

Volumen 1 : Número 2 : Julio – Diciembre : 2010
ISSN: 1989-9882

Pág.

Editorial

La comunicación en salud
M Muñoz-Cruzado y Barba

[66](#)

Monográfico: Situación actual de la comunicación en salud

La información sobre la salud en los medios de comunicación
J Sánchez Martos

[68](#)

Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud
J L Terrón Blanco

[77](#)

Reflexiones sobre la comunicación interpersonal
L López Samaniego, L Cibanal Juan, A L Noreña Peña, N Alcaraz Moreno

[98](#)

La interacción comunicativa en el cuidado de la salud
A L Noreña Peña, L Cibanal Juan, N Alcaraz Moreno

[113](#)

Originales

Análisis de los temas sanitarios publicados en dos periódicos digitales
A Rico Cano

[130](#)

El rol de las campañas de comunicación en la promoción de la salud y la prevención de lesiones en salud laboral
F A Vega Ramírez, D Catalán Matamoros, R López Liria

[137](#)

Comunicación y refugiados
M Povedano Jiménez

[155](#)

Los contenidos sanitarios en la prensa nacional
V Márquez Hernández

[164](#)

Discapacidad física y campañas publicitarias en Internet
C Ropero Padilla

[172](#)

Comunicación sanitaria y marginalidad
M M López Rodríguez

[178](#)



Juan P. Noa 2010

Editorial

La comunicación en la salud

Communication in health

Que un avión se estrella en Turquía *por tercera vez en lo que va de año*, que en determinada fecha se realizará *una campaña de difusión* del SIDA en la Plaza de Armas de la capital a contar de las 11 horas de la mañana o que los dolores vertebrales *se curan con psicoterapia*, no son más que algunos de los ejemplos que podríamos traer a colación acerca de las incorrecciones que, con demasiada frecuencia, suelen aparecer en la prensa diaria.

Estas inexactitudes, con independencia de la gracia que pueda suponer para quienes conocen el verdadero mensaje que el redactor de la noticia ha querido ofrecer, tienen otras connotaciones que deben ser tenidas en cuenta.

Pensar que un avión se ha estrellado tres veces en un año, nos lleva a pensar *si siempre lo conducía el mismo piloto*, y pensar que en la Plaza de Armas de la capital, a las 11 de la mañana se va a difundir una enfermedad tan indeseable como el SIDA, nos hará desear alejarnos de esa plaza e incluso del país en donde se va a *difundir la enfermedad*.

Asimismo, qué duda cabe que, quienes conocemos que algunos dolores vertebrales pueden ser considerados de origen psicosomáticos y, por ello, susceptibles de tratamiento psicoterapéutico, también sabemos que no *todos* los dolores vertebrales tienen esa causa. Hernias discales, tumores, malformaciones vertebrales, enfermedades

de la columna vertebral y/o sistémicas, entre otras, pueden ser la etiología de dolores vertebrales para cuya curación la psicoterapia sería, cuando más, insuficiente.

Pero los lectores leen lo que se escribe, oyen lo que se les dice y ven lo que se les muestra en los medios de comunicación social, por lo que es posible que un paciente, debidamente diagnosticado de una patología que requiera una actuación quirúrgica, al que su médico le ha explicado, debidamente y hasta conseguir su convencimiento, la necesidad de tal medida terapéutica, tras leer la referida noticia, ponga en tela de juicio el consejo recibido, lo que supondrá que, a su padecimiento vertebral y a su situación de inseguridad, miedo, etc., ante la determinación a adoptar y sus resultados, se añada la duda generada por la citada noticia.

En determinados casos, la cosa puede no ir a mayores. El paciente en cuestión intentará evitar la intervención quirúrgica por medio de la psicoterapia y, bien porque el psicoterapeuta al que se dirija le oriente acerca de la inconveniencia de esta medida para resolver su problema o bien porque los efectos de la medida adoptada no lleguen a mejorar su situación, volverá a plantearse aceptar la solución que en su día le indicó el médico. Sin embargo, ciertas situaciones que requieren de soluciones rápidas, la pérdida de tiempo puede suponer que lo que en su día tuvo solución, ahora ya no la tenga o que los resultados a obtener ya no sean tan halagüeños como en principio se presumía.

De todos depende acabar con este problema. Las prisas no son buenas consejeras. La inmediatez de la noticia, a veces, nos puede jugar una mala pasada y hacernos quedar muy mal a los ojos de los entendidos e incluso ser causa de algún chiste entre ellos; pero, como decía al principio, también podemos causar estragos en cierto sector de la población y, donde se quiso sembrar esperanzas, hacer que crezca la incertidumbre y la adopción de actitudes inadecuadas que menoscaban la salud de las personas. Y eso, siendo benévolo, solo puede ser calificado de *irresponsabilidad*.

M Muñoz-Cruzado y Barba

Presidente de la Asociación
Española de Comunicación Sanitaria
mmunozb@uma.es

Perspectivas

La información sobre la salud en los medios de comunicación

Health information in the mass media

J Sánchez Martos ^{1*}

¹ Catedra de Educación para la Salud. Universidad Complutense de Madrid.

Fecha de recepción: 02/11/2010 – Fecha de aceptación: 14/12/2010

Resumen

La salud y mucho más la enfermedad siempre han cobrado una relevante importancia para la población general y los medios de comunicación se han hecho eco de ellas desde hace años. En principio dentro de la sección de Sociedad y más tarde con páginas y suplementos especiales, pero con demasiada frecuencia ofreciendo una información que en ocasiones han ayudado a crear "alarmas sociales". Entendemos que tanto la salud como la enfermedad han de ser tratadas en los medios de comunicación trabajando en equipo entre los profesionales de los medios y los profesionales sanitarios en su conjunto. Por otra parte proponemos la creación de la "Agencia de Seguridad de Información de Salud", con el objetivo de evitar estas alarmas sociales entre la población y garantizar una información rigurosa y de calidad, lo que contribuirá sin duda a mejorar la Educación para la Salud de la Población.

Palabras clave: Educación para la salud; Medios de comunicación social; Alarma social.

Abstract

Health and much more disease have always been gained a significant importance for the general population and the media have been echoed them for years. In principle inside the section of society and later with pages and special supplements, but all too often offering a information that sometimes have helped to create "social alarms". We understand that both the health as the disease have to be treated in the media working as a team among the media professionals and health professionals as a whole. On the other hand we propose the creation of the "Agency of Security of Information of Health", with the objective to avoid these social alarms between the population and to guarantee a rigorous information and of quality, which will contribute without a doubt to improve the Education for the Health of the Population.

Key words: Health education; Mass media; Social alarms.

* Correspondencia: jsanchezma@meditex.es

*“La salud es demasiado importante
como para dejarla únicamente
en manos de los médicos”
Voltaire (1694-1778)*

Desde que en mayo de 1981 el Ministro de Sanidad Jesús Sancho Rof afirmara de forma categórica, que el “síndrome tóxico por el aceite de colza” se debía al *Mycoplasma pneumoniae*, refiriéndose a él como “un bichito tan pequeño que si se cae de la mesa se mata”, la enfermedad y en contadas ocasiones la salud, han ocupado un espacio muy importante en la mayoría de los medios de comunicación, cobrando el protagonismo en la actualidad como verdaderos “suplementos de salud”, que con mucha frecuencia resultan difíciles de entender por una gran mayoría de la población.

Por otra parte, en los últimos quince años hemos podido comprobar que la cifra de los cibernautas, que ya se mide en miles de millones de usuarios, se ha multiplicado de forma logarítmica, cuando de búsquedas de salud y enfermedad se trata, y en la mayoría de las ocasiones con contenidos nada rigurosos y con frecuencia demasiados peligrosos para la salud de los internautas, convirtiéndolos con mucha frecuencia en verdaderos “cibercondriacos”. (Informe Sespas, 2004)

Dos son los aspectos que hemos de tener en cuenta, ahora que vivimos en el siglo de las comunicaciones en el que con un solo movimiento de una mano podemos contactar con cualquier parte del mundo gracias a los avances de la tecnología de la comunicación. Por una parte la “medicina basada en la evidencia” ha demostrado en innumerables ocasiones el papel que juega la educación para la salud en los hábitos de vida de la población y por ende en la salud pública. Y por otra, hoy nadie discute que los medios de comunicación social constituyen ese “cuarto poder” que ha conseguido incluso derrocar a grandes gobiernos, y que desde luego puede influir en los hábitos de vida de la población, del mismo modo que lo hace sobre su intención de voto o sobre el producto que ha de consumir, o como ha sucedido en estos últimos años en España o Francia, agotando los productos de primera necesidad en los supermercados como consecuencia del anuncio de una huelga general o de transportistas.

Un indiscutible ejemplo de la influencia que los medios de comunicación tienen sobre la salud de la población, fue protagonizado en su día, no por los médicos o cualquier otro profesional sanitario y ni siquiera por las autoridades sanitarias, sino por el guionista de la famosa telenovela venezolana “Cristal”. El hecho de que su protagonista padeciera un cáncer de mama, sirvió para

que las mujeres en España comenzaran a realizarse una mamografía como método eficaz del diagnóstico precoz de la enfermedad.

Pero es que hoy, para llegar a vivir más y mejor, según lo que se publica y emite en los medios de comunicación social, es necesario tomar ácido acetil salicílico, la mayor parte de las veces en forma de Aspirina o cualquier otro antiagregante plaquetario, para evitar el desarrollo de una enfermedad tromboembólica o un infarto de miocardio, o incluso el mal llamado “síndrome de la clase turista”, aunque la población general desconoce las pautas de su administración y sus efectos secundarios.

Hoy además, si queremos mantener a raya nuestro colesterol, las propias Sociedades Científicas aconsejan tomar el medicamento preciso para evitar superar ese “nivel de seguridad”, que con frecuencia van disminuyendo los expertos, haciendo casi imposible mantenerlos con unos hábitos de vida totalmente saludables. ¡Y claro está que lo hacen por nuestro bien!, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad, consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, que como todos sabemos siguen constituyendo la primera causa de “muerte evitable” en España y en el resto de los países industrializados. Bueno, siempre son ayudados en este caso por los anuncios de “alimentos-medicamentos” y por famosos como el caso de Manolo Escobar.

Hoy, si queremos ser más felices y evitar caer en manos de cualquier enfermedad de nuestra esfera mental como por ejemplo una depresión, lo mejor es tomar cualquier ansiolítico o incluso un antidepresivo de última generación, al menos si hacemos caso a la publicidad que nos trata de vender estos medicamentos como “los fármacos de la felicidad”. Hoy conviene seguir recordando: “Menos Prozac y más comunicación”.

Hoy, momento en el que todos insistimos en que la obesidad es la verdadera epidemia del Siglo XXI, heredada por supuesto de su predecesor, todavía está pendiente que las propias autoridades sanitarias la acepten como enfermedad crónica. Y mientras tanto, confundiendo la enfermedad con la estética, las personas obesas o con sobrepeso confían en toda clase de dietas y pastillas milagrosas y en las clínicas que ofrecen el balón intragástrico o la cirugía bariátrica como la solución definitiva a un problema en que resulta fundamental la modificación de hábitos de vida, siempre atendiendo a la “medicina basada en la evidencia”.

Y si quiere dormir mejor, un somnífero. Y si tiene cefalea, ¿quién no la ha tenido alguna vez?, lo mejor un paracetamol o cualquier otro analgésico. Y si tiene alergia, o al menos el ciudadano en cuestión cree que la padece, pues un antihistamínico, eso sí, de los de última generación porque son los que menos efectos secundarios tienen. Y si padece una ligera dispepsia, pues ya no un antiácido, que también tiene sus efectos secundarios, sino el último inhibidor de la bomba de

protones que, como es lógico, si es más caro, será mucho mejor. Y si ha padecido cualquier golpe o un dolor lumbar, mejor que hacer un diagnóstico diferencial en la consulta del médico de cabecera en el Centro de Salud, pues a tomar cualquier antiinflamatorio de los que libremente se publicitan en los medios de comunicación, aún a pesar de poder padecer una hemorragia digestiva, aunque eso, que se encuentra detallado en el prospecto no lo dice la publicidad como es lógico. Y ahí tenemos a un gran número de ciudadanos tomando ibuprofeno, sin saber que están poniendo en riesgo la salud de su mucosa gástrica, mientras que otros, los “más informados”, añaden a su autotratamiento un protector gástrico en forma de omeprazol, lansoprazol o similar.

Y hoy para colmo de males, ya no sólo parece indispensable beber una copita de vino en la comida y otra en la cena si no queremos desarrollar una enfermedad cardiovascular aunque nos declaremos abstemios, sino que la cerveza, el cava, el champagne, y como dicen algunos expertos, “todo el alcohol tomado con moderación”, nos ayudará a vivir más y mejor, pero olvidando siempre que en el 65 % de los casos de violencia en todos los sentidos, el consumo de alcohol y especialmente el de vino, es el verdadero protagonista. ¿Y el alcohol y su relación con los accidentes de tráfico? ¿No estamos también “medicalizando” a la población al aconsejar el consumo de vino como verdadero alimento-medicamento?

Bueno, y si tiene la mala suerte de padecer un cáncer, lo mejor será tomar marihuana, incluso en forma de porros, para evitar los efectos secundarios de la quimioterapia, porque algunos expertos, aún sin llegar a demostrarlo con el rigor que exige la ciencia, siguen aconsejando esta sustancia, que desde luego no medicamento, incluso para el tratamiento de la esclerosis múltiple, olvidando que recientemente la propia FDA, tantas veces citada por los medios cuando les interesa, hace dos años emitió un informe en el que aseguraba que no existen estudios científicos que avalen el uso de esta droga como medicamento. Claro, que cuentan con políticos como nuestro Ex Presidente de Gobierno, Felipe González y Arnold Schwarzenegger que apoyan la incondicional legalización de todas las drogas sin excepción.

Hoy incluso, un gran sector de la población femenina entiende que gracias a la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano, presentada por los medios de comunicación como la vacuna eficaz contra el cáncer genital femenino, no existe riesgo de contagio y que por tanto puede prescindir del uso del preservativo y otros consejos preventivos en sus relaciones sexuales. Algo parecido a lo que está ocurriendo entre las jóvenes, que entienden que al poder disponer de la “píldora del día siguiente”, tienen libertad en sus prácticas sexuales, olvidando el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se cuenta como es lógico el cáncer de cuello uterino provocado por el virus del papiloma humano.

Hoy, con el fin de mantener un mejor grado de salud, resulta más conveniente para un amplio sector de la población, consumir alimentos enriquecidos con Omega 3, ahora incluso con nueces, aunque en realidad no sepan en qué consisten estos ácidos grasos. Pero, además de ser más caros, aspecto esencial en la teoría de consumo, la publicidad los ofrece como la solución o al menos como la alternativa a una alimentación equilibrada, base de nuestra dieta mediterránea. Y no tengo nada en contra ni de la leche, ni de los ácidos grasos Omega 3, ni de las nueces. Pero cada cosa en su sitio y con su sabor particular para poder disfrutar de la comida.

Y si a todo esto añadimos que la nueva Ley del Medicamento permite el acceso a los medicamentos que no necesitan receta a través de Internet, las cosas se nos ponen realmente difíciles a quién creemos firmemente en el poder que tiene la información adecuada y la educación para la salud.

Por otra parte, cada vez son más los señuelos en los que muchos ciudadanos caen con frecuencia, a través de los que se trata de vender un “chequeo de salud” en una de las cada vez más frecuentes “clínicas antienvjecimiento”, o mejor dicho, “antiaging” porque el marketing también es importante, que en muchas ocasiones son hoteles reconvertidos, en las que no sólo se ofrece un chequeo completo que viene a durar una semana o diez días en régimen de pensión completa o “todo incluido”, sino que se atreven a medicalizar al ciudadano, para que no se convierta en paciente, incluso con “hormonas antienvjecimiento”, aún sin disponer de los estudios suficientes que avalen este tratamiento. Pero la verdad, es que el ciudadano quiere vivir más años y además poder disfrutarlos, aunque para ello se tenga que convertir en un verdadero paciente hipotecado y en ocasiones hasta un adicto a la melatonina, que también está de moda.

Y en la mayoría de los casos, la mujer ha sido y sigue siendo la gran protagonista de la noticia o del anuncio en cuestión. Incluso en las series de dibujos animados, como sucede en casa de “Los Simpson” en Antena 3, en la que la mujer siempre tiene las de perder, ante un marido autoritario, tramposo, fumador y bebedor. Dicen los expertos que se trata de “dibujos para adultos”, pero la verdad es que quienes más los ven son los niños, que desde luego no gozan del necesario espíritu de autocrítica que tanto demandan sus creadores. En un país donde está prohibido fumar, y donde el 65% de los casos de “violencia de género” está protagonizado por el alcohol, Homer Simpson fuma y bebe a su antojo, pudiendo llegar a resultar un modelo de ejemplo para los más pequeños. Pero la verdad va más allá; esta ha sido galardonada hace un par de años en Estados Unidos como “modelo de vida saludable”. ¿Se puede ser más demagógico, e irónico con la salud de los ciudadanos y especialmente con la de nuestros hijos? ¿O se trata de la doble moral de los americanos?

