válida la "conspiración del silencio"? Una aproximación al tema. Retrieved from: Bioética: <http://www.cbioetica.org/revista/113/113-0913.pdf>

Vivian, R. (2006). Truth telling in palliative care nursing: the dilemmas of collusion. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(7), 342-346.

## La imagen como terapia

### Image as therapy

Pilar Irala-Hortal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Comunicación y Ciencias Sociales, Universidad San Jorge, España

#### Resumen


Cuando hablamos de fotografía solemos pensar en la captación de un momento o acontecimiento, probablemente caracterizado por breves impases de clímax y con una trascendencia cultural, social, artística o política. Bien se trate de fotografía artística o documental, tanto fotógrafos como historiadores o teóricos hemos abordado la imagen desde el enfoque de la preservación de un momento. En este caso la fotografía es un conservador de la memoria. Pero la fotografía puede cumplir otras funciones como la de ahondar, profundizar, extraer y exorcizar conocimientos o sentimientos íntimos con una finalidad terapéutica. No es baladí este poder de la imagen que ha sido contrastado en diferentes proyectos tanto médicos como sociales. El presente artículo tiene el objetivo de exponer qué es la fotografía terapéutica y cuáles son sus ámbitos de aplicación.

Palabras clave: fotografía; enfermedad; terapia; cultura visual.

#### Abstract

When we talk about photography, we are usually thinking of capturing one single moment. That event is probably characterized or classified by a cultural, social, artistic or political culture. Whether it is artistic or documentary photography, photographers, historians or theorists have thought the image as a visual conservator of our memory. However, photography can play other functions or roles such as deepening, extracting and exorcizing knowledge or profound feelings for therapeutic purposes. This is not a small power. In addition, this role of the image has been contrasted by different projects both medical and social. The purpose of this paper is to explain what the therapeutic photography is and what its scope of application is.

Keywords: photography; illness; therapy; visual culture.

**CONTACTO:** Pilar Irala-Hortal  [pirala@usj.es](mailto:pirala@usj.es)

## Propuesta

La fotografía puede cumplir otras funciones más allá de ser un documento. Puede, por ejemplo, ahondar, profundizar, extraer y exorcizar recuerdos, conocimientos o sentimientos íntimos con finalidad terapéutica. No es baladí este poder de la imagen que ha sido contrastado en diferentes proyectos tanto médicos como sociales.

La fotografía usada en las terapias del área de la salud mental se está consolidando y su uso y aplicación se han disparado en los últimos 10 años, a pesar de que estas experiencias comenzaron hace varias décadas. Tanto en el ámbito internacional como en España existe el trabajo conjunto de especialistas en fotografía y narrativa visual con psicólogos y centros especializados (bien hospitales, bien asociaciones).

Este artículo realiza una aproximación general sobre los usos terapéuticos de la fotografía en el área de la salud mental y una clasificación general de tales técnicas. Asimismo, se exponen en las páginas siguientes una serie de ejemplos de éxito que ilustran esta relación beneficiosa entre fotografía y salud mental.

## Métodos

El presente artículo se basa en la investigación cualitativa en la que se ha revisado la literatura científica sobre la fotografía y la salud mental de los últimos 10 años. Asimismo, se ha planteado como método de aproximación, una clasificación del tema que tiene en cuenta si el objetivo de la actividad fotográfica es la mejora de la salud mental como globalidad o si se trata de una terapia diseñada para mejorar, paliar o incluso curar un determinado trastorno psicológico, sobre todo los sobrevenidos, es decir, los resultantes de una causa externa no endógena.

Esta ordenación se ha desarrollado tras la revisión bibliográfica, en una primera revisión general de los principales autores, sobre sobre arteterapia, salud mental, fotografía y psicología y, también, fotografía y psiquiatría entre los que destacan David Viñuales y Óscar Martínez-Azumendi. Además, apporto mi propia experiencia desarrollando talleres de fotografía para los niños ingresados en el Hospital Infantil Miguel Servet, de Zaragoza.

### *Fototerapia y fotografía terapéutica*

En la revisión bibliográfica realizada se han encontrado dos términos o enfoques que hacen una diferenciación entre la **fototerapia** y la **fotografía terapéutica**.

En este ámbito de trabajo y estudio (fotografía y salud mental) la fototerapia está en el mismo terreno que el arteterapia, es decir, se trata del uso de la fotografía como un medio creativo para desarrollar la imaginación además de “contribuir al desarrollo personal tendiendo a la integración de la historia vital así como el desarrollo de la autoestima y el empoderamiento” de los participantes (Lockett, 2014, p. 225).

En la mayoría de las ocasiones, por tanto, se trata de acciones, talleres y actividades de enfoque creativo o cuyo objetivo es usar y desplegar la creatividad propia, bien por sí mismo bien como medio para la denuncia de una situación dada. En este caso, encontramos en este término por ejemplo personas con complejas situaciones sociales que utilizan el medio fotográfico de una forma documental con una finalidad de denuncia.

Por otro lado, la fotografía terapéutica viene a referirse al uso de la fotografía como un medio para la terapia psicológica, la introspección y la salud mental. Por tanto, consiste en usar la imagen y/o su producción para la sanación o mejora de los trastornos mentales. Grupos e individuos con diferentes afecciones mentales han trabajado con la fotografía como un medio terapéutico bien sean mayores con trastornos como el Alzheimer o personas con diferentes rangos de edad y dolencias como demencias, amnesia, angustia, depresión, adicciones, etc.

En su artículo de 2008 sobre fotografía y psiquiatría Martínez Azumendi clasifica los usos pasados y actuales de la imagen fotográfica en el ámbito de la salud mental. Para Martínez existen dos aproximaciones principales a este campo. El primero sería aquel en el que lo importante son “los contenidos de las propias imágenes fotográficas y la utilidad o propósito con la que fueron tomadas” (p. 64).

La segunda área de trabajo sería aquella cuya “finalidad buscada por parte de los sujetos, que bien toman la foto, la alteran [...] o la preparan para ser utilizada como herramienta para alcanzar diversos fines en el ámbito psiquiátrico o psicológico” (Martínez, 2008, p. 64). En esta segunda aproximación no tiene tanta importancia el resultado de la imagen como el proceso de toma por ser este el propio transcurso de la toma el que contiene el beneficio terapéutico.

Otros autores no hacen esta distinción, o en todo caso combinan en ambos términos el uso de la fotografía, de la reflexión sobre la misma, y la toma. Pero, en todo caso, siempre se coincide en que la potencia y la eficacia terapéutica que alberga la imagen fotográfica residen en su capacidad para conectar con el Yo profundo y subconsciente del ser humano, incluso con aquel que está más dañado.

El hecho de que los trastornos en la salud mental de

las personas pueden ser de muy diferente origen (adiciones, maltrato, acoso, depresiones reactivas, cuestiones físicas, etc.) y desarrollarse en una variedad enorme de contextos, así como las necesidades médicas, emocionales y psicológicas en cada paciente son casi infinitas, me lleva a plantear que la línea entre fototerapia y fotografía terapéutica es, o puede ser, demasiado fina y borrosa como para plantear sin dobleces o equívocos la separación entre ellas. La mujer que ha sido acosada, violada o maltratada, el niño con falta de apego, o el adulto con depresión aguda pueden verse beneficiados de la fototerapia tan solo por su expresión creativa, lo que nos llevaría a entender en ese contexto dicha actividad como fotografía terapéutica.

### Antecedentes

La relación entre imagen y salud mental nació casi al mismo tiempo que la propia fotografía. Rápidamente se convirtió en un medio técnico y relativamente rápido para obtener imágenes a las que se dio un significado objetivo, es decir, se consideraban imágenes de una realidad directa dada. En el ámbito de las enfermedades mentales y de las propias instituciones para tratarlas la fotografía tuvo, ya desde los primeros tiempos, no un solo uso o aplicación, sino varios.