¿Y qué decir de una serie de éxito de audiencias que ya sólo con su título transmite una idea equivocada, tanto del concepto de salud como del éxito social en la vida? Me refiero concretamente a la serie de Tele 5 “Sin tetas no hay paraíso”, hoy afortunadamente relegada de la actualidad, que ha servido de modelo a muchos de nuestros jóvenes, tanto por “El Duque”, un mafioso narcotraficante atractivo y de éxito, como por la protagonista, una joven adolescente que a toda costa quiere conseguir el éxito al precio que sea, que como es lógico para sus guionistas incluye una mamoplastia de aumento ¿Y alguien, productor, guionistas o incluso los responsables de la cadena televisiva, se han preguntado el daño que este título y sus contenidos han hecho a tantas mujeres que solo tienen una mama o ninguna, como consecuencia del tratamiento quirúrgico de su cáncer?. Yo les puedo asegurar que ellas lo saben, lo notan y sí, claro que lo denuncian ante una sociedad que además de estar “sorda” en este caso, sigue rindiendo un culto inexplicable a los medios de comunicación social.

Por otra parte, otra serie de éxito de Tele 5, “Escenas de Matrimonios”, nos ha mostrado la violencia como el arma con la que tratan de atrapar a la audiencia. Aunque sus defensores insisten en que solo se trata de violencia verbal. ¿Es qué sólo interesa la violencia física y solo son noticias los malos tratos cuando existe la muerte de una mujer?

Llegados a este punto es donde a mi juicio debe nacer nuestro ejercicio de autorregulación como profesionales y nuestra propia responsabilidad en el noble ejercicio de la profesión sanitaria. ¿Es necesario, es correcto, es imprescindible dar información al ciudadano y al paciente, toda la información con el fin de que pueda llegar a vivir más años y mejor?

Pues desde mi modesta opinión, un “sí” rotundo, aunque con algunos matices, como sucede con la mayoría de las aseveraciones. El ciudadano tiene el derecho, por Ley, a recibir toda la información que tenga que ver con el fomento de su salud y la prevención de la enfermedad. Y el paciente, que también es ciudadano, por la misma Ley, la propia Constitución Española, tiene el mismo derecho que nosotros no podemos negarle. Cada vez es más cierto, de acuerdo con la mayoría de los especialistas en Salud Pública, Medicina Preventiva y Educación para la Salud, que “un ciudadano bien informado es más difícil que enferme y que un paciente bien informado es más fácil que se cure o al menos que se recupere”. Pero eso no quiere decir que el ciudadano sano o el ciudadano enfermo, también denominado “paciente”, tenga que automedicarse, algo que sucede cada vez con más frecuencia en nuestra sociedad de consumo, donde parece que vivimos fomentando un exagerado culto al medicamento.

Por otra parte, también conviene recordar que la misma Ley, la Constitución Española, debe garantizar la información que reciben los ciudadanos, y sin embargo éstos en innumerables ocasiones, con mucha más frecuencia de la deseada, en lugar de consultar a su médico de

cabecera en el Centro de Salud, asisten a la consulta del Dr. Google o la del Dr. Yahoo, que nunca tienen listas de espera y que gratuitamente ofrecen todo tipo de información a través de páginas y páginas que no cuentan con el soporte del más mínimo rigor científico.

Y no olvidemos que desde aquella desgraciada crisis sanitaria del “aceite de colza” de principio de los ochenta, seguida en el tiempo por la falsa epidemia de meningitis en 1997, el mal de las vacas locas en 2001, la peste porcina, el aceite de orujo, la neumonía asiática, luego la “mortífera” gripe aviar que según muchos expertos iba a acabar con gran parte de la humanidad y ahora con la reciente Gripe A, los medios de comunicación descubrieron la clave del éxito de las audiencias en radio y televisión y de las ventas en periódicos y revistas, siempre que la salud, mejor dicho, la enfermedad sea la protagonista de la historia. ¡Y la verdad, es que nadie quiere estar enfermo! Precisamente las noticias de salud y enfermedad son las más demandadas por la sociedad en general, por encima de las políticas, en la mayoría de las encuestas de opinión. (Quintana, 2004; Palomo et al. 2006)

Dicho de otro modo, hoy el profesional sanitario está asistiendo a un verdadero cambio de la población, de ciudadanos y pacientes que debe atender en la consulta de Atención Primaria o la de la Atención Hospitalaria; un ciudadano mucho más informado, aunque la mayoría de las veces “mal informado” gracias a Internet, la red de redes sin leyes, y los medios de comunicación social, y que al estar más informado es mucho más demandante de pruebas diagnósticas que en una gran mayoría de ocasiones no son necesarias o al menos no son imprescindibles.

El ciudadano en general y el paciente en particular tiene todo el derecho a recibir la información precisa y el profesional sanitario la obligación de ofrecérsela a través del ejercicio de su profesión. Y a esto se le denomina desde hace muchos años, desde los primeros trabajos del mismísimo Galeno, desde la Escuela de Salerno, Educación Sanitaria o Educación para la Salud, o incluso como acuñan los más modernos Educación Terapéutica, aunque la verdad es que esta disciplina, verdadera estrategia para conseguir un mejor nivel de salud en la población para poder llegar a vivir más y mejor, no ha sido tenida en cuenta por los propios profesionales sanitarios, ni por las diferentes sociedades científicas, ni las autoridades académicas hasta hace apenas 10 años. Ahora, todos, profesionales, sociedades científicas, fundaciones, la industria farmacéutica e incluso los políticos, hablan sin cesar de la Educación para la Salud, aún sin conocerla y sin saber realmente en qué consiste. (Sanchez Martos, 2005)

Hoy, todos queremos incluir la Educación para la Salud en nuestro ejercicio profesional, incluso los propios profesionales de los medios de comunicación, y no digamos los “Doctores Google y Yahoo”, entendiendo que toda la información de salud, de enfermedad y de sanidad, venga de donde venga con tal de estar impresa en un “paper”, y sin tener en cuenta los intereses creados

que en muchas ocasiones están en la “tramoya”, debe llegarle al ciudadano.

El papel que la comunicación ha tenido desde siempre, pero fundamentalmente en las últimas décadas, como verdadero elemento destacado en la estrategia de cualquier organización política, económica, social, y lógicamente sanitaria, es un hecho que nadie pone en duda en el momento actual. En este sentido, Fernández del Moral nos recuerda que “ya no es la guinda que se coloca una vez terminada la tarta, es el ingrediente fundamental, el catalizador del cambio, la herramienta básica en la nueva planificación estratégica”. (Fernández del Moral, 1995).

Pero para conseguir que los medios de comunicación social puedan influir positivamente en el grado de salud de la población en general, se ha de trabajar en equipo multi e interdisciplinar y desde un punto de vista totalmente integrador, como realmente defiende nuestro Modelo Integrador de Educación para la Salud que nace en la Universidad Complutense en 1990. Así los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, podólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, ópticos, etc.) pueden contribuir a la consecución de los objetivos de los profesionales de los medios de comunicación y viceversa, siempre que ambos cuenten con un entrenamiento específico en este sentido. (Sánchez Martos y Gamella Pizarro, 2006)

Ciertamente los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes que necesita saber la población para adoptar una postura independiente y autorresponsable en la consecución de un adecuado nivel de salud, pero son exactamente los profesionales de la información quienes conocen los medios, las técnicas y los formatos más apropiados para transmitir esos mensajes de la forma más atractiva y eficaz. Es decir, conocen el marketing, sus posibilidades y sobre todo, como presentar la Salud como una verdadera necesidad para la población general. Cuando todo esto falla o no se tiene en cuenta, (preferimos no pensar en las luchas por las ventas y las audiencias), aparecen las consecuencias negativas de un mensaje mal elaborado, mal estructurado y sobre todo mal transmitido, en el que la percepción del receptor y el rumor juegan un protagonismo especial, confundiendo y en ocasiones incluso alarmando innecesariamente, como ocurrió en Febrero de 1997 con la meningitis meningocócica, por poner uno de los muchos ejemplos que pueden encontrarse en cualquier hemeroteca.

Algunos lo llaman “prensa amarilla” o “sensacionalista”, y en determinadas ocasiones no les falta razón. En el caso de la Salud, preferimos pensar en la falta de formación o de especialización específica. Pero de todos modos y sea como fuere, el resultado es muy similar: desconfianza, confusión, incertidumbre, miedo, alarma social... y en definitiva, pérdida de la credibilidad del profesional de los medios o de la salud, o incluso de ambos. La falta de credibilidad de las

autoridades sanitarias, la inexistente formación en comunicación de muchos profesionales de la salud y sobre todo la falta de rigor de la mayoría de los medios de comunicación social, fue sin lugar a duda la causa indiscutible de la innecesaria pero cierta “alarma social” de la población ante el incremento de los casos de meningitis en nuestro país.

¿Quiere esto decir que los profesionales de la salud deberían tener una formación específica en materia de comunicación y en las diferentes técnicas de marketing social y publicitario, para mejorar los objetivos propuestos de un programa de Educación para la Salud, así como para neutralizar adecuadamente y con rigor a quienes practican continuamente el arte de la “charlatanería”? Pues definitivamente sí. Si nuestros objetivos contemplan no sólo la modificación de conocimientos, sino también de actitudes, hábitos y comportamientos saludables, así debería de ser.

En la misma línea de reflexión: ¿quiere esto decir que los profesionales de los medios deberían asimismo tener una formación específica en materia de salud y su divulgación para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y evitar las tan frecuentes alarmas sociales, así como la “cancha” que se les da a los “charlatanes” sin argumentos científicos? De nuevo definitivamente sí, de la misma forma que ocurre en materia de deporte, economía o política por poner algunos ejemplos.

Seguro que con la adecuada y necesaria información, desde el rigor y la formación por supuesto, el ciudadano llegará a entender que no todo se soluciona con medicamentos, al tiempo que sabrá discernir y podrá llegar a entender por ejemplo, que la comunicación con los demás, el agua, la alimentación saludable y la práctica regular y moderada de ejercicio físico, son los verdaderos medicamentos, los más eficaces, los que menos efectos secundarios tienen y los más baratos, aún recordando que no existe el “riesgo cero”. Claro, que quizá por eso, por ser los más baratos y los de mayor accesibilidad, no son tenidos en cuenta como eficaces para mejorar nuestro estado de salud y poder llegar a vivir más años y con mejor calidad de vida. Bueno, la verdad es que ¿a quién interesa promocionar y publicitar estos “medicamentos”? ¿Quién se puede beneficiar del consumo de estos “medicamentos naturales”?

Y una última reflexión en este sentido. Precisamente para contribuir a garantizar la calidad de la información que de sanidad, de salud y enfermedad recibe la población general a través de los diferentes medios de comunicación social, entiendo necesaria la creación de la “Agencia de seguridad de información de la Salud”, que velara por los intereses en salud de todos los ciudadanos (Sánchez Martos, 2002). No se trata de regatear ni censurar a nadie su libertad de expresión, que siempre ha de ser considerada y garantizada dentro de un “marco constitucional”, sino de velar por aquellas informaciones o publicidades que pueden contribuir a generar una

alarma social innecesaria, o informaciones imprecisas y con “ciertos intereses”, aclarando desde esa hasta ahora “ficticia” agencia y siempre con la voz de los expertos y las sociedades científicas, los aspectos que se entiendan necesarios. En definitiva, una contribución más a la Educación para la Salud de la población general y un garante legal de la información que recibe a través de los diferentes medios de comunicación social.

Referencias

1. Borrell, C., García Calvente, M.M., Martí Boscá, J.V. (2004). Informe Sespas: La Salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 2-6.
2. Fernández del Moral, J. (1995). Introducción al estudio de la comunicación en la empresa. Madrid: DIRCOM (Asociación de Directivos de la Comunicación).
3. Palomo, L., Ortún, V., Benavides, F.G., Marquez Calderón, S. (2006). Informe Sespas 2006: Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado”. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1).
4. Quintana, Y. (2004). Sociedad, Consumidores y Medios de comunicación social. Madrid: CEACU.
5. Sánchez Martos, J. (2005). Marco conceptual de la Promoción y la Educación para la Salud. En: Marqués, F., Sáez, S., Guayta, R. (eds.). *Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud*. Madrid: UOC.
6. Sánchez Martos, J., Gamella Pizarro, C. (2002). La Educación para la Salud y los Medios de Comunicación Social. En: Rivera, M.J., Walter, A., García, A. (eds.). *Educación para la comunicación. Televisión y multimedia. Libro interactivo*. Madrid: Corporación Multimedia.
7. Sánchez Martos, J., Gamella Pizarro, C. (2006). Información alimentaria y Educación para la Salud. En: Amarilla, M. (coord.). *El derecho a la información en salud alimentaria (79-106)*. Madrid: EUPAHARLAW.

Perspectivas

Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud.

Some reflections about health communication in Spain after five years of the Observatory of Communication and Health.

J L Terrón Blanco ^{1*}

¹ InCom-UAB y Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad I. Universidad Autónoma de Barcelona.

Fecha de recepción: 02/10/2010 – Fecha de aceptación: 11/11/2010

Resumen

El presente artículo pretende aportar una serie de reflexiones sobre la comunicación y salud en España. El escrito es meramente descriptivo y, en cierto grado, especulativo, y está redactado desde la experiencia que da el dirigir el Observatorio de Comunicación y Salud del InCom-UAB desde 2005, fecha de su fundación y primera entidad que de forma estable ha dedicado su actividad a la comunicación y salud en nuestro estado. El artículo tiene dos objetivos: por un lado, centrándonos en la investigación universitaria, reseñar de manera sintética qué hemos hecho y de dónde provenimos, y, por otro, subrayar nuestras fortalezas y nuestras debilidades. Pero su finalidad última, sin esconder cierto grado de provocación, es propiciar un necesario diálogo teórico en torno a nuestro ámbito de estudio: cuál es, cuál debería de ser y cuáles son, si se deben considerar, sus finalidades.

Palabras clave: *Comunicación en la salud; España; Perspectivas.*

Abstract

This article aims to provide a series of reflections about communication and health in Spain. The text, merely descriptive and to some extent speculative, has been created from the direct experience that gives the direction of Centre for Communication and Health Studies InCom-UAB since 2005, the date of its founding and first entity that has dedicated his stable communication activity and health in our state. The article has two objectives: first, focusing on university research, a brief summary outline of what we have done and where we come from, and, secondly, to highlight our strengths and our weaknesses. But his ultimate purpose, without hiding some degree of provocation, is a necessary to promote theoretical dialogue about our areas of study: what is, what should be and what they are, whether to consider its goals.

Key words: *Health Communication; Spain; Perspectives.*

* Correspondencia: joseluis.terron@uab.es

1. ¿De qué estamos hablando?

Consideramos que, en primer lugar, deberíamos dejar claro de qué estamos hablando o, al menos, desde qué perspectiva. Nosotros nos referimos a *comunicación y salud*; detengámonos unas líneas en este encuadre, que, a la vez, conlleva el diálogo entre distintos encuadres en uno contextualizador al que pueden modificar.

Si se nos permite, comenzaremos por fijar nuestra atención en el término salud. PINTOS (2001) distingue entre cinco contextos para el examen de la temática de la salud: el médico asistencial, el cultural, el económico, el filosófico antropológico y el utópico. Podríamos decir que mantenemos una postura ecléptica, y que nuestra mirada incluye a los cinco contextos; sin excluir a ninguno, nosotros reflexionamos preferentemente desde el cultural (simplificando, la cultura tiene capacidad para decidir ciertos estados de las personas como ‘saludables’ o ‘enfermos’) y el filosófico antropológico (la salud como estilo de vida autónomo y responsable). O si se prefiere, y siguiendo a Scambler (1991), si desde la sociología médica se pueden apreciar tres aproximaciones, el funcionalismo, la socioeconomía política y el construccionismo social, nosotros nos veríamos próximos a esta última aproximación, el construccionismo social. ¿Por qué deseamos introducir estos posicionamientos? Para, por un lado, huir de un lugar de común y, por otro lado, denunciar a ese lugar común: la salud como supuesto concepto consensuado, monosémico y aséptico. ¿Todos entendemos lo mismo por salud? Es evidente que no; nuestras reflexiones e investigaciones básicas y aplicadas se verán determinadas por este punto de partida, qué entendemos por salud, pero generalmente lo pasamos por alto. Creemos que, sustancialmente, por dos razones, y la primera está supeditada a la segunda: falta de reflexión teórica –por no hablar, en algunos casos, de ignorancia premeditada¹- y suposición de un consenso teórico que permite fijar nuestra actividad en la investigación sin tener que detenernos en la reflexión teórica –lo cual no es nada inocente, dado que nos permite dirigir nuestro hacer a actividades que consideramos más productivas-.

Como se explicitará en las conclusiones y se ejemplificará en el apartado tres, desde nuestro punto de vista, esa falta de reflexión teórica es uno de los mayores déficits en el ámbito de la comunicación y salud, lo cual se amplifica en el caso español.

Por nuestra parte, dado que nos estamos refiriendo a qué entendemos por salud, defendemos la aproximación a la salud que hace el Hasting Center (2004: 35): “*La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir*

¹ Pensamos, sobre todo, en la argumento salud como reclamo.

sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales. Con esta definición queremos subrayar el énfasis tradicional en la integridad y el buen funcionamiento del cuerpo, la ausencia de disfunciones y la consiguiente capacidad de actuar en el mundo". En el mismo documento, *Los fines de la medicina*, se nos dice que la concepción de salud que defienden "está construida a la luz de los valores, las actitudes y las creencias culturales, más que determinada a partir de datos objetivos"². Esta aproximación no está lejos de la que la OMS (1998: 10) enuncia cuando habla de promoción de la salud, dado que la considera "no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva" y que, en cierta medida, matiza su definición de 1948: *estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia*.

Hemos de reconocer que todos, en un momento u otro, hemos hecho nuestra la definición de la OMS, quizás por alguna de las razones, sino por las dos, que apuntábamos líneas arriba. Ahora bien, esta definición, que podríamos calificar de utópica, supuso un avance en tanto en cuanto que la salud se contempla desde una perspectiva más amplia que la médico-asistencial y el biologismo, pero conlleva o propicia en la actualidad unos peligros –dado su todismo– que deberían alejarnos de la misma y desconfiar de su uso generalizado. ¿A qué peligros nos referimos? En síntesis, a cuatro: la medicalización, el fenómeno del *healthsim* (la obsesión por la salud)³, las confusiones entre bienestar y salud y entre enfermedad y culpa y la profusión de los discursos paracientíficos; todos ellos aunados por una mercantilización más o menos encubierta que opera con diferentes agentes (laboratorios, instituciones, agencias de viajes⁴, etc.) que basan su discurso en dos supuestos: el bien para el individuo y la responsabilidad social para la corporación. La salud pasa de ser un fin a ser un argumento para otros fines, en muchos casos encubiertos.

Por otro lado, y en un intento de avanzar en el escrito, también deberíamos preguntarnos de qué hablamos cuando enunciamos comunicación y salud, comunicación en salud, comunicación para

² Véase, al respecto, Bauer TA. *Estoy vivo..., luego estoy sano*", *Comunicar* 2006; 26: 43-50.

³ "El fenómeno del *healthsim* hace que el motivo de todos los problemas y sus soluciones se busquen únicamente en el individuo. Al embellecer la salud como un ideal, una amplia metáfora de lo bueno de la vida, el *healthsim* refuerza la tendencia de convertir la lucha por el bien máspreciado del hombre, su salud, en un asunto personal del individuo. En otras palabras, se hecha la culpa de los problemas y las enfermedades al individuo, mientras la políticas y la sociedad rehuyen la responsabilidad" (Blech, 2005: 214).

⁴ Terrón JL (2009).

la salud, comunicación de salud, comunicación sanitaria, información sanitaria, etc., y si estos enunciados son sinónimos.

La OMS (1998: 18-19) afirma que la “*comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública (...). La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones*”. Este organismo entiende la comunicación para la salud “*como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonal, organizacional y mediática destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias para la mejora de la salud*”.

Para las agencias de salud estadounidenses, el hacer de la comunicación para la salud está cambiando ostensiblemente. Por un lado, se está dando un gran aumento en la oferta de información sobre salud, que compite por captar la atención pública, retroalimentada con la demanda de unos destinatarios que piden cada vez más información, más diversa, más específica y de más calidad⁵. Por otro lado, hay una creciente sofisticación en las técnicas de comercialización y de ventas de los productos y servicios relacionados con la salud. Por nuestra parte añadiríamos que al ocupar cada vez un espacio más central de nuestras vidas, la salud (y por extensión nada inocente los estilos de vida saludables) está siendo uno de los grandes argumentos de la comunicación corporativa. Y junto al aumento de una oferta y una demanda que se retroalimentan, cabe consignar fenómenos, como, por ejemplo, el papel cada vez más relevante de las asociaciones de pacientes, la reivindicación de una medicina humanística, la comunicación para la salud como parte de la comunicación para el desarrollo, la longevidad en los países desarrollados y la irrupción de internet como medio informativo, comunicativo y relacional.

Pero con independencia de estos elementos contextualizadores capaces de crear sentidos nuevos, la comunicación para la salud guarda una finalidad, un propósito que podemos resumir en *mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones*. ¿Tiene la misma finalidad la comunicación en salud o la comunicación de salud? Es más, ¿deberían tenerla? Nos preguntamos, pongamos por caso, si cuando hablamos de comunicación sanitaria no lo estamos haciendo desde una perspectiva, la institución sanitaria, que puede contemplar –dado que la definiciones de salud desde la biomedicina no coinciden en muchos casos con la definición de la OMS- iguales o distintas finalidades que la comunicación para la salud y, a partir de ahí, que en ciertas ocasiones incida más en la enfermedad (incluida su prevención) que en la salud y se trate, a la par, de un discurso más vertical y profesionalista.

⁵ Pero aumenta la falta de credibilidad de las instituciones públicas y del discurso científico.

El Comitè de Bioètica de Catalunya (2004: 50-51) enuncia las siguientes finalidades de la información sanitaria: *“Los diferentes agentes que intervienen en la elaboración y la difusión de la información sanitaria -investigadores, profesionales asistenciales, instituciones sanitarias y comunicadores- tienen un rol divulgador y docente que se concreta en los objetivos siguientes: fomentar la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades (...); difundir informaciones epidemiológicas sobre situaciones que supongan un riesgo para la salud de la comunidad (...); informar sobre las prestaciones de los servicios y de los recursos sanitarios (...); divulgar los derechos y deberes de los ciudadanos hacia la salud; difundir las estrategias políticas de la Administración sanitaria y los objetivos que pretende alcanzar (...); divulgar el conocimiento científico, los nuevos avances y las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud”*. Debemos destacar dos cuestiones: la primera, en este caso se delimitan con claridad las finalidades a la vez que hace que esa delimitación distinga una enunciación (información sanitaria) de supuestas enunciaciones sinónimas; la segunda, de nuevo se nos habla del rol que han de cumplir los enunciadores (*divulgador y docente*), más próximo a la educación para la salud que a la comunicación en salud; el rol, la finalidad última es quien define, en último extremo, de qué estamos hablando.

Desde nuestro punto de vista, en muchos casos se están utilizando indistintamente enunciaciones que pueden o deben tener sentidos diferentes. Sin duda, es necesaria una reflexión sobre estas cuestiones y que fruto de la misma nos expresemos de manera precisa, lo que implica elegir el lenguaje conscientemente. Sin embargo, y con pequeñas diferencias, todos hablamos de un campo -¿qué campo?- que cubre las mismas áreas de estudio: la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social. La telemedicina o la informática médica, dependiendo de su finalidad, pueden tratarse de herramientas médicas o administrativas más que comunicativas.

En el Observatorio de Comunicación y Salud siempre nos hemos decantado por el uso de comunicación y salud cuando no bamos al ámbito genérico. ¿Por qué razón? Nuestro propósito es investigar sobre la intersección entre comunicación y salud. Una intersección que ha de tener en cuenta la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad, pero sin ninguna finalidad previa. Cada investigación, independientemente, debe contar con sus objetivos y sus finalidades. Por ejemplo, analizar mensajes que retóricamente ensalzan la salud, aunque esta pueda no ser su finalidad última, o analizar conceptos que precisan de un mensaje. No consideramos que el campo de estudio conlleve una finalidad específica más allá de la del conocimiento. Como hemos escrito, son los casos de estudio y no el campo quienes debieran marcarnos las finalidades, que siempre deberían de ser específicas. Para el OCS *comunicación y salud*

desborda la definición de 'comunicación para la salud' y permite atender a realidades, quizás para mostrarlas en toda su magnitud, que nada tienen como finalidad *la mejora del estado de salud*.

1.2. El caso del periodismo especializado en salud

Se nos permitirá que en este apartado genérico *de qué estamos hablando*, nos detengamos unos párrafos para hablar del periodismo especializado en salud (o del periodismo de salud, o del periodismo médico, o del periodismo para la salud,...) y, de esta forma, intentar ejemplificar, aunque no pueda ser de manera muy extensa, lo que intentamos expresar.

En un principio, también en este caso pareciera que el uso indistinto de enunciaciones no perjudicaría una supuesta idea común de lo que pretendemos expresar. Trabajamos con sobreentendidos y estos facilitan nuestro trabajo, pues lo simplifican, aunque nadie nos asegura que en este caso simplicidad y simplismo no devengan en sinónimos.

Por un lado, y en primer lugar, debemos deparar en qué entendemos por periodista y, por extensión, en la supuesta crisis del periodismo. De manera breve, y ciertamente esquemática, diremos que entendemos por periodista al profesional especializado en relatar hechos noticiosos y que consideramos que su trabajo de mediación sistémica y sistemática hoy por hoy sigue siendo insustituible, aunque pueda ser complementada.

Para nosotros el periodismo especializado en salud es una *especialización* dentro del periodismo científico; en este punto coincidimos con Epstein. Hablamos de periodismo especializado, por tanto que requiere unos conocimientos determinados y unas habilidades comunicativas concretas (al igual que el deportivo o el económico, pongamos por caso). Como periodismo deberá tener en cuenta unos códigos, unos géneros y unas rutinas productivas (propios de cada medio) que construyen agendas con forma de mensajes y que, por tanto, deberán enmarcarse en una ética comunicativa. Hasta aquí no vemos ninguna diferencia entre un periodista generalista y uno especializado en salud. Como periodista especializado en ciencia deberá asumir un profesionalismo que conlleva la asunción de unas rutinas productivas y unos principios éticos⁶ que tengan como finalidad la información, la divulgación e, incluso, la opinión. Los criterios del profesional, asentada en la ética y en el conocimiento, es la cognición con la que construye el mensaje.

⁶ Véanse, como ejemplo, los proporcionados por el Comitè de Bioètica de Catalunya (2004).

Ahora bien, si consideramos que el periodista es un periodista para la salud, o que el periodismo de salud es un agente de salud, ya estamos hablando de otro tipo de profesional, con finalidades distintas. No nos confundamos, una cosa es la responsabilidad y otra bien distinta estar al servicio de, aunque sea una servidumbre loable e, incluso, necesaria. En una crisis sanitaria el periodista especializado en salud puede ponerse al servicio de las instituciones, pero se trata de un caso puntual que presupone, además, que la institución, por un lado, sabe qué hay que decir y cómo y, por otro, persigue el bien general.

En este punto debemos subrayar la carencia de protocolos de los medios de comunicación frente a las situaciones de crisis, por tanto, también de las sanitarias. Resulta llamativo que exijan que las instituciones se doten de ellos y que sean eficaces y eficientes, pero sin plantearse la necesidad de trabajar con protocolos propios que les faciliten su propia eficiencia y eficacia como mediadores sociales.

Si deparamos, por ejemplo, en lo que nos dice en el documento *Hacia la formación de periodistas en salud*, elaborado por la OPS, podemos extraer de su página 14 el siguiente párrafo: “*Con base en lo anterior, consideramos que el Periodista en Salud es el profesional que identifica, en un contexto determinado, temas y problemas de salud, pero con el firme propósito de promover prácticas sociales que favorezcan la calidad de vida y por ende, que se atiendan de manera integral los factores de incidencia*”. Por otro lado, recuérdese ese rol *divulgador y docente* del que nos habla el Comitè Bioètico de Catalunya cuando concreta las finalidades de la información sanitaria.

Frente a este dirigismo profesional, reivindicamos para el periodista especializado en salud la suficiente autonomía (respecto a las propias instituciones, pero también respecto a los laboratorios, los profesionales de la salud, los investigadores, los pacientes, sus propios medios e, incluso, la corrección política) para basar su trabajo en la cooperación. No estamos reivindicando un idealismo profesionalista sino una corresponsabilidad que beneficie a las partes y, por extensión, a los destinatarios.

Garabaro González (2003:152), al escribir sobre la prevención del VIH/sida en los medios de comunicación, dejó dicho: “*Por otro lado habría que realizar jornadas de prevención del VIH/sida para que aparezcan noticias que traten ese tema, pues se ha comprobado que es cuando la prensa se muestra interesada y le presta mayor atención. Así como identificar a los periodistas concretos que escriben sobre VIH/sida y sensibilizarlos en la importancia de lo que se publica en los diarios sobre prevención del VIH/sida, en particular y sobre el sida en general e implicarles como agentes de salud. Sería oportuno tener más técnicos de salud especializados en medios de comunicación*”. Un buen ejemplo de que ésto se puede llevar acabo –el trabajo cooperativo con los medios- y de manera no episódica es el que nos ofrece Red2002 a partir de una serie de

intervenciones en las que participan activistas, periodistas y academia, con las que pretende que cambie la imagen que del VIH/sida ofrecen los medios españoles⁷. Como es lógico y queda demostrado, esa cooperación sólo puede surgir desde el conocimiento y la comprensión de los modos productivos del otro a la par que de las razones que les impelen a esas maneras de hacer.

2. La investigación de comunicación y salud en España

Escribíamos en 2008 (comunicación presentada en el AE-IC) que *“a día de hoy, en España la comunicación y salud es un campo de actividad caracterizado, por un lado, por un cierto retraso si lo comparamos con otros países (especialmente Estados Unidos), y por otro, por la creación de distintas iniciativas que lo están convirtiendo en un sector profesional y académico emergente. Respecto a la comunicación y salud que tiene lugar en sector universitario, se puede decir que las iniciativas actuales se dividen en tres grupos: a) investigación académica, b) formación genérica sobre comunicación y salud y c) formación para profesionales del sector”*.

En 2005 se creaba el Observatorio de Comunicación y Salud. Desde esa fecha el campo de la comunicación y salud se ha ensanchado en nuestro país, por lo que en este artículo sólo haremos mención de los grupos universitarios que se han constituido para investigar la comunicación y salud, aunque es obvio que muchos de ellos también dedican parte de sus actividades a la formación y a la difusión. Ahora bien, este relativo crecimiento no debe hacernos olvidar nuestras debilidades; a algunas de ellas nos referiremos en las conclusiones.

Toda taxonomía es un punto de vista, es en sí misma un discurso. La que presento a continuación no pretende ser otra cosa que un punto de partida. De manera esquemática, consideramos que la comunicación y salud puede estudiarse y efectuarse desde las instituciones, el periodismo, los profesionales de la salud, las corporaciones, los pacientes y ciudadanos interesados por la/su salud y la academia (universidades y centros de investigación). Es obvio que no se tratan o no se deberían de tratar de compartimentos estancos; bien al contrario, cuanto mayor sea el entremado cooperativo más progresará la comunicación y salud.

⁷ Para más información, puede leerse la comunicación El tratamiento del VIH-sida en los periódicos españoles, conocer para propiciar el cambio, presentada por este autor en el II Congreso del AE-IC, celebrado en Màlaga en 2010.

Como escribíamos párrafos atrás, tomaremos como hilo conductor de nuestro listado los grupos universitarios o que engarzados a la universidad investigan sobre comunicación y salud. Somos conscientes que de esta manera no citaremos el interesantísimo trabajo de cada vez un número de mayor de investigadores realizan de manera individual, cuestión esta que también trataremos en las conclusiones.

A día de hoy, debemos citar los siguientes grupos:

- Observatorio de la Comunicación Científica (Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona); <http://www.upf.edu/occ/>
- Psinet (Universidad Oberta de Cataluña, en Barcelona); <http://www.uoc.edu/in3/psinet/>
- Observatorio de Comunicación y Salud (Universidad Autónoma de Barcelona); <http://www.portalcomunicacion.com/ocs>
- Comunicación y Salud (Madrid Salud); http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/comunicacion_y_salud.php
- Grupo de Investigación ECCO (Universidad de Almería); <http://www.grupoecco.org/principal.htm>
- Asociación Española de Comunicación Sanitaria (Universidades de Málaga y Almería); <http://www.aecs.es/>

Estos grupos vienen colaborando de manera estable con instancias extrauniversitarias o de las que forman parte universidades y que se dedican, entre sus tareas, a la comunicación y salud:

- Grupo-Programa Comunicación y Salud del semFYC⁸; <http://sites.google.com/site/grupocomunicacionysaludsemfyc/>
- Web Médica Acreditada⁹; <http://wma.comb.es/>

⁸ Hemos de recordar que uno de sus fundadores es Francesc Borrell (Universidad de Barcelona) es uno de los mayores especialistas del país en relación a la entrevista clínica. Desde el ámbito de la salud, y como es lógico, la comunicación profesional-paciente es el macrotema objeto de estudio. De ahí la fijación en la entrevista clínica o en cómo dar malas noticias y, desde hace pocos años, Internet y las redes sociales. Hemos de añadir que en numerosos centros hospitalarios se están formando grupos de comunicación y salud.

⁹ WMA es una de las agencias de acreditación de calidad de páginas web de salud con más prestigio en el mundo. Trabaja con la UAB y UOC en diversas investigaciones.

- Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS); <http://www.fundadeps.org/>
- Alezeia (Asociación de Educación para la Salud); <http://www.alezeia.org/>
- Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS); <http://www.seis.es>

A la par, debemos hacer una especial mención de la Escuela Andaluza de Salud Pública (www.easp.es/web/esp/index.asp) y al grupo, sin nombre, que articula Carlos Álvarez-Dardet en la Universidad de Alicante, en el que trabajan conjuntamente investigadores de comunicación y de salud pública.

Fuera de los grupos establecidos, se empiezan a observar dos fenómenos: como los investigadores que por unas razones u otras vienen trabajando en solitario buscan alianzas con investigadores de fuera de su universidad; y como se conforman grupos para llevar adelante un proyecto concreto. Quizás el mejor ejemplo es el del I+D+I La publicidad de tv entre otros factores socioculturales influyentes en los TCA, en el que participan la Universidad de Extremadura, la Universidad Rey Juan Carlos, La Universitat Pompeu Fabra, la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universidad de Valencia y la Universitat de Vic. Por contra, la relación con las asociaciones profesionales no acaba de ser lo fructífera que cabría esperar; hablamos de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS) -<http://www.anisalud.com/>- y de la Asociación Española de Agencias de Publicidad de salud -<http://www.forosalud.com/>-¹⁰.

Hasta este año no contábamos con ninguna revista científica de comunicación y salud. No obstante, consideramos que se debe mencionar *Revista Medicina y Cine* (<http://revistamedicinacine.usal.es/>), editada por la Universidad de Salamanca y con seis años de vida, aunque como ya indica su nombre se dedique en exclusiva a la relación ente cine y medicina; cabe decir que no está dirigida en exclusiva a profesionales de la salud. En 2010 han nacido dos publicaciones: *Revista Española de Comunicación en Salud*, publicada por la AECS y que recoge este artículo, y *Cuadernos de Comunicación y Salud* (<http://www.cuadernosdecys.com/>) coedición argentinoespañola del CINECYS (Centro de Investigaciones y Estrategias en Comunicación y Salud) y del INICyS (Instituto Internacional de Comunicación y Salud). De esta manera se cubre, en principio, uno de los grandes déficits que teníamos: no contar con ninguna revista científica especializada en comunicación y salud.