Entre estos usos se encuentra la fotografía como denuncia, es decir, aquella que desde lo periodístico, documental y humano busca sacar a la luz situaciones y tratos inhumanos a los pacientes ingresados en hospitales y sanatorios. Se trata en este caso del mismo trabajo que realizaron Jacob Riis y Lewis Hine a finales del siglo XIX y principios del XX, pero en el ámbito de la salud mental. Otras aplicaciones de la fotografía han sido, como explica el doctor Martínez Azumendi, el uso como testimonio o documento de determinados avances de la ciencia o de la medicina tales como el éxito de determinadas terapias en los pacientes.

También la fotografía se ha utilizado para realizar tareas documentales y trabajos históricos relacionados con el pasado de las instituciones, los aparatos médicos, los sistemas de trabajo, etc. Es decir, se trata de una fotografía documental realizada en diferentes áreas a lo largo de las décadas y que hoy forman parte de las colecciones científicas, en muchas ocasiones de museos especializados (Martínez, 2008).

Martínez Azumendi publicó un repaso sobre estos usos y relaciones entre fotografía y mente en sus artículos de 2008 y 2016. En ellos explica los inicios de las relaciones entre la fotografía y la medicina aplicada a la

mente y a sus enfermedades. Inicialmente, en el siglo XIX, se utilizó la fotografía con una finalidad clasificatoria retratando a los pacientes y clasificando sus rasgos físicos (Martínez, 2016). Por tanto, fue un uso sobre todo registro documental.

También existieron otras aplicaciones como la desarrollada por el médico Thomas Story Kirkbride que usó y proyectó imágenes a los pacientes con una linterna mágica. No solo se trataba de un entretenimiento sino también de una parte de sus terapias (Martínez, 2016). No fue en Estados Unidos en exclusiva donde se comenzó a usar la fotografía no solo como una técnica para recabar información fisionómica de los pacientes y clasificarlos, sino también como un divertimento o entretenimiento cultural con la finalidad de apaciguar síntomas o estimular la creatividad. En España el centro de internamiento de Sant Boi ya creó talleres de fotografía en 1892 gracias al doctor Artur Galcerán i Granés (Martínez, 2016).

Óscar Martínez Azumendi expone un breve recorrido por las primeras aproximaciones terapéuticas de la fotografía. Los primeros talleres o trabajos de aplicación terapéutica que usaron la fotografía fueron los liderados por Cornelison y Absenian a finales de los años cincuenta (Martínez, 2016). Estos dos médicos desarrollaron un trabajo en el que tomaron fotografías polaroid de sus pacientes en una serie de sesiones que, a continuación, enseñaban inmediatamente a sus protagonistas. Se trataba de enfrentarse a la propia imagen y observar las reacciones. El trabajo fue analizado en un artículo publicado por los propios médicos en el que daban cuenta de las mejoras en algunos pacientes.

Otra experiencia similar fue llevada a cabo en Francia algunos años más tarde bajo la denominación de “fotodrama” en el que los pacientes guiaban a su terapeuta para que les tomara retratos en diferentes gestos o actitudes. Es decir, se trató de una combinación de *performance*, teatro y fotografía (de ahí su denominación). Una vez realizadas las tomas la terapia continuaba con la revisión, reflexión y comentario de las imágenes (Martínez, 2016).

Existen múltiples ejemplos de aplicaciones, talleres y proyectos terapéuticos documentados, tanto en España, como en Europa y Estados Unidos. Desde la segunda década del siglo XXI se han multiplicado exponencialmente, sobre todo a partir de 2010, probablemente por dos motivos: la consolidación de la conciencia en el uso de la imagen fotográfica por la sociedad, en sus diferentes estratos, ámbitos y situaciones tanto en el trabajo como en el ocio y, de otro lado, por la facilidad tecnológica que existe desde esta década en la toma fotográfica, es decir,

la democratización definitiva de la tecnología: teléfonos inteligentes, tablets, cámaras de fotos, etc. Todo en formato digital: fácil de realizar, de ver, de compartir y sin gastos de impresión obligatorios.

Ambas vías terapéuticas abrieron la puerta al uso de la fotografía más allá de una propuesta de entretenimiento cultural, a ser una herramienta para la terapia médica. A pesar de que en ambos ejemplos los pacientes no tomaron ellos sus propias imágenes sí constituyen el paso anterior y necesario para la proyección, desarrollo y aplicación de diversas teorías y prácticas en el ámbito de la salud mental.

David Viñuales, uno de los mayores expertos en fotografía y terapia y quien ha acuñado el término fotología, afirma que la fotografía “nos conecta de forma muy directa con los recuerdos y estos tienen una fuerte base emocional” (Viñuales, 20 de octubre de 2016, s/p). La fotografía es un nodo entre nuestro consciente y nuestro subconsciente y tiene la capacidad de traer recuerdos que nos hacen daño en el presente, aunque creamos que los teníamos escondidos u olvidados.

Este encuentro entre el pasado, a veces remoto y doloroso, del paciente y su Yo actual permite acceder no solo a los recuerdos, sino también a conocimientos, explicaciones y conexiones que permiten trazar el camino mental seguido por el paciente hasta su salud psicológica actual. Este acontecimiento emocional y científico es también una terapia y una puerta a la sanación o mejora de la enfermedad. La fotología es, según Viñuales, el concepto y el marco de conocimientos y herramientas que entienden a la fotografía como una “herramienta para adquirir conocimiento y pensar” (Viñuales, 20 de octubre de 2016, s/p).

El primero y más evidente potencial que tiene la imagen para llegar a ser terapéutica es su capacidad para (a)traer recuerdos, para mediar entre nuestro Yo pasado y presente, ya que la fotografía es fuertemente revulsiva. Se puede usar en muchos tipos de terapias diferentes, siendo en las primeras prácticas una vía para la reflexión del paciente. Martínez Azumendi afirma, citando a Walker, que:

Las instantáneas fotográficas se pueden utilizar como herramienta terapéutica intermediaria para despertar recuerdos más o menos olvidados junto a los sentimientos acompañantes, para a partir de todo ello profundizar en otras situaciones o vivencias pretéritas de los sujetos, reelaborarlas y reinterpretarlas psicológicamente, todo ello como parte integral del proceso psicoterapéutico (Martínez, 2016, p. 72-73).

Las técnicas son variadas e incluyen, pero no se limitan a, la reunión de fotografías por parte del paciente, conformando

un álbum de familia sobre el que trabajar; el retrato o, generalmente, el autoretrato; la fotoprovocación; el fotodrama y la fotografía documental más exploratoria. Lo habitual es que se busque la proyección de un Yo con el que trabajar.

### **Mejora de la salud mental: trastornos y herramientas específica**

Teóricos y terapeutas denominan a técnicas similares por diferentes nombres, aunque siempre suele estar presente la raíz “foto” o la palabra “fotografía” o “fotográfica”. En todo caso, en la explicación que realizan del proyecto o la terapia que han desarrollado se define específicamente el uso de la imagen. Una fotografía, sobre todo aquella que está creada o que pertenece al paciente de alguna manera, alberga una serie de información sobre todo emocional con la que el terapeuta puede trabajar.

Muy a menudo las personas que son tratadas en estas terapias tienen dificultades para la comunicación verbal, en ocasiones porque no son conscientes de dónde está la raíz del problema que les aqueja. La fotografía es capaz de transmitir conceptos e informaciones de una forma visual, mucho más compleja y completa que la comunicación verbal. De ahí su eficacia.

El terapeuta puede detectar los actos mentales fallidos, las incongruencias, los datos escondidos en el subconsciente del paciente y, como un camino de migas de pan, recorrer los recovecos mentales hasta encontrar el trauma, las autocensuras, los autoolvidos, las reconstrucciones personales dolorosas y poder así comenzar su cura.