Por último, no deseamos acabar este apartado sin hacer mención a un fenómeno que está cobrando grandes proporciones y al que hemos de estar atentos, el de los blogs, sobre todo

¹⁰ En Barcelona se intentaba conformar una asociación que agrupara a los profesionales de los gabinetes de comunicación de instituciones y corporaciones del ámbito de la salud; a fecha de hoy desconocemos si ha tomado cuerpo.

aquellos que se centran en el seguimiento de las redes sociales y los desarrollos de la web. ¿En qué acabarán; son el germen de nuevas líneas y de nuevos grupos de investigación?

3. La comunicación y salud como literatura científica

Dado el carácter de este escrito, nos parece sumamente interesante detenernos en mostrar el crecimiento de la literatura científica en torno a la comunicación y la salud así como hacer mención a las publicaciones de referencia en este ámbito. Para ello, y en primer lugar, vamos a destacar la investigación de Packer, Tardelli y Castro (2007). En este estudio se nos muestra la producción científica en el ámbito de la información y de la comunicación sobre salud a partir de las bases de datos de MEDLINE y LILACS¹¹ entre los años 1996 y 2005. En el mismo se predeterminaron cuatro categorías: información en salud, informática médica, comunicación científica en salud y comunicación en salud. Como podemos apreciar, esta categorización nos puede retrotraer a los primeros párrafos de escrito, ya que, de nuevo, implica una perspectiva de análisis que condicionarán los resultados. Pero en este punto, no nos interesa tanto volver a esa discusión como subrayar su necesidad inaplazable y, sobre todo, mostrar algunos de los resultados del metaestudio.

En MEDLINE, el número total de registros pasó de 421.600 en 1996 a 564.440 en 2004; lo que supuso un aumento del 34 % y un crecimiento medio anual del 3,7%. Pero el número de artículos que los investigadores consignan en el ámbito de las Ciencias de la Información crece un 94%, pasando de los 16.342 en 1996 a los 31.264 en 2004. Esto supone un crecimiento medio del 4%, aunque debemos destacar que entre 2002 y 2004 aumentan un 7%. Todas estas cifras nos muestran un aumento creciente en el interés por reflexionar y publicar sobre comunicación y salud.

Atendiendo a las categorías antes reseñadas, este crecimiento se produjo en un 62% en informática médica, en un 34% en comunicación en salud, en un 32% en comunicación científica y en un 16% en información en salud. Dadas las características de las revistas analizadas y el progreso tecnosocial de las TCI, es comprensible que el mayor aumento se de en informática médica, pero hay que reconocer que los otros incrementos no son nada desdeñables, más bien al contrario.

En cuanto a la afiliación de los autores, existe una evidente concentración: más del 50% de los artículos corresponden a autores de seis países. Por orden decreciente y consignando los escritos publicados en 2005, Estados Unidos (9273), Reino Unido (2163), Alemania (1438),

¹¹ MedlinePlus: www.nlm.nih.gov/; LILACS: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/E/elilacs.htm>.

Canadá (1090), Japón (958) y Francia (775). En principio, tampoco estos datos nos deben sorprender; ahora bien, leyéndolos con detenimiento no sólo nos hablan de un preminencia anglosajona sino de que debemos atender a lo que se publica en países como Alemania, Japón o Francia, dejados un tanto de lado por consideraciones lingüísticas y por el cienciocentrismo anglosajón del que todos, por activa o por pasiva, debemos responsabilizarnos.

En cuanto a España, se pasó de 167 artículos en 1996 a los 412 en 2005, sin duda el mayor crecimiento porcentual y que, de alguna manera, vuelve a hablarnos de este interés creciente por la comunicación y la salud. A la par, debemos decir que es el país de Iberoamérica con una mayor producción, seguido por Brasil (201 en 2005). Del resto de países, sólo Portugal, con 54 artículos en 2005, está por encima de los 50 registros, lo que pone de relieve la baja producción científica de los estados Iberomaricanos.

Del resto de países caben destacar en 2005 los 436 artículos de autores chinos, los 217 de autores de Corea del Sur y los 160 de India. Pero dado el crecimiento exponencial de la ciencia china, estos datos a día de hoy deben ser notablemente superiores. Packer, Tardelli y Castro (2007: 598) nos informan, por último, que en "*relação aos idiomas dos textos, na MEDLINE predomina o inglês em 90% dos registros na categoria de Ciência da Informação, seguido do alemão (2,6%), francês (1,5%) e espanhol (1,1%). Estas cifras se aproximam da distribuição na base toda: inglês (90%), alemão e francês (1,6% cada) e espanhol (1,2%). Na LILACS, o inglês é menos utilizado (13% dos registros) e as publicações são predominantemente em espanhol (49%) e português (40%), o que evidencia o seu carácter regional*".

Por otra parte, Beck et al (2004) realizan un estudio que revisa los artículos publicados entre 1990 y 2000 en 18 revistas científicas dedicadas a la comunicación y una dedicada a la investigación cualitativa sobre salud (*Qualitative Health Research*¹²). Destacaremos una de sus principales conclusiones: un 4% de los artículos revisados estaban dedicados a comunicación y salud.

De todos es conocido que las dos publicaciones de referencia mundial dentro del ámbito de la comunicación y salud son las estadounidenses *Health Communication* y *Journal of Health Communication* (junto a estas revistas nos gustaría destacar *Communication & Medicine*, británica y más reciente, ya que fue fundada en 2004; está ligada al Health Communication Research Centre, de la Universidad de Cardiff¹³, pero consideramos que sus contenidos están más contextualizados en la medicina y su desarrollo que en la salud. Otro ejemplo de que las palabras no sólo nombran: construyen).

¹² <http://qhr.sagepub.com/>

¹³ <http://www.cardiff.ac.uk/encap/research/hcrc/index.html>

Evans, W (2005) realiza un estudio que toma como base 102 publicaciones (incluidas *HC* y *JoHC*). De las 914 referencias que tienen que ver con la comunicación y salud, el 32% están dedicadas a la comunicación profesional salud-paciente, el 25% al análisis de la comunicación sobre salud que realizan los medios, el 17% a cuestiones relacionadas con nuevas tecnologías para herramienta informar sobre salud, 13% aspectos teóricos, el 7% a la comunicación de riesgos y el 5% a campañas y promoción de la salud. Un año más tarde Thompson (2006) publica un artículo en el que se disecciona *HC* entre 1989 y 2003. A grandes rasgos, estos son los resultados en cuanto a contenidos: el 20,7% de los escritos lo fueron sobre comunicación paciente-profesional de la salud, el 13,4% sobre campañas, el 11,8% sobre comunicación de riesgos riesgos¹⁴, el 8,4% sobre envejecimiento, el 7% sobre uso del lenguaje y el 5,9% sobre el análisis de la comunicación en salud que publican los medios. Ese mismo año, Freimuth et al (2006) se detienen en los 321 artículos publicados en *JoHC* en sus 10 años de existencia: el 60% hacen referencia de una u otra forma a los medios de comunicación (noticias en prensa, radio o TV; campañas; educación en salud mediante el entretenimiento; publicidad) mientras que el 23% abordan la comunicación profesional de la salud-paciente. No se dice nada en el artículo sobre el 17% restante.

En estos dos último estudios queda de manifiesto que son una minoría los artículos que hacen énfasis en aspectos teóricos. El 38% en *JoHC*, mientras que se indica que el 75% de los artículos de *HC* no manifiesta ninguna aproximación teórica en sus *abstracts*. Otro asunto que destaca de *HC* es que no hay prácticamente desarrollo de nueva teoría por parte de los autores que publican en esta revista. Los temas sobre las que más habitualmente tratan los artículos de ambas publicaciones son el VIH/sida (incluidos en este epígrafe el sexo seguro y la planificación familiar), el cáncer y el alcohol, el tabaco y otras sustancias adictivas. Estos temas ocupan el 75% de los artículos de *HC*.

También hemos de hacer mención a que la metodología cuantitativa es mucho más común que la cualitativa, hasta el punto de ofrecer un balance de 86% frente a 14% en el caso de *JoHC*. Abunda lo empírico, pero no lo experimental que, siguiendo *HC*, era común en los artículos que le remitían en los primeros años del decenio de los 90, aunque ya no ocurre en la actualidad.

Queda claro, como ya hemos visto, que la publicación de artículos científicos sobre comunicación y salud está dominada -de forma aplastante, se podría decir- por autores estadounidenses o que ejercen su labor en universidades o instituciones de aquel país. De hecho, más del 80% de los artículos de *JoHC* corresponden a un primer autor asentado en EE.UU. El resto se reparten entre Inglaterra, Canadá, Australia, Finlandia y Suecia. Tan solo 9

¹⁴ Contrasta el número de artículos dedicados a la comunicación de riesgos –o la importancia que se le da en Iberoamérica- con la escasa producción en nuestro país desde el ámbito de la comunicación, en su mayoría dedicada a las estrategias que deben seguir las instituciones públicas o privadas en una situación de crisis y que poco tienen que ver, por otro lado, con el concepto de riesgo integral.

artículos de los 321 editados correspondían a lo que esta revista define como países en vías de desarrollo: 5 habían sido enviados desde naciones africanas, 1 desde India, otro desde Jamaica, otro desde Pakistán y otro desde México. Sólo 1 entre 321 artículos tiene como autor principal a un investigador que trabaja en un país iberoamericano.

Y para cerrar este apartado queremos dejar constancia del artículo de Lisa Sparks, Health communication and caregiving research, policy, and practice¹⁵, en la actualidad en imprenta, y con el que podemos hacer una revisión de los autores, tendencias y temáticas de la comunicación y salud en EE. UU. desde su nacimiento hasta la actualidad.

4. A modo de reflexión final

A principios de 2008 se celebró el primer Congreso Internacional de la AE-IC en Santiago de Compostela. En dicho encuentro presentamos la comunicación Estado de la comunicación y salud en España. Se me permitirá una autorreferencia y, así, poder revisar dos años más tarde las conclusiones y reflexiones finales a las que llegaba entonces.

Se podría argumentar que es un periodo de tiempo excesivamente corto teniendo en cuenta los ritmos productivos de los investigadores. Y no le faltaría razón a la crítica, pero pueden haber tres razones que hagan útil este ejercicio de autorreferencia:

- Se aprecian ciertos cambios.
- Algunos de los problemas que veíamos y enunciábamos no han desaparecido, y resulta oportuno recordarlo.
- La incorporación de reflexiones nuevas.

Si les parece, seguiré este orden para ir exponiendo nuestros comentarios. En algunos de ellos a penas me detendré, y remito al lector a la comunicación reseñada.

4.1. Se aprecian ciertos cambios

Consideramos que la labor que algunos de nosotros hemos venido realizando durante estos años, más allá del valor de las propias investigaciones, ha propiciado cierta eclosión de la

¹⁵ <http://media.myfoxa.com/mentalhealth/documents/Health-Communication-and-Caregiving%20Research.pdf>

comunicación y salud. Por un lado, se ha ganado en visibilidad y, por otro, hemos venido funcionando en redes informales que han roto nuestro aislamiento y que han facilitado nuestro trabajo materialmente y, también, psicológicamente: no estamos solos.

Estas relaciones, que en algunos casos han llegado a formalizarse, han permitido la realización de proyectos y la predisposición a realizar proyectos nuevos. Relaciones, a su vez, que empiezan a consolidarse más allá de nuestras fronteras.

Ahora bien, dado que partíamos de una situación calamitosa todo avance adquiere una mayor proyección. No debemos equivocarnos, continuamos estando al principio del camino, pero, eso sí, sabemos que hay camino.

La aparición de dos publicaciones específicas, una de ellas internacional, debería actuar como catalizador de nuestro ámbito, como creemos que lo ha sido hasta cierto punto el OCS. Ahora deberemos conseguir el crédito del mundo científico, tarea preñada de esfuerzo, perseverancia y rigor.

Por otro lado, se aprecia un avance en la interdisciplinariedad y en la transdisciplinariedad, pero aún no hemos roto lo suficiente la desconfianza secular que tienen hacia nosotros las ciencias de la salud. Nuestra carta de presentación, nuestra mejor carta de presentación es el trabajo bien hecho y los proyectos bien elaborados. De nuevo esfuerzo, perseverancia y rigor, hasta llegar a un punto de inflexión, como ya ha pasado en algún caso, en el que desde las ciencias de la salud se busque nuestra colaboración¹⁶.

Pero, ¿quiénes somos nosotros? Se supone que trabajamos en el *área* de comunicación. Hemos de admitir que se hace necesario un esfuerzo mayor para trabajar con otros investigadores de las ciencias sociales y humanas. No debemos ser tan cortos de miras como para pensar que *lo que tenga que ver con la comunicación es nuestro*; así no se hace trabajo científico, y menos en unos momentos en que éste es cada vez más exigente y competitivo y requiere de equipos consolidados e interdisciplinarios.

Como ya hemos escrito, hemos ganado en visibilidad; debemos formalizar esa visibilización, no tanto fundando supraorganizaciones como propiciando la participación en proyectos que puedan ser de interés general. Un claro ejemplo es el de asegurar un porvenir a las dos revistas con las que ya contamos. Lo que no es óbice para que esa visibilización, precisamente por eso, suponga el publicar sobre nuestro campo en otras revistas científicas. No debemos caer en el error en que han caído en otras disciplinas de la comunicación: el ensimismamiento, contrario de por sí a nuestra necesaria transversalidad.

¹⁶ Un ejemplo reciente y en nuestro caso, el trabajo conjunto con la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut para diseñar y evaluar campañas sobre el ictus.

También hemos de perseverar en nuestras relaciones y hemos de aprovechar cuanto marco se nos presente para solidificarlas. Permítaseme un ejemplo. El Congreso AE-IC de 2012 se desarrollará en Tarragona y su eje central será la comunicación de riesgos. Dado que en los congresos anteriores hemos coincidido algunos de nosotros y ya hay una presencia asegurada, llegada la fecha del Congreso podemos autoconvocarnos para mantener una reunión al margen del programa oficial.

Pero, como ya ha quedado escrito, no hay mayor entrelazado que el compartir trabajos y seguir ayudando en la medida de nuestras posibilidades a los compañeros que están empezando en este campo o se encuentran solos en su ámbito académico. Y, para finalizar, una llamada: es muy importante que nuestros doctorados empiecen a elaborar un mayor número de tesis sobre comunicación y salud.

4.2. Algunos de los problemas que veíamos y enunciábamos no han desaparecido

Estos *problemas* los expresaremos a modo de listado de debilidades y resultan de la observación y reflexión personal; no hay ninguna investigación que los avale. Siempre, como es lógico, nos referimos a España.

- Los estudios de comunicación y salud realizados desde el ámbito de la comunicación son escasos y dispersos.
- Aún hay pocos grupos de investigación estables, y a los existentes les falta un tiempo para consolidarse.
- La calidad científica de las investigaciones realizadas fuera del ámbito universitario es más que cuestionable.
- Abunda la literatura escrita desde las ciencias médicas. Se trata de una literatura que se centra en la relación médico paciente –sobre todo en la entrevista clínica-, en cómo dar malas noticias y, en menor medida, en los usos de la salud en línea. Pero no es raro encontrar reflexiones, por ejemplo, sobre los mensajes persuasivos y sus efectos.
- Muchas de nuestras investigaciones giran en torno a cómo trata la prensa la información de salud. La metodología más citada es la de análisis de contenido. Por número de investigaciones les seguirían aquellas que se centran en la comunicación corporativa.
- La mayoría son investigaciones cuantitativas y a penas si se tienen en cuenta los estudios de

recepción o los estudios culturales.

- Aún es muy grande el desencuentro entre comunicación y ciencias de la salud; pero tampoco parece que se haya avanzado demasiado en la interdisciplinariedad en el seno de las ciencias sociales.
- Tampoco hay una relación fluida entre la universidad y las asociaciones profesionales del ámbito de la comunicación y salud más allá de la formativa, no sabemos si debido a una ignorancia mutua calculada.
- Sin embargo, la industria de la salud si que da muestras de interés por una investigación aplicada sobre comunicación y salud, una oportunidad que aún no hemos aprovechado en demasía.
- Hechamos en falta, por un lado, una mayor consistencia teórica en las investigaciones y, por otro, una mayor dedicación por parte de los investigadores al desarrollo teórico de la comunicación y la salud.
- Existe una falta de interés y un desconocimiento de la comunicación para el cambio (para el desarrollo) cuanto menos inquietantes.
- A la par, observamos que la mayoría de las investigaciones viven de espaldas a la bioética, los determinantes sociales, los fines de la medicina, etc. Cabría preguntarse de qué hablamos, entonces. O desde qué punto de vista. O con qué finalidad.

4.3. La incorporación de reflexiones nuevas

De nuevo, estas reflexiones aparecen de forma escueta, conscientes de que cada una de ella se merecería una larga consideración. Como se verá, en más de un caso podrían aplicarse a otros ámbitos o disciplinas de la comunicación.

- Es necesario teorizar, sí, pero resulta prioritario dar a conocer a teóricos de la comunicación y salud sin restringirlos a zonas geográficas o lingüísticas y, así, no caer en el mismo error en el que hemos caído en otras ocasiones en el ámbito de la comunicación.
- Volvemos a pecar de ahistoricismo, lo cual se pone muy de manifiesto cuando se leen reflexiones sobre las redes sociales y los nuevos usos de internet. En ocasiones se carece de perspectiva y sólo se es capaz de conjugar un presente que acaba en apologismo.
- Debemos ser exigentes con nosotros mismos y participar más en proyectos competitivos.

- Es necesario elaborar un mapa de los estudios de comunicación y salud en el que se incluyan a las tesis.
- Se corre el peligro de confundir consultoría con investigación.
- Debemos incluir en nuestros convenios con corporaciones o instituciones una cláusula en la que se nos permita, transcurrido un tiempo prudencial en algunos casos, difundir los resultados de las investigaciones. A la par, que en haras de la transparencia, siempre deberíamos citar nuestra fuente de financiación; obligación ésta aún más necesaria cuando hay en juego tantos intereses, como ocurre en la industria de la *salud*.
- El posicionamiento de los grupos de investigación puede llevarnos a la fragmentación, la competencia desmesurada, el idiotismo (etimológicamente hablando) y el endiosamiento. No debemos caer en los mismos errores que se padecen en otros ámbitos de los estudios de comunicación. Y, así, quizás hacer nuestro el que fue lema de la revista *Archipiélago: conjunto de islas unidas por aquello que les separa*.
- Nuestra experiencia nos indica que a parte de objetos de estudio o metodologías ya expresados, deberíamos hacer un esfuerzo en investigar sobre la evaluación de campañas, la comunicación de riesgos, las redes sociales¹⁷ y los nuevos usos de internet, la corrección política en el discurso de la salud, la autonomía del paciente, la medicalización, el periodismo especializado en salud y la retórica científica como estrategia de mercado o de poder.
- Tan importante han de ser las investigaciones básicos como las aplicadas; sin investigaciones básicas no seremos capaces de avanzar con juicio.
- No debemos renunciar a las investigaciones con finalidad de intervención, pero siempre desde la autonomía y la transparencia.

¹⁷ Como ya hemos comentado, son abundantes, y algunos de gran calidad, los blogs dedicados a la web 2.0 e, incluso, a la 3.0. Consideramos que estamos inmersos en un apologismo acrítico, muy común cuando aparecen innovaciones tecnológicas que pueden tener fines comunicativos. Por eso, no está de más recordar estas palabras de Enrique Gavilán en su blog (<http://egavilan.wordpress.com/2010/07/01/internet-me-deprime/>): “¿Pasaría lo mismo con la web 2.0? ¿Tienen las redes sociales virtuales efecto terapéutico per se? A la web 2.0 se le ha otorgado gratuitamente dos vitolas de mucha enjundia: el generar conocimiento colectivo y el tener valor terapéutico. Ni uno ni lo otro lo han demostrado aún, es pura teoría”. Por otro lado, nos parece de lectura obligatoria el artículo aparecido en *NYT* el 29 de mayo de 2010, *When Patients Meet Online, Are There Side Effects?* (http://www.nytimes.com/2010/05/30/business/30stream.html?_r=2). Al menos nos tendría que hacer pensar.

- Por último, tenemos que realizar un esfuerzo para delimitar teóricamente nuestro ámbito de estudio.

Referencias

- Bauer, T.A. (2006). Estoy vivo..., luego estoy sano. *Comunicar*, 26, 43-50.
- Beck, C.S. et al. (2004). Enacting 'health communication': the field of health communication as constructed through publication in scholarly journals. *Health Communication*, 21 (4), 475-492.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2004). Consideraciones éticas en torno a la información sanitaria. Barcelona: Departament de Salut-Generalitat de Catalunya.
- Evans W. (2005). Bibliography. *Health Communication*, 17 (1), 105-113.
- Freimuth, V.S. et al. (2006). A Descriptive Analysis of 10 Years of Research Published in the Journal of Health Communication. *Journal of Health Communication*, 11 (1), 11-21.
- Garabato González S. La prevención del VIH/sida en los medios de comunicación social escritos: análisis cuantitativo de una muestra de diarios. *Trabajo social y salud*, 45, 139-154.
- Hastings Center. (2004). Los fines de la medicina. El Establecimiento de unas prioridades nuevas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Mayer, M.A., Terrón, J.L., Leis, A. (2008). La salut a la xarxa: propostes de qualitat i de certificació. *Quaderns del CAC*, 30, 61-68.
- OMS. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS.
- Packer, L., Tardelli, O., Castro, F. (2007). A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. *Ciência& Saúde Coletiva*, 12 (3), 587-599.
- Pintos, V.S. (2001). Comunicación y Salud. Madrid: Inmediaciones.
- Scambler, G. (1991). *Sociology as Applied to Medicine*. Londres: Baillière Tindall.
- Terrón, J.L. (2007). La comunicación para la salud en España, algunos apuntes. *ECO-PÓS*,

10 (1), 23-44.

- Terrón, J.L. (2009). El turismo de salud. (235-250). En: San Eugenio, J. Manual de comunicación Turística. Girona: Documenta Universitaria.
- Thompson, T.L. (2006). Seventy-Five (Count'Em-75) Issues of Health Communication: An Analysis of Emerging Themes. *Health Communication*, 20 (2), 117-123.

Reflexiones sobre la comunicación interpersonal

Reflections about interpersonal communication

L López Samaniego¹, L Cibanal Juan^{1*}, A L Noreña Peña¹, N Alcaraz Moreno²

¹ Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante.

² Facultad de Enfermería. Universidad de Colima (México).

Fecha de recepción: 15/11/2010 – Fecha de aceptación: 16/12/2010

Resumen

Introducción: cada uno de nosotros captamos e interpretamos subjetivamente la realidad que nos rodea; según esta captación o interpretación así nos comunicamos. **Objetivo:** realizar una reflexión sobre algunos aspectos que nos permitan desarrollar una comunicación interpersonal más eficaz. **Método:** a través de la reflexión sobre distintas teorías se construye un sencillo esquema que poder seguir para adquirir conciencia y habilidades comunicativas. **Resultados:** el enramado proceso comunicativo está influenciado por diversos factores. La percepción es una fuente de conceptualización propia de cada individuo, aunque en determinadas circunstancias puede abordar a un colectivo con experiencias y expectativas similares. Las creencias y valores, tienen también carácter individual y subjetivo; puede comprender a colectivos, familias e incluso formar parte de la cultura de un grupo más o menos amplio de personas. Estas disparidades pueden pronunciarse tanto por parte del paciente como del profesional sanitario, desencadenando conflictos y desacuerdos que requieren de destrezas para clarificar y consensuar las intervenciones a realizar. **Conclusión:** la capacidad de adquirir y desarrollar herramientas de comunicación, influirá sustancialmente en el tipo de interacción que mantengamos con nuestros pacientes; siendo importante, priorizar la capacidad de empatía y de sensibilización con la realidad del paciente partiendo de la suya propia.

Palabras clave: Enfermería; Paciente; Comunicación; Relaciones Interpersonales.

Abstract

Introduction: each one of us interprets the reality that surrounds us in a subjective way; we are able to communicate according to this catchment or interpretation. **Aim:** realise a reflection on some appearances that allow us to develop an interpersonal and more effective communication. **Method:** through the reflection on different theories, it is possible to build a simple diagram to follow in order to purchase consciousness and communicative skills. **Results:** the communicative process is influenced by diverse factors. The perception is a source of conceptualization own of each individual, although in determinate circumstances can address to a community with similar experiences and expectations. Beliefs and values, have also individual and subjective character; it can comprise to communities, families and even be part of the culture of a more or less wide group of people. These disparities - showed by patients or by health professionals-, unchaining conflicts and disagreements that require skills to clarify and to consensus interventions to realise. **Conclusion:** the capacity to purchase and develop tools of communication, will influence substantially in the type of interaction that are supported by our patients; being important, to prioritise the capacity of empathy and of sensitisation with the reality of the patient splitting of his own.

Key words: Nursing; Patient; Communication; Interpersonal relations.

Correspondencia: luis.cibanal@ua.es

Introducción

Creemos importante reflexionar sobre algunos principios que debemos de tener en cuenta al relacionarnos con nuestro interlocutor, pues frecuentemente damos por hecho que la visión que tenemos de la realidad, y en base a la cual nos comunicamos, es para todos igual, olvidándonos de que cada uno construimos de forma muy personal dicha realidad. Si bien el tema puede ser muy extenso, lo vamos a acotar a estos tres principios, los cuales en definitiva son como partes de un todo:

- Lo que está claro para mí, solamente lo está para mí, y viceversa.
- Hablando de lo mismo no hablamos lo mismo.
- El significado está en las personas no en las palabras

Los resultados encontrados provienen específicamente de dos disciplinas: psicología y enfermería.

La mayoría de artículos generados son de tipo “teorizaciones”. De los artículos encontrados un alto porcentaje corresponde a diseños cuantitativos y a reflexiones teóricas sobre la comunicación y la relación de ayuda.

La mayoría de los artículos y libros encontrados, suelen abordar de manera más o menos profunda lo que es la comunicación humana (emisor, mensaje, receptor) así como lo que es la relación de ayuda.

Nosotros basados en los estudios realizados principalmente sobre la Teoría Constructivista, y el Interaccionismo simbólico (Bateson, 1956, 1984; Maturana, 1986, Gergen, 1994, Von Foerster 1987, Watzlawick 1985, Blumer, 1967, Satir, 1991). etc.) vamos a aportar algunas ideas que nos han parecido sumamente significativas en orden a una mejor comprensión del lenguaje de nuestro interlocutor.

Lo que está claro para mí solamente lo está para mí, lo que está claro para ti solamente lo está para ti.

Veamos Algunos factores que influyen la comunicación y que nos explican este principio:

La percepción

La imagen que uno se hace del mundo y del otro es un elemento esencial en la comunicación. Para percibir es preciso sentir, interpretar y comprender el mundo en el cual uno vive. La percepción es pues un gesto personal e interno.

Todos los datos que un individuo posee sobre el mundo deben pasar por sus sentidos. Sin embargo *ver no es siempre creer*. Sabemos, y esto nos lo han descubierto los especialistas de la comunicación, cómo los límites fisiológicos del ser humano como son su ojo y su cerebro, pueden frecuentemente ocasionar errores.

Sabemos cómo los sentidos son impactados por un estímulo del exterior; se ve algo, se escucha algo, hay un estímulo que impacta y se elabora y transforma ese estímulo para elaborar una representación: pero la representación elaborada no coincide con el estímulo, de lo que la persona no se percata. Lo interesante es que la persona ve algo, por ejemplo una silla. Si pudiera presentar este estímulo a otras personas -de otro lugar, de otra época-, probablemente no dirían éstas que es una silla. Es decir, para esa persona, y de acuerdo a su historia, ese objeto está construido como una silla, y puede además construirlo como silla bonita, como silla resistente, como silla endeble, como silla incómoda, etc. El constructivismo, establece que las personas transforman y no se da cuenta que transforman, elaboran y no se percatan que lo hacen. En consecuencia, el territorio y el mapa nunca coinciden plenamente; siempre el territorio es más complejo que el mapa.

Esto, dicho con otras palabras, es que siempre la realidad es más compleja que lo que se diga de ella. Por otro lado, es importante señalar que la percepción siempre es selectiva. Siempre se verá una parte de un todo; a cada quien le interesan más ciertas cosas y privilegia una parte de ese todo.

Por ejemplo, si a un conjunto de personas se les muestra un libro y se les pregunta qué ven en ese objeto, algunos se fijarán en el diseño de la portada porque esto es lo que les interesa, verán los colores y los contrastes del dibujo; otros verán el título y el tema; otros más, verán el nombre del autor, etc.; cada una seleccionará una parte de aquello a la que presta más atención, pero no lo "aprehende" todo sino sólo parte; construye así una representación de este libro que será ligeramente distinta para cada uno, por lo que nos lleva al principio establecido de que: lo que está claro para mi solo lo está para mi.

Bateson y cols. (1956) decían que, como en el caso de la visión binocular, era importante que hubiese dos observadores que observaran a la misma familia, porque el mapa que hacen dos es mucho más complejo que el que hace uno solo.

Esto, si es válido ante cualquier objeto, frente a los seres humanos lo es doblemente. Si le pide una descripción de un objeto habrá, quizá, pocas discrepancias, pero si solicita la descripción de una persona las discrepancias aumentan, porque hay factores que producen una distorsión; por ejemplo, los intereses o emotividades puestos en juego.

Siempre que se ve un objeto, se ve con los ojos de la propia historia, de la ideología aceptada, de la cultura en que se vive, de la experiencia; sólo así puede verse el objeto. No hay observación pura; toda la observación está contaminada por el pasado, el cual condena a ver las cosas como se ven y del que no hay forma de escapar.

A Alfred Korzybski, un científico y filósofo polaco, fallecido en 1950 en U.S.A., se debe el concepto "*el mapa no es el territorio*".

De acuerdo a Korzybski, todos los intentos humanos de explicar la realidad son y han sido construcciones, representaciones, modelos de la realidad, mapas de territorios. Toda conceptualización parte de una percepción, limitada por nuestra propia estructura humana. A partir de una toma de conciencia de esa percepción obtenemos una idea, un concepto, una palabra, una acción. Toda conceptualización parte de lo percibido y es entonces una "construcción" humana, un mapa de la realidad, y no la realidad misma. Lo que está en el mapa es la producción de nuestros sentidos, de nuestra percepción de la realidad. Dado que es imposible captar totalidades en las cuales estamos nosotros mismos incluidos, y debido a la limitación de nuestra capacidad perceptiva, cada percepción es un modelo, un mapa de la realidad; pero demasiado frecuentemente se considera lo percibido como la realidad, se confunden los modelos con la realidad.

De aquí que se vea la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce.

La epistemología tradicional plantea que los datos son incorporados a través del sistema sensorial y luego procesados por el cerebro para generar una acción. Desde la posición constructivista se considera que: (Von Foerster 1987) "Hay efectivamente un continuo proceso circular y repetitivo en el que la epistemología determina lo que vemos; esto establece lo que hacemos; a la vez nuestras acciones organizan lo que sucede en nuestro mundo, que luego determina nuestra epistemología".

Los valores, las creencias

Los valores están muy relacionados con la autoestima. Mucha gente no valora más que lo que tiene importancia para ella. Los valores influyen en gran manera el proceso de comunicación, porque, lo mismo que las percepciones, son diferentes para cada uno, e intentamos imponerlos a nuestro interlocutor.

Los sistemas de valores difieren entre las personas por varias razones: la edad, la transición de la infancia a la adolescencia, el mundo del trabajo, los estudios, la situación de pareja, las relaciones parentales, la educación recibida ... son factores que modifican u orientan de forma diferente la vivencia de los valores personales.

Los profesionales de la salud deben llegar a saber abordar y resolver estos conflictos de valores, pues las dificultades inherentes a estas diferencias individuales en los profesionales del equipo de cuidados crean incertidumbre y confusión en los pacientes y sus familias. Veamos un ejemplo:

Los padres de una adolescente se sienten emocionalmente preocupados y ansiosos porque acaban de descubrir un trozo de hachis en la mesilla de su hija. Y comienzan a pensar: "ahora entendemos por qué desde hace algún tiempo ella suspende en sus estudios y viste de forma desastrada". Mantienen violentas discusiones con la hija y deciden castigarla sin salir con las amigas. La chica decide no comer ni beber.

En un examen realizado por el equipo de salud sobre la joven adolescente, llegan a las conclusiones siguientes:

Unos miembros del equipo interpretan este desinterés por la comida y la bebida como un síntoma de problemas emocionales y la etiquetan de "psicópata, deprimida y ansiosa".

Otros miembros del equipo creen que la rigidez de los padres es excesiva y que el querer imponerle sus valores ha originado este comportamiento en la chica.

Lógicamente según la aborden unos u otros profesionales, es evidente que la forma de comunicar con la paciente va a ser muy diversa, e incluso contradictoria. Lo cual puede llevar a que la paciente perciba estas contradicciones y no sepa a qué atenerse.

Así mismo también experimentamos cómo **las creencias** pueden influirnos en nuestra manera de comunicar.

Las creencias pueden, globalmente, tomar tres formas:

- a) Racionales, es decir, las que están basadas en evidencias conocidas.
- b) Ciegas, es decir, las que uno adquiere en ausencia de toda evidencia.
- c) Irracionales, es decir, las que uno conserva a pesar de las evidencias contrarias.

Lógicamente los profesionales de la salud cuyas acciones están basadas, bastantes veces, en teorías un tanto dogmáticas, tratan de ajustar sus acciones a sus ideas preconcebidas y deforman así sus experiencias personales. Veamos algunas de estas creencias dogmáticas:

- Los enfermos mentales hospitalizados son peligrosos.
- Las personas normales reflexionan antes de actuar.
- Si los padres educaran bien a sus hijos habría menos problemas de salud física y mental.
- Cuando una persona tiene problemas lo mejor que puede hacer es no pensar en ellos.
- Cuando una persona está pasando un duelo, lo mejor es que salga y se distraiga.
- La persona tiene que ser capaz de resolver por sí misma sus problemas.
- La persona que realmente quiere suicidarse nunca lo comunica.
- Etc, etc,.

Se ha observado, cómo, en general, los individuos buscan información sobre las afirmaciones que ellos afirman, y por el contrario ignoran todas las que contestan. Podíamos decir que, si un individuo aprende hechos nuevos y válidos sobre las afirmaciones que él refuta, puede cuestionarse sus creencias actuales. Por el contrario si no busca documentarse sobre los hechos que contesta, va lógicamente a evitar el cuestionar sus creencias.