La fotoproyección o fotolenguaje, como explica Martínez Azumendi, es una terapia cuyo objetivo es la proyección a través de la visualización de la imagen fotográfica. Se trata de crear un espacio de comunicación de las propias emociones. Por su parte, el fotoanálisis trabaja con la propia historia del paciente a través de su álbum familiar con el objetivo de llegar a la raíz de determinados traumas, obsesiones y pensamientos dolorosos. Una vez localizados y verbalizados gracias al empuje proyectivo de las imágenes, pueden tratarse con la ayuda de otras técnicas psicológicas como el EMDR.

La fotoprovocación no trabaja con imágenes personales, sino con cualquier tipo de fotografía extraída de libros, carteles, publicidad, etc. Por lo tanto, como explica Viñuales, no es tan invasiva como la fotoproyección en donde la implicación personal es total. En este caso, se trata de fomentar la comunicación y la reflexión a través de la percepción relajada que permita traer al presente pensamientos, emociones y censuras con las que trabajar (Viñuales, 2015).

El fotodrama, también explicado por Viñuales, es una técnica eminentemente grupal en la que se trabaja sobre todo la comunicación y la seguridad en la imagen personal y social. Se trata de una combinación entre fotografía y teatro en el que los participantes se pueden disfrazar para tomarse fotografías. Estas imágenes estarán relacionadas con eventos del pasado que pueden interpretarse, o emociones que pueden presentarse. Posteriormente se comentan esas imágenes de forma reflexiva.

Hay ejemplos del uso de fotografía para terapias en salud mental desde diferentes enfoques, tanto individuales como grupales, en España y fuera de nuestras fronteras. Algunos proyectos nacen de asociaciones de arteterapia, como la asociación Literacy Through Photography que trabajan desde 1990 en el marco del FotoFest de Houston (EEUU) y que incluyen una bienal, talleres específicos sobre todo con niños, residencias y tours.

Por su parte, el Servicio de Salud número 12 del Hospital Francisco de Borja (Gandía, Valencia) llevó a cabo un taller de creatividad con fines terapéuticos para pacientes con enfermedad mental grave y crónica. El taller no solo tenía el objetivo de formar en el manejo de la cámara y la toma fotográfica, sino en una mejora psicossocial que ayudara a los participantes a “mejorar su calidad de vida frente a la sociedad, además de intentar enriquecer su capacidad analítica, no solo estéticamente respecto a la fotografía, sino también a nivel personal.” (Prefasi, Magal, Garde y Giménez, 2011, p.45)

Otra experiencia es la llevada a cabo desde la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares – AUPCV. La psicóloga Alicia González estudió la terapia con Fotolenguaje en pacientes con trastornos alimentarios. El trabajo incluyó el trabajo reflexivo con fotografías asociadas a determinadas preguntas. Como explica González “la pregunta dirige el trabajo del profesional hacia los aspectos que se desea profundizar, mientras que las fotos convocan, evocan y estimulan el trabajo con el preconscious” (González, 2009, p. 9).

## Conclusiones

Existen multitud de experiencias tanto en hospitales, como en centros de día, asociaciones de terapeutas, asociaciones de enfermos y familiares, etc. Solo en España, en los últimos diez años se ha multiplicado exponencialmente el uso del arteterapia en general y de las terapias a través de la fotografía en particular para la mejora de la salud mental de las personas. Lo habitual es que la terapia esté diseñada en colaboración entre el experto en imagen y el experto médico o psicólogo y dirigido, según

las fases de desarrollo, por uno u otro profesional, sobre todo si los pacientes tienen trastornos graves, severos y/o crónicos.

Revisando las publicaciones de los últimos años tanto en el ámbito de la arteterapia como desde la salud mental se reconoce de forma rápida un patrón que se repite de forma recurrente y es que el uso de terapias a través de la fotografía es flexible, es decir, se puede adaptar a todo tipo de trastornos tales como la bipolaridad, la esquizofrénica, diferentes tipos de psicosis y obsesiones, depresión, síndrome de Asperger, etc., incluso en Alzheimer o trastornos alimentarios. Además, el nivel de la patología puede ser incluso grave, lo importante es una profunda labor de proyecto y preparación previa entre el profesional médico y el experto en imagen fotográfica.

Esta capacidad de adaptación unida a los beneficios medidos, y publicados, en las diferentes experiencias, que no esconden la necesidad de combinarse con otro tipo de terapia y acompañamientos, sobre todo en determinados casos de gravedad, está facilitando que la psicología terapéutica, sobre todo conductual y de enfoque Gestalt, esté cada vez más presente en los tratamientos psicológicos y, asimismo, se esté consolidando un mayor interés por parte de los expertos en fotografía y educación artística.

He constatado los beneficios de la terapia de salud mental a través de la imagen a través de dos talleres anuales de fotografía con niños ingresados en el Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza. En este caso, no trabajamos trastornos específicos de salud mental sino que el taller está enfocado a la mejora del estado de ánimo de los pequeños, alguno de los cuales puede llevar ingresados varias semanas, y facilitar así la aceptación de sus tratamientos ya que algunos de los niños manifiestan evidentes signos de depresión, angustia y miedo.

Una de las mayores sorpresas tras el primer taller fue la capacidad de desconexión que conseguíamos en los niños, tanto al inicio del taller viendo fotos y comentándolas, como en la fase de aprendizaje de la toma fotográfica y, sin duda, teniendo su momento álgido en el momento del disfraz. La segunda sorpresa, pero no menor, fue la ilusión que manifiestan todos los niños cuando al final de la jornada les entregamos una de las fotografías tomadas y seleccionadas por ellos. Aunque en las imágenes aparezcan con los goteros, con las vendas o sus heridas físicas y psicológicas, todos los pequeños sin excepción han enseñado su fotografía a médicos, enfermeras y familiares, y la han colocado en sus habitaciones del hospital. Los padres, que también participan en el taller, manifiestan igualmente todo tipo de emociones positivas,



sobre todo orgullo y esperanza.

Por tanto, como principal conclusión podemos afirmar que las terapias para la salud mental a través de la fotografía son eficaces, flexibles, medibles y comienzan a consolidarse de forma importante en España. Esta evidencia es manifestada tanto por los expertos en fotografía que desarrollan su trabajo en este ámbito, como por médicos y psicólogos que comienzan, no solo a ponerlas en práctica, sino también a publicar los resultados de sus proyectos de fotografía terapéutica.