Los aspectos sociales

Cada sociedad y cada cultura suministra a sus miembros su propia explicación sobre las estructuras y sobre el significado que le da a las cosas. Estas informaciones dan nacimiento a ideas preconcebidas y a generalidades respecto a la forma de ver los otros. Estas ideas preconcebidas, aprendidas a una edad muy temprana, son tan sutiles que a menudo son hasta desconocidas. Sin embargo éstas limitan, de manera importante, el estilo de comunicación y de interacción de una persona con otra. Por tanto, si estas generalizaciones y estereotipos sociales interfieren en nuestras relaciones, éstas pueden también modificarlas.

Si los profesionales no conocen estos aspectos sociales de los pacientes, les va a ser difícil saber el sentido, a veces tan diferente, que ellos dan al mensaje que reciben. Por ejemplo: *eructar, en algunas culturas es una forma sana de saber vivir, mientras que en otras es como un insulto y falta de delicadeza.*

Esta posibilidad de pensar la construcción de la realidad de manera social, nos permitirá conceptualizar cómo se dan históricamente los supuestos de realidad de los colectivos y cómo se asume, lo cierto o lo falso, dentro de cada dominio específico del saber. Nos acerca a las llamadas narrativas o relatos que explican todo aquello que asumimos que es, lo que se puede pensar, lo que se dice y es cierto y aquello que no se puede decir, pues no es posible.

En suma, podemos apreciar que los puntos se van conjuntando para dar fin al mito de la realidad objetiva. A partir de ahora la teoría no intenta señalar las características del mundo tal cual es, sino que la misma responde a una convención social, un acuerdo, una construcción que es mantenida a través del lenguaje.

Esto, en lo que se refiere a las corrientes terapéuticas, va en contra de aquellas escuelas que proponen que es posible el hallazgo de una realidad objetiva.

El lenguaje ya deja de ser pues, un medio donde se encierra una verdad objetiva. El lenguaje es una herramienta mediante la cual vamos construyendo la realidad, una realidad que está dependiendo de un acuerdo social.

Este nuevo salto epistemológico sólo se afincó firmemente cuando se legitimó una nueva dimensión conceptual y se adoptó un nuevo nivel de análisis de los procesos sistémicos, a saber, la noción de *narrativa*: el campo de las historias en común, compartidas por familias (de hecho ser parte de una familia implica necesariamente compartir historias, descripciones, valores, anécdotas), por los grupos sociales (desde las ideologías compartidas por un grupo religioso hasta las mitologías compartidas por una cultura) y, muy relevante para nuestro tema, progresivamente compartidas por terapeutas y pacientes en el curso de la consulta.

Los aspectos culturales

La cultura enseña a los individuos cómo comunicar a través del lenguaje, los gestos, los vestidos, las comidas, la forma de utilizar el espacio, etc.

Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos, son artefactos sociales, productos de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.

El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo, no depende de la validez objetiva de la exposición, sino de las vicisitudes del proceso social y cultural.

La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relaciones culturales.

Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales.

Estos presupuestos de la Construcción Social hacen hincapié en la construcción de las realidades y su mantenimiento a través de un proceso social y cultural. Vemos la construcción y mantenimiento como procesos creados con otros en la comunicación y mantenidos también gracias a la misma.

Este punto muestra una similitud muy grande con la terapia Estructural, ya que ambas ven fundamental la comunicación que cada uno mantiene con el medio que es el que contribuye a definir la realidad.

Las construcciones de la experiencia están ancladas en convenciones sociales, culturales, lingüísticas, narrativas, históricas, relacionales y discursivas que, si bien es cierto que cambian, no lo hacen de la noche al día. Es en el seno de estas convenciones, no precisamente efímeras, donde tiene sentido el ejercicio de la interacción y la psicoterapia. Como afirmábamos con anterioridad, toda experiencia humana es candidata al significado en un número mayor o menor de discursos narrativos culturalmente disponibles, y uno de estos discursos es el de los "problemas psicológicos". En este sentido, resulta imposible determinar qué experiencias pueden derivar en problemas, dado que potencialmente es el caso de cualquiera de ellas. Ante la omnipresencia del "discurso del déficit" (Gergen, 1994) en nuestro contexto cultural, cualquier conducta puede llegar a ser etiquetada de problemática (quien lo dude hará bien en consultar en la sección de libros de "autoayuda" de cualquier librería especializada). Sin embargo, desde nuestra perspectiva sí hay una dimensión del discurso

narrativo relacional de las familias que presentan un motivo de demanda común a todas ellas:
su construcción

En la terapia esto es sumamente importante, porque tiene que ver con el modo en que se construye algo como problema o no. Avilés (1998) nos narra la experiencia siguiente vivida en un poblado de Guatemala. *Era éste un poblado donde bajaban a vender los indígenas de la región. Las mujeres vendían sus mercaderías mientras los hombres se iban a embriagar. Tomaban alcohol en cantidades extraordinarias. El caso es que al atardecer, cuando terminaban su venta las mujeres, los varones ya dormían en la calle completamente intoxicados. Ellas se sentaban a su lado esperando que despertaran. No hacían nada más. Los niños jugaban a su alrededor como si nada ocurriera. Un par de horas más tarde los hombres abrían los ojos, se despabilaban, y todos se iban tranquilamente. Nadie construyó eso como un problema ni lo rotuló como alcoholismo.*

Es preciso considerar que, "el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente" (Bateson y Ruesch, 1984). Por tanto, se plantean aspectos tales como ¿cuáles son, de entre los millares de comportamientos corporales posibles, los que retiene la cultura para constituir conjuntos significativos?, al igual que en el lenguaje, cuáles son los sonidos que llegan a adquirir significación.

Hay autores que presentan como uno de sus primeros axiomas, la imposibilidad de dejar de comunicarse. Por otra parte, prestan más atención al contexto que al contenido y estiman inadecuado el método experimental en el que la variación de un elemento se correlaciona con la de otro, puesto que la realidad implica muchas más variaciones, no es simple y lineal sino compleja y contextualizada.

Estos autores al partir de la concepción de la comunicación como sistema cultural en que se inserta el individuo, analizan cómo el sistema está regido por una causalidad circular, no lineal, donde el efecto retroactúa sobre la causa, como en una orquesta de la que forma parte cada miembro y en la que todo el mundo sigue una partitura polimórfica invisible, verbal, gestual, espacial y a veces contradictoria. Todos son partícipes y nadie es el origen, la causa o el fin de nadie. Sería el modelo orquestal en oposición al modelo telegráfico, que vuelve a expresar el sentido primario de la palabra comunicar, participar, comulgar, poner en común algo (Winkin, 1984).

Muchas de las problemáticas de las organizaciones humanas y muchas de sus llamémoslas patologías, tienen sus raíces en la cultura occidental y se plasman en nuestro substrato común de pensamiento y lenguaje. Lenguaje que en nuestro caso es deductivo y lineal -sujeto y predicado, quien ejecuta y quien recibe la acción-, mientras que la realidad aparece como algo

dinámico y circular (Satir, 1975).

Los aspectos familiares

Para entender el mundo, podemos estudiar la familia: situaciones críticas como la autoestima, el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para la comunicación... son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir el mundo. Por tanto para cambiar nuestra relación con el mundo, tenemos que cambiar a la familia. Virginia Satir nos dice: *"la vida familiar es como un témpano de hielo: la mayoría percibe sólo la décima parte de lo que sucede – la décima parte que pueden ver y escuchar. Algunos sospechan que ocurre algo más, pero no saben qué es y no tienen idea de cómo pueden averiguarlo"*.

Los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones. Estas disposiciones, aunque por lo general no son establecidas en forma explícita, o siquiera reconocida, constituyen un todo: la estructura de la familia la estructura es la que mantiene las interacciones y estas son la causa de la queja o del bienestar de los miembros de la familia. Hay que cambiar pues, el funcionamiento de esa estructura, para de esa forma cambiar la experiencia de cada individuo, o si se prefiere el modo como experimenta el mundo cada uno.

Si la interacción y estructura siempre están en una relación tan lábil, todo cambio que se de en la estructura influirá directamente en la interacción y viceversa.

Contemplar a la familia, en un lapso prolongado, es observarla como un organismo que evoluciona con el tiempo. Esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, al tiempo que otras reinician el ciclo de vida, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución.

El proceso que conduce a percibir "la manera en que las cosas son" se construye desde el nacimiento a través del consenso. El proceso de búsqueda y retención del consenso es lo que otorga a la realidad un cierto grado de estabilidad colectiva y por lo tanto individual. De hecho, este compartir de un conjunto de puntos de vista y de mapas en común yace en la base de la experiencia del pertenecer, de la experiencia de ser parte de un colectivo. No es sorprendente así, que, dado que la familia es un agente socializador principal para individuos, dada la calidad y el simple volumen de los mapas compartidos por la familia inmediata, el sentimiento de confirmación mutua de puntos de vista compartidos y por lo tanto de pertenencia es máximo en

este grupo. La pertenencia a una red interpersonal más extensa podría describirse también como caracterizada por un compartir o encaje de mapas, si bien con un grado menor de encaje que en la pertenencia a la familia.

La familia sería el sistema intermedio entre lo individual, lo natural, lo privado y lo que pertenece a lo público, cultural, lo social (Hochmann 1992.) se entendería como una instancia de socialización.

Los aspectos individuales

El primero de los focos a los que hacíamos referencia es la consideración batesoniana de la mente no como producto de un sistema nervioso contenido en un organismo, sino como conjunto de pautas de organización y autorregulación de cualquier sistema. En este sentido, la mente no es ni mucho menos inmanente al individuo, sino un proceso distribuido social y ecológicamente.

Según el famoso ejemplo de Bateson (1972): *Consideremos un hombre que derriba un árbol con un hacha. Cada golpe del hacha es modificado o corregido de acuerdo con la hendidura que ha dejado el golpe anterior. Este proceso autocorrectivo (es decir, mental) es llevado a cabo por un sistema total árbol-ojos-cerebro-músculo-hacha-golpe-árbol, y este sistema total es el que tiene características de mente inmanente.*

Los construccionistas trabajan fundamentalmente con lo verbal, esto debido a que piensan que el lenguaje es la herramienta más importante para nuestra construcción del mundo y de nosotros mismos. "Lo que decimos o narramos influye en nuestro campo de acción"(Gergen, 1996).

Creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad externa, sino porque seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos. (Bateson, 1972).

Un nuevo desequilibrio y un nuevo salto evolutivo en el modelo cibernético fue introducido por la postulación de que la observación afecta lo observado. El observador, con sus limitaciones supuestos y prejuicios, organiza lo observado. Puede, así, argüirse que no existe una descripción objetiva de la realidad. El argumento, por cierto, acaba por cuestionar qué es la realidad misma. El conocimiento del mundo, lejos de ser una representación de la realidad

externa, existe en los acuerdos descriptos acerca de la realidad.

Los nuevos desarrollos pasaron a ser llamados "Cibernética de los sistemas observantes" o *Cibernética de segundo orden*.

Es evidente que tenemos que ir más allá de la Gestalt de la objetividad y la subjetividad. La cibernética de la cibernética propone que la alternativa es la ética. Desde una perspectiva ética no nos preguntamos si somos "objetivos" o "subjetivos"; en lugar de ello, admitimos el nexo necesario entre el observador y lo observado, y ello nos conduce a examinar cómo participa el observador en lo observado. Howe y Von Foerster (1975) señalan que el tránsito hacia una perspectiva participativa y ética es el pasaje de un pensamiento causal unidireccional, a un pensamiento sistémico mutualista; de la preocupación de las propiedades de lo observado al estudio de las propiedades del observador. Afirman que Kant fue el iniciador de este desplazamiento paradigmático, y sostienen que él sustituye nuestra preocupación por la objetividad, colocando en su lugar la preocupación por la responsabilidad. Como cada cual prescribe determinadas maneras de puntuar el mundo, es importante examinar las intenciones que están en la base de esos hábitos de puntuación. En Síntesis, las distinciones que establecemos a fin de conocer el mundo surgen de una base ética, no objetiva, no subjetiva. Porque lo que percibimos es trazado por nuestra manera de conducirnos y nuestra manera de conducirnos se atiene a las restricciones de lo que percibimos (Keeney, 1991).

La metacomunicación es también otra posible forma de salida de la maraña en que las personas nos enredamos en muchas ocasiones, con nuestros mutuos y múltiples problemas. Al metacomunicar, (comunicación a cerca de la comunicación) salimos de la situación repetitiva que impide en muchas ocasiones que podamos ver con claridad y globalidad el problema; por ello, esto a veces es importante como primer paso en la resolución de problemas.

Desde esta meta-comunicación, los individuos con trastornos de conducta, dejan en el modelo sistémico de ser catalogados como problemáticos intrapsíquicos, para pasar a ser contemplados como reflejo de las contradicciones de un sistema relacional, que logra así mantener un cierto equilibrio.

Algunas formas de comunicación alienadas no tienen pues que ser necesariamente fruto de un grave trastorno de la personalidad o de una enfermedad mental. A veces, son la única forma posible de comunicación en un contexto absurdo o insostenible (Watzlawick, 1987).

Existiría por tanto la "imposibilidad formal de resolver una conducta aislada, es decir no vinculada sistemáticamente con el comportamiento de los demás individuos con quienes el sujeto está relacionado en un contexto dado" (Selvini, 1987). Esta idea subyace a cualquier plan de integración, sea éste de minusválidos físicos o psíquicos, de enfermos mentales, escolares o referidos a cualquier otro tipo de marginación social.

La estrategia sistémica consistiría en colocar el caso puntualizado como problemático dentro del sistema interactivo de personas que se comunican con personas observando cómo, el individuo inadaptado, responde con su conducta a las disfunciones del sistema por todos formado, de manera que su conducta es realmente adaptativa.

Con ello desaparece la puntuación negativa del individuo al cerrarse el círculo sobre la anterior causalidad lineal. Lo que se pasa a analizar es una disfunción específica, que implica a varias personas; desechando, por consiguiente, la creencia en una realidad que se había fraguado como resultado de la interpretación arbitraria de quién es o no culpable o responsable de esa determinada situación molesta.

Otros aspectos

Nuestra captación de la realidad, lógicamente no se agota, en los aspectos expuestos. Así, por ejemplo, vemos cómo la realidad y por consiguiente nuestra forma de interaccionar, puede estar condicionada por los filtros de: *la filosofía de vida, creencias, religión, las situaciones personales que cada uno puede estar viviendo, como: miedos, preocupaciones, ansiedades, cansancios, sueño, etc. etc.*

Todos constatamos cómo nuestro estado anímico nos condiciona en nuestras relaciones. Nuestro cansancio, nuestras preocupaciones, ansiedades, miedos, depresiones, etc., nos hacen percibir a las personas de forma diferente, y por tanto nuestra comunicación también lo será.

El pasar revista a los aspectos señalados, nos ha permitido tomar conciencia, de la complejidad de la comunicación, confirmándonos, una vez más, cómo: *lo que está claro para mí solo lo está para mí.*

Así mismo pensamos, que solamente podremos comprender al otro, si somos capaces de filtrar la realidad como nuestro interlocutor la filtra, y esto tanto a nivel de contenido, de sentimiento, afecto, interpretación, etc. Solamente el feedback y la meta-comunicación, permitirán a nuestro

interlocutor, el que éste comprenda que no sólo hablamos de lo mismo, sino que hablamos lo mismo.

Todo esto nos lleva al segundo principio:

Hablando de lo mismo no hablamos lo mismo

Esto es una consecuencia lógica de todo lo que acabamos de decir anteriormente. Si cada uno construimos la realidad de forma muy personal es obvio que mi forma de ver la realidad sea diferente de la de otra persona, luego, yo tendré una visión de las cosas diferente a mi interlocutor (el paciente). Esto nos lleva a tomar conciencia de que aunque aparentemente estemos hablando de lo mismo no hablamos lo mismo, pues cada uno, teniendo en cuenta las teorías del Interaccionismo Simbólico, lo ve desde su perspectiva, le da un significado muy personal en función de lo que ha vivido, sentido experimentado, como acabamos de decir. Por tanto, continuamente tenemos que clarificar los términos, ya los escolásticos nos hacían la observación siguiente: *“primo quesito de nomine”, primero clarifiquemos los términos*, es decir, debemos explicar como entendemos o qué significado le damos a las palabras, con el fin de que nuestro interlocutor nos comprenda y no interprete o le dé un significado diferente, de esta manera hay muchísima más posibilidad de que ambos hablamos lo mismo y de lo mismo.

Todo esto tiene su explicación, ésta es debida a que – y este es el tercer principio-:

El significado de las palabras no esta en las palabras mismas, sino en las personas

Esto quiere decir, que cuando hablamos no verificamos con el diccionario en la mano que ambos le damos el mismo significado, sino que cada uno le damos un significado a las palabras en función de lo que cada uno de nosotros hemos vivido de esa realidad.

Esto tiene sumamente importancia, dado que decimos que en la comunicación una buena escucha se muestra, entre otros aspectos, por realizar un feedback y por la empatía. Sin embargo si realizamos un feedback que manifiesta las palabras que nos ha dicho nuestro interlocutor pero no se clarifica el significado que le da a las mismas, aparentemente parece que le hemos escuchado, sin embargo el significado que le damos a sus palabras no siempre corresponde al que nosotros le damos, y por tanto volvemos al principio anterior de que hablando de lo mismo no hablamos lo mismo.

Así mismo, nos puede resultar difícil ser empáticos con nuestro interlocutor si nosotros no le damos el mismo significado que él a las palabras.

Conclusión

Con estas reflexiones hemos querido contribuir a dar unas pinceladas sobre la complejidad de la comunicación, pero que si tenemos en cuenta estos principios, disminuiríamos la dificultad que tenemos muchísimas veces en hacernos comprender.

Una vez más, vemos la necesidad, por parte del profesional, de situarse en el interior del esquema de referencia del interlocutor o paciente, con el fin de esperar encontrar con él un terreno de entendimiento para dialogar sobre las diferentes situaciones y llegar así a una comunicación que nos parece más clara y transparente.

Referencias

- Avilés, R. (1998). Cuentos de hadas amorosas y otros textos. México, Fondo de Cultura Económica.
- Bateson, B., Ruesch, J. (1984). Comunicación. La matriz social de la psiquiatría. Paidós, Barcelona.
- Blumer, H. (1982). Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método. Barcelona. Hora.
- Gergen, K.J. (1991). El yo saturado. Paidós, Barcelona.
- Maturana, H., Varela, F. (1972). De máquinas y seres vivos. Chile, Ed. Universitaria.
- Satir, V. (1991). Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Mexico: Pax.
- Von Foester, H. (1987). Sistemi che osservano, Roma: Astrolábio.
- Von Foester, H. (1990). Ethics and Second-Order Cybernetics. International Conference: Systèmes & thérapie familiale, Paris
- Watzlawick, P. (1985). ¿Es real la realidad?. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1989). Cambio. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Bavin, J., Jackson, D. (1983). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

Perspectivas

La interacción comunicativa en el cuidado de la salud

The communicative interaction in healthcare

A L Noreña Peña¹, L Cibanal Juan^{1*}, N Alcaraz Moreno²

¹ Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante.

² Facultad de Enfermería. Universidad de Colima (México).

Fecha de recepción: 15/11/2010 – Fecha de aceptación: 16/12/2010

Resumen

Este artículo pretende mostrar algunos elementos clave en la comunicación en salud. Inicialmente se mostrarán algunas de las bases filosóficas y epistemológicas que fundamentan la comunicación como proceso de interacción y afectación recíproca de los seres humanos. Posteriormente, ahondaremos en la manera en cómo el proceso de comunicación afecta las intervenciones en salud, realizadas en nuestra práctica profesional. Se destacará la importancia de profundizar en los conceptos y premisas que fundamentan la lógica relacional humana y las distintas dimensiones de la comunicación. El tener un conocimiento preciso de la manera en que se desarrolla cualquier transacción humana nos permitirá reflexionar en qué medida estamos preparados para establecer intervenciones de carácter terapéutico en el contexto sanitario.

Palabras clave: Comunicación en salud; Relaciones interpersonales; Uso terapéutico.

Abstract

This article intends to show some key elements about the communication in health environments. Initially some philosophical and epistemological bases supporting the communication as an interaction that affects reciprocally human beings are shown. Subsequently, the article examines in great detail the way in which the communicative process affects health interventions performed in our professional practice. It emphasizes the importance of studying in depth the concepts and premises that support the human relationship logic. Having an accurate knowledge about the way in which every human transaction is developed will allow us to think about our preparation to establish therapeutic interventions in health environments.

Key words: Communication in health; Interpersonal relationships; Therapeutic usage.

Correspondencia: luis.cibanal@ua.es

Introducción

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es una realidad por todos admitida. Se ha avanzado mucho frente a esta temática a partir de los logros de la psicología, de la medicina, y de la ciencia en general; sin embargo, estos logros no llegan a una concreta aplicación de los mismos y como consecuencia a que se dé un cambio en el público. Es decir, que los profesionales de la salud tienen, cada vez más, grandes conocimientos sobre la prevención de la enfermedad, así como sobre la promoción de la salud, sin embargo no saben cómo comunicar efectivamente esa información, tan imprescindible, a la sociedad.

Es evidente que, por muy excelentes que parezcan los proyectos y por muy ilustres que sean los investigadores, psicólogos, médicos, epidemiólogos, etc., si el proyecto no cuenta con un plan de comunicación bien reflexionado y mejor aún experimentado en cómo hacerlo llegar a la población, estaremos en la problemática de todos conocida y de la que nos quejamos, que es la falta de adherencia al tratamiento. La comprensión de lo que el paciente asimila dentro de la interacción comunicativa (mensajes transmitidos) constituye una red de significados que posiblemente repercuten de manera directa en que éste acepte y asimile su situación, cómo de respuesta al tratamiento y a las intervenciones terapéuticas y aliente su mejoría (Rubio, et al., 1998).

Al reflexionar sobre el contenido de este artículo, nos hemos encontrado en la revisión de la literatura, que existen bastantes artículos sobre qué es la comunicación, sin embargo muy pocos sobre cómo debemos comunicarnos de forma concreta. Encontramos que históricamente, la explicación y la conceptualización sobre los aspectos más importantes de la comunicación humana se han construido desde diferentes disciplinas, y en cada una, se le estudia de acuerdo con su objeto peculiar. Es precisamente, desde la antropología social, la psicología, la pedagogía, la lingüística, la sociología, entre otras, donde se han realizado más deducciones y conceptos de esta gran categoría humana y en donde ha existido un gran interés por profundizar en su conocimiento de manera sistemática. Finalmente, desde cualquier disciplina que se le aborde, la comunicación se reconoce como un proceso interactivo, en el cual, es difícil determinar dónde comienzan y finalizan los eslabones de la cadena comunicativa (Moral y Iguarta, 2005).

Se puede afirmar que, en la actualidad, el estudio de la comunicación es de carácter multidisciplinar al presentar distintas formas de explicación y descripción, además de numerosas prácticas, aplicaciones y modelos. Algunos planteamientos filosóficos esclarecen la esencia de la comunicación afirmando que la raíz diferencial del ser humano está precisamente, en la

naturaleza comunicativa, y sobre todo, en su capacidad dialógica. “La comunicación, como se ha dicho, no es un fenómeno exclusivo del mundo humano pero el diálogo, en el sentido etimológico del término, si lo es” (Torralba, 1998).

La comunicación es concebida como un requisito necesario para adquirir conciencia de la actividad intersubjetiva del hombre. Tal y como lo explica Cibanal, (2010) “Cada uno construimos nuestra propia realidad, realidad que es distinta para cada uno, y en función de cómo construimos y captamos la realidad así la comunicamos”.

En definitiva la comunicación se convierte en un proceso que permite la interpretación hermenéutica y la comprensión de la realidad, además ayuda a entender la conciencia histórica de las personas, propiciando la conformación de una concepción sistematizada del mundo. Es con la comunicación que se produce el proceso de aprehensión de los significados y se otorga un sentido y un significado a todo lo que nos rodea (Philipp, 1998).

Habermas, (1989) describe la manera en que se relacionan los seres humanos, a través del concepto de “acción comunicativa” y lo define como, una interacción social dada entre diversos actores, en donde las acciones de cada actor, están coordinadas por el intercambio de actos comunicativos, y se valen del lenguaje para que pueda existir tanto el entendimiento como la comprensión. Es precisamente a través de la comunicación interpersonal, que las personas definen la naturaleza de sus relaciones y establecen un compromiso de entendimiento recíproco, que exige finalidad, normatividad y bilateralidad.

En este trabajo, la comunicación será asumida desde un punto de vista socio- psicológico, donde la comunicación es ante todo un **proceso** fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y, hace posible la interacción entre las personas. Por tanto, la comprensión de la comunicación como interacción, se basa en la concepción de Parsons (1966) que la considera como el telón de fondo, de toda acción social.

La comunicación en el cuidado de la salud

Uno de los efectos más reconocidos, y con mayor eco a nivel científico, lo tiene la acción terapéutica de la palabra. Para el ámbito de la investigación sanitaria, existen tantos tipos de discursos, dentro del cuidado de la salud, como niveles de significado e interpretación atribuidos al mismo (Morales, et al., 2001). Se puede afirmar que la continua interacción comunicativa con los profesionales de la salud, es la que le permite al paciente designar atributos, calificativos y dimensiones a la vivencia de la enfermedad y de la hospitalización. Sin olvidar, también, que este significado está determinado, a su vez, por el mundo simbólico que cada persona posee, es decir, las creencias, costumbres y valores que le son propios (Aita, et al., 2005).

En efecto, se reconoce que un factor importante, en la comprensión de la experiencia de enfermar, lo configuran las relaciones interpersonales que se establecen en el ámbito asistencial. Así, la manera según la cual el profesional sanitario trate al paciente y lo aborde, va a influir en el sentido que éste le de a la dolencia o padecimiento (García-Campayo, et al., 1995).

Tal y como lo afirman algunos autores (Cano, 2001; Carbelo, 2000) son, precisamente, los procesos de asistencia sanitaria, los que más demandan la construcción de espacios de comunicación eficaz para que el individuo que recibe atención no se convierta en un "objeto", si no en un "sujeto" que solicita el apoyo necesario para comprender y reorganizar sus sentimientos, pensamientos y su estructura psíquica, frente a la eventualidad de la enfermedad. La comunicación efectiva con los pacientes, - entendida ésta no sólo como una claridad en lo que decimos, sentimos y pedimos al paciente, sino también y sobre todo en mostrar empatía y solicitar del paciente un feedback que nos permita tener la garantía de que nos ha escuchado y comprendido - permite fomentar una asistencia humana más personalizada, lograr la cercanía al paciente y, a su vez, poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados.

Comunicación como interacción social. Enfoque aplicado al cuidado de la salud

La interacción es escenario de la comunicación, y a la inversa, no pueden existir la una sin la otra (Rizo, 2004). En términos muy generales, la interacción puede ser comprendida como "el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales"(O'Sullivan, et al., 1997). Otra definición, apunta a que "en la interacción social, el acento está puesto en la comunicación y la reciprocidad entre quienes promulgan, utilizan y

construyen los códigos y las reglas”.

Siguiendo a Goffman (1972), las interacciones son la realización, regular y rutinaria de los encuentros, o dicho de otra forma, son situaciones sociales completas, lo cual las aleja de los meros actos lineales de transmisión de información. Desde este punto de vista, por tanto, el concepto de interacción hace referencia a una nueva perspectiva epistemológica en la que los procesos de comunicación entre seres humanos pasan a ocupar un lugar central para la comprensión de los fenómenos sociales (Sarramona, 1988). En autores como Alex Mucchielli (1998), la comunicación es interacción; y también lo es en autores pertenecientes a los enfoques constructivistas, tales como Tomás Ibáñez (1988), entre otros.

La interacción también, es definida como el “corazón de la comunicación” (Galindo, 2003), Generalmente se asocia el término interacción al de comunicación interpersonal, a las relaciones de comunicación en situación de copresencia. En la relación de interacción, cada interlocutor intenta adaptarse al comportamiento y expectativas del otro, puesto que, la interacción implica el establecimiento de reglas, normas y dinámicas compartidas.

Por esto, la interacción comunicativa finalmente es un proceso de organización discursiva entre sujetos que, mediante el lenguaje, actúan en un proceso de constante afectación recíproca. La interacción es la trama discursiva que permite la socialización del sujeto por medio de sus actos, su adaptación al entorno y la comprensión de las acciones propias y ajenas. (Rizo, 2004)

El profesional sanitario, en la interacción comunicativa con el paciente tiene la posibilidad de brindar actividades auténticas, de empatía y reflexión, además de aplicar técnicas del cuidado y potenciar momentos especiales de encuentro. Collière (1993) indica que, para que en el cuidado exista reciprocidad, el profesional de salud necesita contemplar al paciente como un ser holístico y activo; que en muchas situaciones por su condición de salud puede presentar respuestas cambiantes.

Por tanto, el cuidado de la salud, es una tarea mutua entre el personal de salud y el paciente, donde ambas partes deben ser comunicativas, confiadas, respetuosas, y comprometidas entre sí. De manera que se enriquezcan tanto el paciente como el profesional asistencial. El cuidado ayuda al paciente a enfrentar y tratar con éxito situaciones estresantes y reflexionar sobre el significado de las circunstancias (Garrido, 1990; García, et al., 2003).

Proceso de Comunicación

Hoy en día una característica necesaria del proceso de comunicación es que se debe de establecer la naturaleza del proceso, es decir, se necesita conocer cuáles son los significados intencionales del mensaje y además saber cómo son reconstruidos por un receptor (Van-der Hofsand, 2003). El proceso de comunicación, supone la intervención activa, de forma dinámica de todos los interlocutores, porque cuando se envía un mensaje se pone en marcha toda una cadena de acontecimientos (DeFleur et al., 2005; Cibanal et al., 2010).

El proceso de la comunicación, consiste en la transmisión, de significados con cierto contenido intelectual o cognitivo, para evocar en otra persona el mismo contenido. Implica el intercambio conceptual entre dos o más interlocutores conscientes. Además, está fundamentado en el análisis, como a su vez, se orienta muchas veces a la aparición o modificación de la conducta humana (Peleñuela y Álvarez, 2000). Así, la interacción discursiva, presenta una doble estructura cognitivo-comunicativa que se basa en la confrontación respectiva de las experiencias previas y en el conocimiento de una realidad particular por parte de los participantes en el proceso.

Por tanto, el valor de un acto comunicativo no se puede entender aisladamente como la adecuada emisión de oraciones sintáctica y semánticamente bien estructuradas. Este implica entender que, para resaltar la función comunicativa, hay que reconocer que cada individuo tiene un mundo interno subjetivo que está caracterizado por los conocimientos adquiridos, un estado de salud y una condición psicológica y mental específica. Estos condicionantes personales, finalmente determinan, la forma como se informa algo a otro individuo, quien también posee un mundo interno subjetivo diferente (Berger y Luckman, 1993).

Además, estos conceptos nos explican cómo el mensaje siempre se descodifica mediante un acto de interpretación. Por esta razón, es que el mensaje debe ser lo más explícito posible, porque, sabemos que no existe una realidad objetiva, igual para todos los seres humanos, cada persona tiene una representación propia de la realidad, Lo que denominamos como realidad son construcciones cognitivas, que vienen determinadas por factores socioculturales, familiares y personales (Watzlawich, et al., 2002).

Para dar significado a una experiencia, se requiere que las dos partes: el emisor y el receptor, compartan sus deducciones. Se habla de que el sentido del mensaje no está en su significado literal, se trata de un sentido que se da por supuesto, y que puede llegar a ser compartido dentro de un mismo diálogo por varios de sus participantes. Es muy común que se den múltiples explicaciones, para un mismo argumento. Por lo que, es conveniente que existan acuerdos entre los participantes de un diálogo frente a lo que se ha comunicado, con el fin de lograr un mensaje

común. Es decir, se debe evitar que queden dudas acerca de la intencionalidad real que tenían los interlocutores al expresarse (Van-der Hofstadt, 2003). Esto mismo lo explica Cibanal (2010), al decirnos que lo que está claro para mí sólo lo está para mí y viceversa.

La importancia del contenido del mensaje

Cada persona tiene una forma distinta de interpretar el contenido del mensaje intercambiado, pero a pesar de esta situación, deben de existir acuerdos, es decir, se debe evitar que queden dudas acerca de la intencionalidad real que tenían los interlocutores al expresarse. La gran mayoría de los malos entendidos que se presentan en las comunicaciones guardan relación con deducciones equivocadas que se hacen del contenido del mensaje. Cuando no queda claro con el otro el modo de pensar o de expresarse se pueden generar distorsiones del mensaje original, dando lugar a interpretaciones erróneas de la información (Defleur, 2005).

Cuando, se opta por tener una comunicación imparcial, más que un diálogo, existe la posibilidad de que haya insatisfacción frente a la interacción. Una comunicación pobre en contenido puede causar sentimientos de frustración, temor, hostilidad, confusión y aislamiento (Cibanal, 2000). Para Lipson (2002) una buena comunicación se basa en la comprensión mutua que se da cuando la versión del receptor se acopla con el significado que propone el emisor.

Para poder conocer cómo transmitir un mensaje de manera adecuada y oportuna debemos partir de conocer en profundidad las bases conceptuales que condicionan todo proceso de comunicación y para tal fin traemos a continuación una descripción exhaustiva de cuáles son las dimensiones y los componentes principales de cualquier proceso de interacción social.

Bases teóricas de la lógica relacional humana y de la comunicación

En la actualidad las teorías de la comunicación y sus estudios se han derivado de sus características principales: la capacidad que confiere a los seres humanos de transmitir mensajes e información, además de construir significados, como también, de afectarse mutuamente durante las interacciones comunicativas. La comunicación humana es un proceso complejo durante el cual una fuente emisora inicia un mensaje, utilizando símbolos verbales, no verbales y señales contextuales para expresar significados mediante la transmisión de información, de tal manera que los entendimientos similares o paralelos sean contruidos por el receptor (DeFleur, et al., 2005).

Todo esto nos lleva a tener en cuenta las tres áreas en las que se puede dividir la comunicación humana (Alonso, et al., 2005).

- **Sintáctica:** abarca los problemas relativos a la transmisión de la información. En concreto se refiere a los problemas de codificación, canales, ruido, capacidad, redundancia.
- **Pragmática:** Cuando la comunicación afecta la conducta. Comunicación y conducta se usan como sinónimos ya que toda conducta comunica. Comunicar implica un efecto y una reacción en los participantes.
- **Semántica:** El significado constituye la preocupación central. Toda información compartida presupone una convención semántica, un signo.

A continuación, se hará un breve análisis acerca de las dimensiones que componen la comunicación:

Dimensión pragmática de la comunicación. Aportaciones de la Escuela de Palo Alto.

La naturaleza de la comunicación, postula que los participantes de este proceso permanentemente intercambian los roles de fuente/codificador y receptor/decodificador, ninguno de los participantes puede entenderse como codificador o decodificador, se plantea más bien la "sintonización" entre el que recibe y envía un mensaje, lo que nos indica que el proceso es bidireccional. En una comunicación una persona está devolviendo constantemente a la otra. A éste proceso le llamamos retorno (feedback), que nos dice cómo se están interpretando nuestros mensajes. De aquí se derivan los principios de retroacción, donde la esencia del proceso comunicacional es la información en retorno (feedback), que es una interacción con capacidad de modificar las conductas en ambos comunicantes. La comunicación por tanto es una dialéctica, se intercambian roles permanentemente (Costa, 1999).