## Referencias Bibliográfica

- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. (21 de mayo de 2018). ATE. Recuperado de <http://www.arteterapia.org.es/>
- Cifuentes-Muñoz, A., & Rojas-Jara, C. (diciembre de 2017). La fotografía como medio narrativo para la co-construcción de identidades alternativas en contexto de abuso de drogas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), pp. 89-100. doi:<http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.16104>
- Cornelison, F., & Arsenian, J. (1960). Study of the response of psychotic patients to photographic self-image experience. *Psychiatric Quartely*, 34(1), pp. 1-8. doi:<https://doi.org/10.1007/BF01675223>
- Enfocadas. (21 de mayo de 2018). Recuperado de <http://enfocadasvoz.blogspot.com.es/>
- Girau, T., López, P., García, L., & Barquín, P. (2010). El Col·lectiu Obertament: una Experiencia de Arte, Creatividad y Terapia en Salud Mental (2000-2010). *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 5, pp. 93-112. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE1010110093A>
- González, A. (2009). Experiencia Grupal en trastornos de alimentación empleando la técnica de Fotolenguaje. *Revista da SPAGESP*, 10(2), pp. 4-11. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702009000200002&script=sci\\_abstract&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702009000200002&script=sci_abstract&lng=es)
- Kids with cameras. (21 de mayo de 2018). Recuperado de <http://photokunst.com/update-from-kids-with-cameras/>
- Lage, M. (2010). Arteterapia como Coadyuvante en la quimioterapia. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 5, pp.115-123. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3345569>
- Lage, M. (2016). Arteterapia y proceso de aceptación, preparación y duelo en una mastectomía radical. *Arteterapia. Papeles de terapia y educación para la inclusión social*, 11, 97-110. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5959785>
- Literacy Through Photography (LTP). (s.f.). Literacy Through Photography (LTP). Recuperado de <http://www.literacythroughphotography.org/>
- Lockett, M. (2014). Proyecto Enfocadas: una experiencia grupal realizada con mujeres que sufrieron en el pasado violencia por parte de sus parejas, utilizando la fotografía y la narración como herramienta terapéutica. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*(9), 225-246.
- Martínez Azumendi, Ó. (2008). Fotografía y psiquiatría. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 8(1), 63-75.
- Martínez Azumendi, Ó. (2016). La fotografía como instrumento terapéutico en salud mental. *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*(17), 66-83.
- Navarro Torres, J. E., & Pallero Torres, D. R. (2011). *Producto piloto de taller de fotografía para miembros de la Fundación Jóvenes contra el cáncer, como medio alternativo de superación emocional*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Pereira, C. A., Martins, M., & Puggia, A. C. (julio de 2003). Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/257291>
- Phototherapy Centre. (21 de mayo de 2018). Phototherapy Centre. Recuperado de <https://phototherapy-centre.com/>
- Photovoice. (21 de mayo de 2018). Photovoice. Recuperado de <https://photovoice.org/>
- Pie de Foto. (s.f.). Pie de Foto. Fotografía Terapéutica. Recuperado de <http://piedefoto.es/presentacion/>
- Prefasi, S., Magal, T., Garde, F., & Giménez, J. L. (2011). Uso del arte y de la creatividad en las terapias psicosociales. Estudio y valoración de resultados de la utilización de la fotografía con pacientes con un trastorno grave y crónico. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23(1), 45-54. doi:[doi:10.5209/rev\\_ARIS.2011.v23.n1.4](https://doi.org/10.5209/rev_ARIS.2011.v23.n1.4)
- Regis, P. J. (enero de 2014). Fotografía y vídeo en un proyecto de intervención socio-educativa en adolescentes con síndrome de Asperger. *Arte y Movimiento*(10), pp.41-53.

Soler, I. (2012). I Congreso Internacional de Intervención Psicosocial, Arte Social y Arteterapia. Arteterapia en salud mental y otros espacios de salud. Murcia. pp. 1-10). Recuperado de <http://congresos.um.es/isasat/isasat2/paper/viewFile/28541/13331>

The American Art Therapy Association (AATA). (21 de mayo de 2018). The American Art Therapy Association. Recuperado de <https://arttherapy.org/>

Viñuales, D. (2014). Fotografía terapéutica y accesibilidad: una experiencia con fotografía y salud mental. II Congreso Internacional de Educación y Accesibilidad, Museos y Patrimonio. En y con todos los sentidos: hacia la integración social en igualdad. Huesca. pp.733-744.

Viñuales, D. (2015). El camino de la fotología: De las fototerapias a la fotografía. Huesca: David Viñuales.

Viñuales, D. (2015). Fotografía, Fototerapia y Fotografía terapéutica. Encontexto. (Encontexto, Entrevistador) Recuperado de <http://laterapiadelarte.com/numero-7/entrevistas/entrevista-a-david-vinuales/>

Viñuales, D. (20 de octubre de 2016). David Viñuales y la fotología: cuando la fotografía sirve como terapia. Clavoardiendo. Recuperado de <https://clavoardiendo-magazine.com/mundofoto/entrevistas/david-vinuales-la-fotologia-cuando-la-fotografia-sirve-terapia/>

Viñuales, D. (s.f.). David Viñuales. Recuperado de <https://davidvinuales.org/proyectos-html/>

Viñuales, D., Benabarre, S., Alayeto, M.A., Sánchez, N., & Barros-Loscertales, A. (2015). Experiencia con fotografía terapéutica en un programa de rehabilitación psicosocial con personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación psicosocial*, 12(1), pp.34-38. Recuperado de [https://issuu.com/davidvinuales0/docs/experiencia\\_con\\_fotograf\\_\\_a\\_terap\\_\\_](https://issuu.com/davidvinuales0/docs/experiencia_con_fotograf__a_terap__)

## Publicidades de medicamentos y recepción audiovisual en Argentina. Un análisis de los reclamos realizados por las audiencias televisivas

### Audiovisual publics and drug advertisement. An analysis of the claims received by the Publics Ombusmen

Lucía Ariza<sup>a</sup>, Manuel Carballo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo, Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual, Argentina

Perspectivas

#### Resumen

El artículo examina los reclamos sobre publicidades de medicamentos realizados entre el 2012 y el 2017 por las audiencias de la radio y la televisión argentina en un organismo público nacional, la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual. En base a un análisis estructurado sobre la noción de “campo semántico” (Adelstein, 1996), se destaca que el principal eje de incomodidad presentado por las audiencias es el de la “discriminación”, antes que otro tipo de objeciones ligadas más estrechamente al campo de la salud y de los medicamentos. El artículo se centra en dos casos que han captado la mayor cantidad de reclamos, una publicidad de un medicamento para síntomas menstruales y otra sobre un producto para combatir el acné. Los resultados de este estudio contribuyen a una reflexión sobre las implicancias de las denuncias como mecanismo interpelador del Estado y promotor de la agencia ciudadana; así como la presencia y relevancia del concepto de “campo semántico” para el análisis de las denuncias.

Palabras clave: salud; audiencias audiovisuales; participación ciudadana; servicios audiovisuales; campo semántico; Argentina.

#### Abstract

The article examines the claims regarding drug advertisement presented by Argentine radio and TV audiences to the national media ombudsman between 2012 and 2017. Basing on the notion of ‘semantic field’ (Adelstein 1996), the analysis highlights that, rather than a discomfort felt with elements strictly related to ‘health’ or ‘medications’, ‘discrimination’ is the main source of complaint among Argentine media audiences. The article centres on the analysis of two cases which were the aim of the majority of claims: the advertisement of a drug to relieve menstruation-related pain, and a drug against acne. The results of this study contribute to a consideration of the implications of claims as a mechanism that fosters civic participation and the interpellation of the State; and the presence and relevance of the category of ‘semantic field’ for the analysis of claims.

Keywords: health; audiovisual publics; civil participation; audiovisual services; semantic field; Argentina.

**CONTACTO:** Manuel Carballol  [manuel.carballo@defensadelpublico.gob.ar](mailto:manuel.carballo@defensadelpublico.gob.ar)

Fecha de envío: 13/04/2018  
Fecha de aceptación: 09/08/2018

## Introducción

Este trabajo analiza los reclamos sobre publicidades de medicamentos recibidos por la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual (DPSCA) entre noviembre 2012 y abril 2017<sup>1</sup>. Una de las funciones de la DPSCA es responder reclamos y denuncias de las audiencias de la televisión y la radio, de cara a la defensa y promoción de sus derechos comunicacionales. Así, las audiencias audiovisuales se vinculan con el Estado a través de los reclamos que realizan. Estos últimos constituyen un mecanismo de participación innovador, en la medida de que permiten identificar áreas de lesión de los derechos comunicacionales y diseñar políticas públicas que busquen repararlas y evitar su repetición.

En este contexto, la DPSCA viene conduciendo una serie de proyectos de investigación que tienen por objeto indagar sobre las representaciones televisivas en torno a la salud, y sobre la relación de las audiencias con esos discursos. Estos proyectos se enmarcan en el diagnóstico de que las últimas décadas han sido testigos de poderosas transformaciones de los discursos y prácticas sobre la salud a nivel global. Algunas de las tendencias principales de estos procesos son: la retirada del Estado-nación benefactor de la gestión de la salud de las poblaciones, la progresiva responsabilización e individuación de la búsqueda de soluciones médicas, la reorientación de los recursos de salud hacia la prevención antes que hacia la cura, y la expansión de la noción de salud hacia aquella más abarcativa de bienestar. Estas transformaciones se dan también en el marco más general de la emergencia con fuerza de los discursos sobre el riesgo, la movilización de agentes, pacientes y organizaciones por la defensa de derechos y acceso a la salud frente a la ofensiva neoliberal, y el fortalecimiento de las opciones médicas provenientes de la medicina alternativa o complementaria.

Los medios de comunicación en general, y la publicidad en particular, no son ajenos a estos procesos. En ellos gravitan, por el contrario, las tendencias más amplias arriba descritas, pero re-semantizadas a partir de los mecanismos narrativos propios de cada género comunicacional. En este texto indagamos en particular en el discurso publicitario. Buscamos distinguir lo que caracterizamos como la gravitación de los discursos en torno a la no discriminación, la promoción de los derechos humanos y los derechos de distintos colectivos, y la violencia de género, que consideramos característicos de los periodos de gobierno sucedidos entre 2003 y 2015. La

resonancia de este imaginario, y de las transformaciones políticas que lo hicieron posible, puede observarse en las denuncias recibidas por la DPSCA desde su creación en 2012. Durante el período mencionado (2003-2005) se constata la emergencia fuerte en Argentina de una retórica pública sobre los “derechos” que acompañó la notable innovación legislativa, política y jurídica en cuestiones tales como los derechos a la comunicación, los derechos reproductivos, sexuales, y de género, la creación de institutos y agencias de protección y promoción de audiencias, públicos, poblaciones y consumidores (proceso del cual la misma Defensoría del Público es parte), entre otras. Esta ampliación e integración de sectores duramente postergados durante las dictaduras de los años ‘70s, las graves crisis financieras de los primeros gobiernos democráticos durante la década de 1980 y la arremetida neoliberal de los años ‘90, buscó reparar semántica y materialmente aquellas exclusiones, caracterizando la década a través de fuertes procesos de inclusión de amplios sectores sociales (Antón et al., 2010).

En este artículo consideramos que nuestros análisis dan cuenta, de una manera inductiva y a una escala pequeña, de las emanaciones de tales procesos de transformación acaecidos en Argentina durante la década 2003-2015. Así, exponemos que los cambios en las modalidades de representación y ejercicio de la salud a nivel global arriba resumidos se observan en Argentina en combinación con la apropiación por parte de las audiencias televisivas de aquel discurso que destacábamos en torno a los derechos, la promoción de la participación ciudadana, y el rebatimiento de las lógicas excluyentes, lesivas y discriminadoras que caracterizaron la reacción centro-izquierda a la ola neoliberal inmediatamente anterior, y a los procesos políticos argentinos caracterizados por la violencia y la crisis política y económica más ampliamente.

El artículo se estructura en cuatro secciones: descripción del perfil de denunciantes y denuncias recibidas por la Defensoría del Público, marco teórico y antecedentes, análisis de los reclamos y conclusiones.

## Marco teórico y antecedentes

La investigación académica ha prestado en general poca atención a los procesos de recepción de contenidos mediáticos ligados a la salud y la enfermedad (Davín, 2003). En el resto de esta sección explicitamos nuestro marco teórico y reseñamos algunos de los resultados de investigaciones previas sobre el campo.

Esta investigación tomó como marco teórico los aportes de los estudios culturales (EC), especialmente en su versión británica (en tanto acompaña en esta la crítica

<sup>1</sup>Este artículo se desprende de un proyecto de investigación mayor a cargo de la DPSCA donde se explora la representación televisiva de la salud en la Ciudad de Buenos Aires.

a la aproximación norteamericana<sup>2</sup>). En su versión más general, los EC enfatizan hasta qué punto la experiencia personal de la salud está mediada por la relación con los medios de comunicación (Seale, 2003). Como parte de un movimiento de renovación al interior de los estudios de los procesos de comunicación de masas, los estudios culturales comenzaron a problematizar el rol meramente receptivo de las audiencias comunicacionales. Los EC partieron de una fuerte crítica tanto a la tradición funcionalista como a la teoría crítica, donde la relación producción/consumo era concebida como inherentemente asimétrica, y los medios de comunicación caracterizados como estructuras dominantes con alta capacidad de influencia en los hábitos, gustos y experiencias de las audiencias. Con una fuerte impronta empírica (particularmente etnográfica), en oposición a las aproximaciones de corte más teórico y abarcador que eran más típicas del funcionalismo y la Escuela de Frankfurt, los EC propusieron por el contrario asumir la “naturaleza compleja y contradictoria del proceso de consumo cultural de los productos mediáticos” (Morley, 1992: 7). Así, bajo la égida sugerida por el fundante “Codificar/decodificar” de Stuart Hall, las audiencias ingresaron a la consideración de los estudios de los procesos comunicativos, vistas ahora, a través del prisma otorgado por los EC, como auténticas calderas productoras e interpretadoras de los mensajes mediáticos, esto es, en su carácter de agentes de la comunicación.

La comprensión provista por los EC del proceso de producción y consumo mediático en tanto constituida por dos polos activos, antes que por un centro diseminador e influyente y uno meramente receptivo e influenciado, resulta de interés para esta investigación. Ella provee un marco interpretativo para la consideración de aquello que las audiencias leen y resignifican en el texto televisivo. Siguiendo a Rogers et al. (2004), estas interpretaciones tienen necesariamente una impronta de corte particular, atravesadas por clivajes de nacionalidad, clase, género, edad, capacidad, etnia, por nombrar sólo algunos. Estos diferentes grupos de recepción pueden ser nombrados, siguiendo a Lindlof (1987) como “comunidad interpretativa”.

La perspectiva de los EC ha sido asumida y expandida por autores en el campo de estudios de comunicación y salud. Por ejemplo, Lewis y Lewis (2015) utilizan los aportes de los EC para pensar cómo las maneras en las cuales las personas piensan y experimentan su salud

está influenciada por las formas en las que la salud es hablada en las noticias, la publicidad, las redes sociales y los programas de entretenimiento. Para los autores, los discursos mediáticos sobre salud son reinterpretados en el marco de las experiencias de las personas, diversos sistemas de conocimiento, la multiplicidad de los grupos sociales, las creencias y las prácticas culturales. Lewis y Lewis conciben por lo tanto su propuesta de comunicación sobre salud en términos de un proceso de intercambio entre audiencias, medios de comunicación y grupos sociales, todos involucrados en la producción de significados sobre la salud.

A pesar de este marco propicio brindado por los EC orientado hacia una concepción más agenciada de las audiencias en relación con los mensajes sobre salud, han sido escasos los trabajos empíricos que han abordado el estudio de las formas en las cuales las audiencias de hecho reciben y reinterpretan los mensajes sobre salud emitidos en una variedad de formatos. La etnografía de audiencias de Davin (2003) indagó en la recepción de la ficción sobre la medicina de urgencia en Estados Unidos, ER. Su estudio mostró cómo los/as televidentes utilizaban la serie no sólo como entretenimiento, sino también como fuente de información sobre salud. Muchos/as de ellos/as, incluso, concebían a la telenovela como un documental, lo que lógicamente incrementaba la confianza en la información médica allí distribuida. Estas actitudes son demostrativas de una fuerte convicción en la verdad y precisión de los mensajes divulgados por la telenovela, así como de una alta confianza en el profesionalismo de los equipos de producción. Estos resultados son consistentes con otros estudios que mostraron cómo las audiencias televisivas norteamericanas utilizan dramas de amplia difusión (como Dallas y Coronation Street) como fuentes de información médica (Rapp, 1988 y Philo, 1996, citados en Davin, 2003), indicando además la preferencia por el “edutainment” (es decir, la provisión de contenidos educativos a través de formatos de entretenimiento [Bouman, Mass y Kok, 1998]). Estos hallazgos son especialmente importantes, para la autora, en la medida de que se ha mostrado (Frankham, 1991, citado en Davin, 2003) que la promoción de la salud y de mensajes relativos a su cuidado son más efectivos cuando vienen asociados a la emoción (producida por la dramatización) que a una recepción meramente cognitiva (como la de los modelos clásicos de educación en salud).

### **Sociodemografía de los reclamos**

Entre noviembre de 2012 y abril de 2017 la DPSCA recibió 358 denuncias sobre publicidades sobre un total de 10.181 reclamos. Casi un 60% de ellas refería a anun-

<sup>2</sup> Ang y Morley (1989) advierten contra los riesgos de descontextualizar el origen británico de los estudios culturales, en la medida de que el surgimiento de estos implicó un análisis conjunto de los medios con las esferas política, económica, industrial, etc., mientras que la vertiente norteamericana de esta corriente devino un sinónimo de “postestructuralismo” o simplemente de “teoría” sin investigación empírica y sin el análisis de otros dominios (Morley, 1992).

cios relacionados con la salud<sup>3</sup>. Dentro de las denuncias sobre productos que hacen referencia a la salud, 60 son las que corresponden a los anuncios de medicamentos, que son el corpus de este artículo. En ellos se observa una marcada asimetría de género, representada en los 52 reclamos realizados por mujeres (86,6%) frente a los 7 de varones (11,6%). Por su parte, el promedio de edad de quienes realizaron estos reclamos fue en mujeres alrededor de los 38 años y en varones 31. La zonas geográficas de las cuales provinieron, tuvieron en la provincia de Buenos Aires con 31 reclamos (51,6%) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con 11 (18,3%) los principales lugares de origen.

A partir de los datos de género, edad y zona geográfica, puede interpretarse que las mujeres adultas de las principales áreas urbanas son las que lideran las presentaciones en la DPSCA sobre publicidades de medicamentos.

Por otro lado, es importante aclarar que aunque existe una normativa marco para la interpretación de los reclamos, desde luego las audiencias realizan presentaciones por los aspectos que ellas identifican como problemáticos, incómodos o lesivos en los discursos audiovisuales, incluida la cuestión de las faltas en el acceso a los mismos. En el análisis de los reclamos se ha notado que solamente en una cantidad exigua de casos las audiencias identifican en las publicidades vulneraciones a la normativa específica. Por el contrario, como hemos adelantado en la Introducción, la gran mayoría de las denuncias recibidas por el organismo no tienen que ver con temas contemplados por la normativa inherente a los discursos publicitarios. Así, en ellas se ve emerger la preocupación relativa a otras problemáticas de fuerte gravitación en la agenda mediática contemporánea, como son la violencia contra la mujer y la discriminación.

## **Análisis de los reclamos**

### *Campos semánticos*

Las denuncias recibidas en la DPSCA pueden ordenarse de acuerdo a su pertenencia a distintos campos semánticos. Andreína Adelstein entiende por campo semántico “un grupo de palabras que recubren un dominio conceptual [...] todo el léxico de una lengua se estructura en campos semánticos” (1996: 33). El análisis de los reclamos recibidos permitió identificar dos grandes campos semánticos a los que refieren las denuncias: la violencia contra las mujeres y la discriminación. De los 60 reclamos sobre medicamentos recibidos, 26 tematizaron la

cuestión de la discriminación y 28 se estructuraron en torno al reclamo por violencia de género. Las 6 denuncias restantes correspondieron a aquellas que abordaron cuestiones que no se analizan aquí.

Estos análisis ponen de manifiesto que los temas por los que las audiencias que reclaman se sienten interpeladas, y la lectura prevalente de los mensajes publicitarios sobre salud, no tienen una relación directa con el producto o mensaje explícito de los anuncios. En este sentido, pocas denuncias trataron sobre temas como la eficacia o el uso de los medicamentos anunciados. De manera contraria, la mayoría de los reclamos recibidos dan cuenta de una recepción audiovisual que lee en los anuncios de salud temas que la convocan desde otras áreas, como son la discriminación y la violencia contra las mujeres.

### *La violencia contra las mujeres: entre el consumo y la reivindicación*

El campo semántico definido por los reclamos respecto de la violencia contra las mujeres ejercida por las publicidades está integrado por un conjunto de reclamos que versan principalmente sobre dos productos: un analgésico para dolores menstruales de la marca Ibuevanol (16 denuncias) y el paracetamol de la marca Tafirol (5 reclamos). A estos se agregan aquellos sobre un descongestivo de la marca VickVitapyrena (3), dos denuncias por productos para eliminar piojos de las marcas Zona Libre y Nopucid, y dos denuncias relativas a calmantes y analgésicos de las marcas Anaflex y Alermix. En lo que sigue, se focaliza en el análisis de la publicidad de Ibuevanol Forte, ya que fue la que recibió mayores reclamos, superando la mitad de las denuncias aquí consignadas.

En la publicidad de Ibuevanol Forte (“Será porque te vino”) una mujer sufre a lo largo de su día los embates de distintos agentes (el vecino, unos obreros, la suegra) justo en el día que tiene su menstruación, mientras el jingle sugiere que el sufrimiento está solo fundamentado en el día del ciclo, y no en las molestias objetivas que tales agentes causan. El anuncio termina con una autoridad médica caracterizando los síntomas menstruales y el efecto del medicamento.

El análisis de los reclamos muestra que la estigmatización constituye la principal incomodidad manifestada. Se critica la representación ofensiva de la mujer que menstrúa, promoviendo una comprensión negativa del ciclo femenino y, por continuidad, de la mujer que lo atraviesa. Tales reclamos denotan un conocimiento de discusiones pertenecientes al campo de la lucha por los derechos de las mujeres y del feminismo y, de una manera que entronca con la clave Nueva Era o ecologista, una revalorización de la menstruación. Por ejemplo, algunas denunciantes expresaron que la publicidad: “expone los estereotipos de la mujer sometida a las debilida-

<sup>3</sup> Se consideraron dentro de estos los anuncios de alimentos, productos de higiene personal, productos de limpieza, de medicamentos y campañas publicitarias.

des de la sociedad machista, y lo[s] difunde, y lo[s] profundiza” (D20); “tratan el tema relacionado a la menstruación de una forma estereotipada, violenta, banalizada e invasiva hacia el cuerpo y la intimidad de la mujer” (D23); “considero violentan mi condición como mujer y como ser humano, al reivindicar estereotipos y fortalecer a través del lenguaje publicitario estereotipos de género tanto femenino como masculino que condicionan mi libertad y el imaginario social” (D24); “hace referencia al estereotipo de mujer dictada por la medicina hipocrática donde la histeria es la condición de mujer” (D5).

Asimismo, algunas denuncias critican específicamente el corte medicalizado a través del cual el ciclo femenino es representado en la publicidad: “Justamente estamos trabajando para que se sepa mucho más sobre la menstruación. Y la ginecología que confirma esa teoría que por favor se informe” (D17); “Argumenta que todas las cuestiones que pueden molestar o movilizar a una mujer se reducen a una simple explicación biologicista” (D24). Se ve aquí una notable molestia con el rol de la medicina como difusora de estereotipos en torno a la menstruación, las emociones de la mujer menstruante y la supuesta inhabilitación que se sigue de pasar por esa condición todos los meses. Estos testimonios son así prueba de un movimiento imbuido por las máximas del movimiento anti-medicina, y de revalorización de los estadios naturales del cuerpo femenino tal cual se manifiestan, rechazando la intervención biomédica (representada por el Iblueanol).

En efecto, y especialmente en Occidente, el feminismo de la llamada “segunda ola” dio lugar a debates en torno a la sexualidad, la reproducción, la violencia, el trabajo, la familia, la prostitución, entre otros, que propusieron pensar la especificidad femenina en gran parte a partir de sus condicionantes biológicos. La feminista Simone De Beauvoir situó la cuestión de la especificidad de las mujeres qua mujeres, y consideró las variadas maneras en las que la biología femenina era el origen de las múltiples formas de opresión de aquellas. Al mismo tiempo, en el marco de lo que Elias (1994) llamó el proceso de civilización occidental, caracterizado por la domesticación del cuerpo, sus humores e instintos, De Beauvoir llamó la atención hacia el carácter socialmente enajenante de los procesos reproductivos y menstruales para las mujeres<sup>4</sup>, y hacia las parciales emancipaciones que se dan a través de la participación de estas últimas en el trabajo asalariado y la realización de trabajo intelectual, creativo o sexual. Si para la autora francesa el cuerpo femenino traiciona (Felitti, 2016), el “devenir mujer” tiene que ver con aprender a modelar y administrar esos determinantes físicos ligados a la inmanencia y, desde su marco filosófico existencialista, asumir

la autonomía que da lugar a la participación plena en el mundo público (trascendencia). De esta forma, la gestión de la menstruación es parte de una dinámica civilizatoria que demanda tanto la constitución de un nuevo espacio: el de la intimidad, como de una mujer que, a través de esa gestión, puede ir garantizando su ingreso a la cosa pública.

En estos reclamos, las mujeres denunciantes parecen apropiarse de parte de aquellos discursos y propuestas. Por un lado, en efecto, las mujeres que reclamaron ante la DPSCA no parecen cuestionar directamente el aspecto comercial de la publicidad, es decir, el hecho de que la menstruación devenga una ocasión de consumo de cara a la gestión del dolor. En esto, se podría pensar que se encuentran ya socializadas, y que en parte aceptan, las premisas respecto del ingreso de la menstruación como un objeto de gestión y consumo personal a través de los productos ofrecidos por la industria de higiene personal. Por otro lado, se observa que en algunos reclamos hay una fuerte recusa a una representación de la menstruación como algo negativo, a la histerización de la mujer menstruante según el modelo biomédico, y a la estigmatización y discriminación consecuentes. Esta discursividad, que se observa en los textos de varias de las denuncias, sintoniza con las formas de entendimiento del ciclo femenino propugnadas por la visión feminista, new age o ecológica que se han recuperado arriba.

### *La discriminación*

En lo referente al campo semántico de la discriminación por razones distintas al género, se trata, como ya se indicó, de casi la mitad de denuncias (26) sobre medicamentos recibidas por la DPSCA. Los reclamos que se adjudicaron a este campo corresponden exclusivamente a las denuncias sobre las publicidades de Asepxia, una serie de productos para el cuidado de la piel con acné. Entre ellos, 23 fueron realizados por mujeres y sólo tres (11,5) por varones. Este conjunto de publicidades representa diferentes situaciones sociales en las cuales algún varón o mujer joven resultan rechazados/as por su grupo o por alguna potencial pareja sexual en vistas de que tiene acné. En un segundo momento de la publicidad, el o la adolescente que sufrió rechazo es nuevamente aceptado por el mismo grupo o persona luego de haber utilizado Asepxia, el producto que combate el acné.

En estos reclamos es posible observar la preponderancia de un foco de incomodidad con lo que los denunciantes perciben es el discurso estigmatizante de la marca sobre aquellas personas que sufren del acné. Así, la casi totalidad de las denuncias refiere de una u otra manera a

<sup>4</sup> En la bibliografía de corte antropológico existe un establecido cuerpo de trabajos que ha ahondado en el carácter extendido a varias culturas de los “tabús menstruales”, y de la asociación de la menstruación con la contaminación (por ejemplo, Bucley y Gottlieb, 1988). Este último punto también analizado por Douglas (1984 [1966]).

la representación negativa que la publicidad propone de los/as adolescentes que sufren de esta condición de la piel, vinculándola a su vez con dinámicas sociales como el llamado “bullying” y la burla: “Deja en claro que aquellas personas que no utilizan el producto son rechazadas socialmente y se transforman en objeto de burla del resto de la sociedad” (D34); “Queremos reclamar por la violencia ejercida en las publicidades de la marca Asepxia por fomentar la discriminación y naturalizar actos de machismo y de desvalorización personal poniendo en relieve la imagen de manera violenta” (D45).

Muchas de estas denuncias ponen un particular énfasis en la adolescencia como el sujeto que resulta vulnerado a través del discurso de la discriminación. Esto pone a las audiencias que reclaman en una situación de incomodidad, en la medida de que se trata de una etapa de la vida en la cual los cambios hormonales y otros vinculados a la pubertad ya colocan a los miembros de este grupo social en una situación de exposición: “Como madre de un niño que transita la pubertad... me parecen de terror las nuevas publicidades del producto ASEPXIA. En ellas hay DISCRIMINACIÓN, ESTIGMATIZACIÓN, DESVALORIZACIÓN... DE LOS ADOLESCENTES CON ACNÉ” (D32); “Productos Asepxia: sus publicidades son sumamente denigrantes para aquellos que sufren el trastorno del acné, más en una etapa tan sensible y llena de presiones impuestas socialmente como es la adolescencia” (D29); “Estas piezas ‘de comunicación’ minan la autoestima de las y los adolescentes, colocan la valoración entre las personas en aspectos superficiales de relaciones humanas. Creo que no contribuyen en nada a una sociedad más igualitaria” (D42); “De más está enumerar la carga de violencia que este mensaje falso y discriminatorio ejerce sobre los jóvenes a los cuales está dirigido, teniendo en cuenta que hay una ley que promueve la protección de sus derechos y entre esos derechos esta no ser violentados ni discriminados” (D49).

Como puede verse a través de los extractos citados, este subconjunto de denuncias que inscriben su reclamo en el campo semántico de la discriminación por razones distintas al género (en este caso, etario), está fuertemente subjetivado, es decir, posee marcas discursivas que suponen la inclusión de la subjetividad en el discurso. Así, es evidente que muchos de los y las reclamantes encuentran en estas inscripciones de marcas de subjetividad una manera de dejar constancia de la situación desapacible vivida a partir de la observación de las piezas publicitarias. No es solamente un reclamo: el enunciado está impregnado de apreciaciones personales. El mensaje publicitario ha implicado y disgustado a las audiencias y sus respuestas consisten en enunciar el reclamo desde

una perspectiva personal, pero esa catarsis no se da en un foro de consumidores o en la red social de la empresa que ha producido el mensaje, sino que la particularidad de este caso es que a quien se interpela es a un organismo del Estado sobre las formas de figuración y/o representación de la adolescencia.

## Conclusiones

En este texto se ha dado cuenta del análisis realizado acerca de los reclamos sobre publicidades de medicamentos recibidos en la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual durante el período noviembre 2012-abril 2017. En total, los 60 reclamos recibidos durante cuatro años de gestión indican que el discurso sobre medicamentos no constituye el foco de las incomodidades de las audiencias. Sin embargo, en el marco de una débil tradición civil de demanda y contacto individual con el Estado en la Argentina –mucho más en lo que respecta a la comunicación audiovisual, ya que la DPSCA es el primer organismo nacional e internacional de estas características–, se ha indicado cómo los reclamos realizados acerca del discurso audiovisual son una forma novedosa de vinculación entre sociedad civil y ámbito estatal. Teniendo en cuenta los antecedentes de la bibliografía especializada, se estableció también hasta qué punto la experiencia contemporánea de la salud está necesariamente atravesada por la relación que las personas entablan con los medios de comunicación audiovisuales.

Los análisis realizados por la Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo de la Defensoría han mostrado el alto grado de modalización subjetiva que caracteriza los reclamos de las audiencias sobre medicamentos. Se ha mostrado cómo los/as denunciantees buscan expresar su incomodidad y desagrado frente a determinadas publicidades haciendo explícita su posición de reclamantes.

Por otro lado, como resultado del análisis se destacó también cómo los reclamos recibidos a propósito de las publicidades de medicamentos no discuten ni denuncian, en su gran mayoría, el discurso publicitario sobre el objeto promocionado. Por el contrario, la mayoría de las denuncias recibidas a propósito de medicamentos se inscriben en campos semánticos ajenos al dispositivo de salud en sí. Estos son: el campo semántico de la discriminación y el de la violencia de género. Así, las audiencias que denunciaron no problematizaron aspectos tales como la veracidad, idoneidad, utilidad o autoridad del discurso sobre los medicamentos, sino que en todo caso sintieron sus derechos comunicacionales lesionados al interpretar que en aquellas piezas se presentaban



discursos discriminadores y violentos hacia las mujeres o los y las adolescentes. Si bien este análisis atañe sólo a las 60 denuncias recibidas, sugiere que antes que el discurso sobre medicamentos, las publicidades sobre este tipo de productos son interpretadas preponderantemente por las audiencias reclamantes como lesivas en formas imprevistas y poco conectadas con la salud en sí misma. Esto es, produciendo incomodidades en los terrenos de la discriminación y la violencia, antes que en el de la salud. Próximos trabajos en esta línea podrán estudiar el mantenimiento o no de la tendencia aquí observada.

## Referencias Bibliográfica

- Adelstein, A. (1996). *Enunciación y crónica periodística*. Buenos Aires: Editorial Ars.
- Ang, I. y Morley, D. (1989). Mayonnaise culture and other European follies. *Cultural Studies*, 3(2).
- Antón, G., Cresto, J., Rebón, J. y Salgado, R. (2010). Una década en disputa. Apuntes sobre las luchas sociales en la Argentina. En: *Una década en movimiento. Luchas populares en América Latina (2000-2009)*. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/osal/osal28/07Anton.pdf>
- Bouman, M., Mass, L. and Kok, G. (1998). Health Education in TV entertainment. *Health Education Research*, 13(4), 503–18.
- Davin, S. (2003). Healthy Viewing: the Reception of Medical Narratives. *Sociology of Health and Illness*, 25(6), 662-679.
- De Beauvoir, S. (2016). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Debolsillo.
- Douglas, M. (1984). *Purity and Danger*. An Analysis of Concepts of the Concepts of Pollution and Taboo. Londres, Nueva York: Routledge.
- Elias, N. (2016). *El proceso de la civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: FCE, 2016.
- Felitti, K. (2016). El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. Sexualidad, salud y sociedad. *Revista Latinoamericana*, 22, 175-206.
- Frankham, J. (1991). AIDS – It's Like One of Those Things You Read About in the Newspapers. En: Schostack, J.F. (Ed.) *Youth in Trouble*. London: Kogan Page.
- Hall, S. (2005). Encoding/Decoding. En: Hall, S., Hobson, D., Lowe, A., y Willis, P. (Eds.) *Culture, Media, Language*. Working Papers in Cultural Studies, 1972–79. Londres, Nueva York: Routledge, pp. 117-127.
- Lewis, B. y Lewis, J. (2015). *Health Communication: A Media & Cultural Studies Approach* London y New York: Palgrave Macmillan.
- Lindlof, T. (ed.) (1987). *Natural Audiences*. Norwood, NJ: Ablex.
- McRobbie, A. (2009). *The Aftermath of Feminism*. Gender, Culture and Social Change. Londres: Sage.
- Morley, D. (1992). *Television Audiences & Cultural Studies*. Londres; NY: Routledge.
- Philo, G. (1996). *Media and Mental Distress*. London: Routledge.
- Rapp, R. (1988). Chromosomes and Communication. *Medical Anthropology Quarterly*, 2(2), 143–143.
- Rogers, E., Singhal, A. y Thombre, A. (2004). Indian Audience Interpretations of Health-Related Content in the Bold and the Beautiful. *Gazette: the International Journal for Communication Studies*, 66(5), 437-458.
- Seale, C. (2003). Health and Media: An Overview. *Sociology of Health and Illness*, 25(6), 513–531.

## Revisores que han colaborado en los años 2017 y 2018

Desde RECS queremos agradecer el buen trabajo de revisión de artículos que ha sido realizado por los siguientes profesionales altamente cualificados:

1. D. Alvaro David Campos Palomo, Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, España.
2. Dña. Patricia Rocamora Pérez, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, España.
3. D. Luis Manuel Cibanal Juan, Facultad de Enfermería, Universidad de Alicante, España.
4. Dña. Andrea Langbecker, Universidad Federal de Bahía, Brasil.
5. D. Florencio Jesús García-Latorre, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Gobierno de Aragón, España.
6. Dña. Remedios López Liria, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, España.
7. D. Jaime Vicente Morera Balaguer, Departamento de Fisioterapia, Universidad Cardenal Herrera CEU, España.
8. D. Borja Arjona Martín, Facultad de Comunicación y Documentación, Universidad de Granada, España.
9. D. Jesús Díaz del Campo Lozano, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad Internacional de La Rioja, España.
10. D. Daniel Catalán Matamoros, Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual Universidad Carlos III de Madrid, España.
11. D. Francisco José Segado Boj, Facultad de Empresa y Comunicación. Universidad Internacional de La Rioja, España.
12. D. Carlos Javier Vander Hofstadt Román, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, España.
13. D. Rubén Mirón González, Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina, Universidad de Castilla-La Mancha, España.
14. D. Alberto Gómez Mármol, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Murcia, España.
15. Dña. Margarita Martínez Rubio, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España.
16. Dña. Raquel Castilla Nieto, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España.
17. Dña. Melva Herrera Godina, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, México.
18. D. Juan Muñoz Cano, División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Juárez de Tabasco, México.
19. Dña. Isabel Plaza Espuña, Unidad de Evaluación, Sistema de Información y Calidad, España.
20. D. Daniel Guillén Martínez, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
21. Dña. Diana Jiménez Rodríguez, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
22. Dña. Paloma Villafranca López, Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad de Málaga, España.
23. D. Aaron Rodríguez Serrano, Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad Jaime I de Castellón, España.
24. Dña. Rosario Sánchez Gómez, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
25. Dña. Vanessa Arizo Luque, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
26. D. Andrés Fontalba Navas, Subdirector Médico, Área Sanitaria Norte Málaga, Servicio Andaluz de Salud, España.
27. Dña. Elsa Moreda Sánchez, Departamento de Ciencias de la Comunicación y Sociología, Universidad Rey Juan Carlos, España.
28. Dña. Eva Herrero Curiel, Departamento de Comunicación y Periodismo, Universidad Carlos III de Madrid, España.
29. Dña. Lara Carrascosa Puertas, Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social, Universidad de la Laguna, España.
30. Dña. María Dolores Lorán Herrero, Facultad de Ciencias Jurídicas y de la Empresa, Universidad Católica de Murcia, España.
31. Dña. Sofia Gomes, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, Portugal.
32. Dña Magdalena Gómez Díaz, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
33. Dña. M<sup>a</sup> Carmen Conesa Fuentes, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
34. Dña. Luz Martínez Martínez, Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad Complutense de Madrid, España.
35. Dña. M<sup>a</sup> Carmen Neipp López, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, España.
36. D. Esteban Galán Cubillo, Departamento de Ciencias

de la Comunicación, Universidad Jaume I de Castellón,  
España.

37. D. Juan Carlos Sánchez López, Universidad Católica  
de Murcia, España.

38. D. Javier Bermúdez Álvarez, Facultad de Psicología,  
Universidad Autónoma de Nuevo León, México.