El concepto de *Feedback* o *Retroalimentación* se define como: "La actitud de devolver al interlocutor lo que acaba de decir, tanto a nivel de contenido como de sentimiento o demanda. El *feedback* permite a los individuos devenir conscientes de la influencia que tiene su comportamiento o lo que acaba de decir sobre el otro y percibir lo que otros piensan de sus

acciones o de lo que acaba de decir. El emisor solamente se sentirá realmente escuchado si el receptor le devuelve mediante un feedback lo que ha captado” (Cibanal, et al., 2010).

El tema de la retroalimentación, ha sido estudiado en profundidad por la escuela de Palo Alto formada en los EEUU en los años cincuenta, también conocida como “Colegio Invisible”. Para los representantes de Palo Alto, procedentes de diferentes disciplinas como la antropología, la sociología y la psiquiatría, entre otras, la construcción del conocimiento y profundización acerca del fenómeno de la comunicación, surgió a partir de las siguientes consideraciones (Rizo, 2004):

- a. La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción.
- b. Todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo
- c. Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones de la comunicación.

Para la escuela de Palo Alto, hay que entender la investigación en materia de comunicación en términos de niveles de complejidad, de contextos múltiples, de sistemas circulares. Paul Watzlawick, (2002) hace hincapié en que, “hay que aprender a mirar todo el entorno de un fenómeno comunicativo para poder percibir el conjunto de actores implicados”.

El objetivo de la escuela de “Palo Alto” fue describir las reglas del sistema comunicativo a partir de las relaciones entre todos los elementos de *un sistema*, en un momento y *contexto* concreto. La comunicación como sistema no debe de entenderse sobre la base del modelo de acción–reacción sino a nivel transaccional (Watzlawich, 2002).

La concepción anterior apunta a una aproximación sistémica a la comunicación. Desde este enfoque, la comunicación se puede definir como un “conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos” (Marc y Picard, 1992). Así un sistema es una colección de diversas unidades funcionales interactivas tales como elementos biológicos, humanos, de información o naturales, integrados con un ambiente para conseguir un objetivo común mediante la manipulación y el control de materiales, energía y vida. La propia naturaleza del sistema le permite encontrarse en un permanente estado de cambio. Los sistemas pueden ser cerrados o abiertos. En los primeros nada entra ni nada sale de ellos. Todo ocurre dentro del sistema y nada se comunica con su exterior. En cambio, los sistemas abiertos requieren de su entorno para existir (DeFleur, et al., 2005).

Además el sistema, se define siempre respecto a un determinado entorno. Un ejemplo claro de un sistema: es la familia. En el estudio de la comunicación para comprender las acciones, las interacciones, se necesita ubicarlas dentro de un lugar específico, lo que nos sugiere que, hay que acercarse al sistema en el que se realizan o tienen lugar. Así, la comunicación es asumida,

como un proceso en contexto de carácter holístico, como un todo integrado (Cibanal, 2006).

Establecer ciertas dinámicas comunicativas, entre los elementos del sistema, contribuirán a mermer la complejidad que caracteriza a los sistemas. La complejidad, no es más que la información que le falta a un sistema para comprender y describir completamente su entorno. Sin embargo, no existe una relación directa con una cuestión cuantitativa, sobre cuánta información, sino que es de tipo cualitativa, relacionada con qué información es la que se necesita (Olive, 2003; Luhmann, 1998).

En conclusión, la comunicación interpersonal es un proceso dinámico no reducible a variables aisladas. (Gil et al., 2005). De manera que, esta escuela de pensamiento "Palo Alto" define: "la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas". Además una de las principales contribuciones de esta escuela, es que el concepto de comunicación, incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente. (Bateson y Ruesch, 1984).

Lo interesante de la *Escuela de Palo Alto*, es que junto con las aportaciones del interaccionismo simbólico pone en evidencia la importancia de retomar y de observar los significados que se extraen de cualquier acto comunicativo. Por tanto, la comunicación se entiende como un proceso diádico, es decir, la conducta de una persona en el contexto de la otra. Es entonces cómo a través de estas disertaciones teóricas se llega a un modelo de comunicación más complejo, "*modelo de comunicación interactiva: un modelo de transacciones simultáneas*" una propuesta fundamentada en el enfoque sistémico, que permite estudiar el proceso comunicativo, por medio de la valoración de sus vínculos simultáneos (Rizo, 2004).

Dimensión Semántica de la comunicación: Construcción de la realidad

La evolución teórica ha revitalizado la dimensión narrativa de la mente y del comportamiento humano. Se diría que la otra cara de la moneda de los procesos de la pragmática comunicacional, son los contenidos, los significados, la semántica.

Algunos de los conceptos claves de esta dimensión de la comunicación son:

Cada uno de nosotros lleva un mapa del mundo que filtra la realidad. Cada uno tiene unos condicionantes biológicos, patrones culturales, premisas de construcción psicológica, que captan selectivamente la realidad cruda, lo sensorial (realidad de primer orden), percibiendo sólo lo que su mapa del mundo le permite. La realidad que cada uno ve está mediada por el significado

atribuido a lo percibido (realidad de segundo orden) y por las hipótesis explicativas que se da (realidad de tercer orden). La realidad es, entonces, una construcción personal, la conducta, el lenguaje, estos señalan, muestran, cuál es ese mapa (Cibanal et al., 2010).

Por otra parte, para Watzlawick et al. (2002), el comportamiento se encuentra determinado, al menos parcialmente, por la experiencia anterior, es decir, muchas acciones que realizamos están condicionadas por la memoria que guardamos acerca de los acontecimientos o las personas. La memoria se basa esencialmente en pruebas subjetivas. Todo lo que A le dice a B sobre su pasado está ligado estrechamente a la relación actual en curso entre A y B y se encuentra determinado por dicha relación. Por tanto, si se estudia directamente la comunicación de un individuo con los miembros de su entorno, se pueden llegar a identificar diferentes modelos comunicativos de valor diagnóstico, que permitan determinar una estrategia de intervención terapéutica apropiada. Esta perspectiva da importancia al “qué” y al “cómo” de la situación. Se examinan los acontecimientos y los problemas que se generan en la comunicación en términos de los comportamientos entre individuos. Es decir, se dirige hacia el “qué” y el “cómo” de la situación, en vez de hacia el por qué o el quién.

Esta dimensión de la comunicación está influenciada por el constructivismo que es una corriente de pensamiento defendida por un número importante de autores entre estos Piaget y Vigotsky, también Bateson, Gergen, Watzlawick, Maturana, White y otros. Uno de sus presupuestos básicos es que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones, y que sobre una misma realidad, pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos. Al hablar, vamos creando la realidad junto con nuestros interlocutores. Así es como, se crea la base de nuestra biografía y modificamos nuestra identidad. La cual retocamos permanentemente en virtud del contexto, de las circunstancias de nuestra interacción y de las características y expectativas de nuestro interlocutor (Alonso et al., 2005; Burr, 1996).

El punto común de las actuales elaboraciones constructivistas está dado por la afirmación de que el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y re-interpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes (Watzlawick, et al., 2002, Ceberio y Watzlawick 1998).

Modelo de comunicación interactiva: un modelo de transacciones simultáneas

Este modelo concibe la comunicación como un fenómeno simultáneamente individual y social. Por un lado, el individuo ocupa un lugar central en el proceso de comunicación, por el otro, la comunicación tiene una esencia fundamentalmente social, por lo que el centro de la reflexión sobre la comunicación no es tanto el individuo sino la relación (Defleur et al., 2005).

Según este enfoque la comunicación se dirige a otros con implicación lógica y ética. (Sánchez, 1991). El individuo es a la vez sujeto y objeto de la comunicación, en tanto que la personalidad se forma en el proceso de socialización por la acción recíproca de elementos objetivos y subjetivos en la comunicación. La comunicación es más un proceso, de intervenciones por turno, lo que quiere decir que los participantes mantienen una relación mientras se comunican, además los encuentros que se propicien entre los participantes (profesional sanitario – paciente) están condicionados por la percepción que hayan conservado de la interacción comunicativa previa. El recuerdo de cómo hayan sido los anteriores encuentros se convierte en un referente para próximos encuentros. Durante la comunicación, los acontecimientos que se producen, pueden ser de carácter interno (lo que la persona piensa, siente o deduce) o de carácter externo (factores externos del ambiente, la interrupciones, el ruido, los condicionantes ambientales) (Defleur, 2005).

Axiomas de la comunicación

Watzlawich, Beavin y Jackson (2002) realizando un análisis exhaustivo sobre los procesos de lenguaje en pacientes esquizofrénicos, establecieron para la comunidad científica los denominados “Axiomas de la comunicación”:

1. *Es imposible no comunicar*: cuando se interactúa con otros, la conducta adoptada contiene en si un mensaje implícito, que influye en la acción que establecen los demás como respuesta.
2. *Toda comunicación engloba dos aspectos: el contenido y la relación*: una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. La relación da sentido al contenido. Esto en la interacción entre dos sujetos se denomina metacomunicación. La *metacomunicación* se define como la comunicación que habla acerca de la comunicación misma. Es cuestionarse lo que dijo la otra persona. Se refiere a cómo entender lo que me dicen, como interpretar el contenido en función de la relación que se

tiene con la otra persona.

3. *La puntuación y la secuencia de los hechos*: una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.
4. *Comunicación digital y analógica*: la comunicación analógica: Se refiere a lo que se conoce como comunicación no verbal. Todo comportamiento tiene un valor de mensaje para los demás: los gestos, las posturas, el paralenguaje, las miradas, los estados de ánimos, etc., se consideran comunicación no verbal. La comunicación digital: Por su parte, las señales digitales están sujetas a palabras comprensibles a partir de un código determinado, que corresponden a una significación y serían lo que comúnmente se conoce como comunicación verbal.
5. *Interacción simétrica y complementaria*: la relación simétrica y complementaria son relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia.

En la simétrica, los participantes tienden a igualar su conducta, para que su interacción pueda considerarse recíproca (una relación entre hermanos). En la complementaria, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro (padre – hijo).

Reconocer la importancia de los axiomas, dentro del cuidado de la salud ayuda a comprender los comportamientos de los pacientes y a verificar que tanto el paciente como el profesional asistencial son parte de un sistema dinámico e interactivo, en el cual el sanitario se encuentra capacitado para resolver los problemas de los pacientes por medio de la decodificación de sus mensajes. Es a través de los hechos, las historias de vida, y los acontecimientos que relatan los pacientes, que el enfermero puede evaluar las circunstancias particulares del paciente -el contexto- y organizar el plan de cuidados. Las intervenciones en salud necesitan tener en cuenta la capacidad comunicativa del paciente: sus gestos, sus miradas, su expresión verbal, entre otros (Cibanal et al., 2010).

Conclusión

La comunicación como una compleja interacción humana, guarda como función el poder transmitir la información a otros de manera clara, coherente, precisa y concreta; supliendo la expectativa generada frente al mensaje que va a ser recibido, sin dejar de lado, la calidad del contenido de la información.

Como se logró ver en este artículo, el proceso de comunicación tiene todo un contenido específico que debe ser conocido y estudiado si se quiere aplicar sus fundamentos en interacciones que establecemos con los pacientes. Si todos los aspectos que conlleva el modelo de transacciones simultáneas se aplicaran en nuestras conversaciones podríamos llegar a comprender las circunstancias que afrontan los pacientes.

A partir de esta revisión, se podría decir que, el diálogo, con fines específicos de conocimiento del otro, de educación, identificación como de satisfacción de necesidades, se puede constituir en el elemento clave, propiciador de escenarios de encuentro que permitan orientar el cuidado y estimular a ese ser desde su fuero interno, para que obtenga el mayor bienestar y confort posible.

Desde este punto de vista, resulta necesario investigar las condiciones de posibilidad de comunicación interpersonal y los fracasos en dicho proceso, porque también constituyen una evidencia afirmar que la incomunicación, la incomprensión, la asincronía es un hecho cotidiano entre las personas. La comunicación, como se ha dicho, no es un fenómeno exclusivo del mundo humano pero el diálogo, en el sentido etimológico del término si lo es.

Referencias

- Aita, V., McIlvain, H., Backer, E., McVea, K., Crabtree, B. (2005). Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved. *Patient Education and Counseling*, 58 (3), 296-304.
- Alonso, J., Díaz, A., Garzón, P., Camacho, A., Estella, F., Rodríguez, J. et al. (2005). Lógica relacional humana y conceptos de comunicación [Versión electrónica]. *Revista de la SEMG*, 71, 35-43.
- Bateson, G., Ruesch, J. (1984). *Comunicación. La matriz social en psiquiatría*. Barcelona:

Paidós.

- Berger, P., Luckman, T. (1993). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Burr, V. (1996). Introducción al constructivismo social. Barcelona: UOC.
- Cano Gaviria, E. (2001). La formación de los profesionales de la salud y la reforma de los servicios de salud en el mundo. En Boletín Cátedra Abierta, Reforma de los servicios de salud en el mundo (pp. 7-24). Medellín: Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.
- Carbelo-Baquero, B. (2000). El tacto: una forma de comunicación con el paciente. Enfermería Clínica, 10(1), 29-32.
- Ceberio, M.R., Watzlawick, P. (1998). La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Barcelona: Herder.
- Cibanal, L. (2006). Introducción a la sistémica y terapia familiar. Alicante: Editorial club universitario.
- Cibanal, L., Arce, M.C., Carballal, M. (2010). Técnicas de Comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier.
- Cibanal, L., Arce, M.C., Siles, J. (2000). Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda. Revista de Enfermería, 11, 10-15.
- Costa, J. (1999). La comunicación en acción (pp. 81-82). Barcelona: Paidós.
- Collière M F. (1993). Promover la Vida. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Defleur M, Kearney P, Plax T y Defleur M L. (2005). Fundamentos de la comunicación humana. México: Mc Graw Hill. Galindo J. (2003). Apuntes de historia de una comunicología posible.
- Hipótesis de configuración y trayectoria. Revista Comunicología: indicios y conjeturas, 1, Artículo 8. Extraído el 2 Marzo, 2006, de http://www.revistacomunicologia.com/publicaciones/verPublicacion.jsp?id_public=9
- García L, Arrazola M y Galan T. (2003). Comunicarse con pacientes psiquiátricos. Rev Rol Enf, 26 (7-8), 504-508.
- García-Campayo J, Aseguiolaza L, Lasa Labaca G. (1995). Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. Med Clí, 105, 27-30.
- Garrido A. (1990). Comunicación terapéutica y cuidado. Rol de Enfermería, 147, 123-127.
- Gil A, Guarné B, López D, Rodríguez I y Vitores A. (2005). Tecnologías Sociales de Comunicación. Barcelona: UOC.
- Goffman E. (1972). Relaciones en público. Microestudios del orden público. Madrid: Alianza Editorial.
- Habermas J. (1989). Teoría de la acción comunicativa: Complementos y estudios previos (p. 418). Madrid: Ed. Cátedra.

- Ibáñez T. (1988). Ideologías para la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.
- Lipson, J. G. (2002). Temas culturales en el cuidado de enfermería. Invest Educ Enfer, 20(1), 56-68.
- Luhmann N (1998). Sistemas sociales y lineamientos para una teoría general. Madrid: Anthropos, Editorial del Hombre.
- Marc E Picard D. (1992). La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación, Paidós, Barcelona.
- Moral F y Iguartua J. (2005) Psicología Social de la comunicación. Malaga: Aljibe.
- Morales J, Puerta A y Gómez M. (2001). La comunicación entre el personal de enfermería. El paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico –quirúrgicos. Medellín. Año 2000.Actualizaciones en Enfermería, 4(3), 8-13.
- Mucchielli A. (1998). Psicología de la comunicación. Barcelona: Paidós.
- Olive M C.(2003). Ahora ¿qué pasa? Aprendizaje de la teoría de la complejidad a partir de una situación compleja. . En. Ferrer V, Medina J L y. Lloret C. La complejidad en Enfermería. Barcelona: Alertes.
- O'Sullivan T, Hartley J; Saunders D, Montgomery M y Fiske J.(1997). Conceptos clave en comunicación y estudios culturales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Parsons T. (1966): El sistema social. Madrid: Revista de Occidente
- Peleñuela A y Álvarez L. (2000). Comunicación compleja “Perturbaciones y fluctuaciones de la interacción comunicativa” Razón y Palabra 25. Extraído el 23 de Octubre, 2010, de <http://www.cem.items.mx7dacs7publicaciones/logos/anteriores/n25/apenuela.html>
- Philipp R. (1998). La teoría del actuar comunicativo de Jurgen Habermas: un marco para entender las condiciones socializadoras de las sociedades modernas. Papers, 56, 103-123
- Rizo M. (2004). Aportes de la comunicología al estudio de la ciudad, la identidad la inmigración. Global Media Journal en español, 2(3). Extraído el 23 de Octubre, 2010, de http://gmje.mty.itesm.mx/articulos2/martarizo_ot04.html
- Rubio Herrera R, Cabezas Casado J L, Aleixandre Rico M y Fernández Jiménez C. (1998). Un Modelo de Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita. Profesional de la salud, paciente y familiares. Index de Enferm, 23, 22-25.
- Sánchez J. (1991). Interdependencia y comunicación. Revista española de investigaciones sociológicas, 55, 1133-1646.
- Sarramona J. (1988). Comunicación y educación.(p. 179).Barcelona: Ediciones CEAC.
- Torralba i Roselló F. (1998). Antropología del Cuidar. España: Institut borja de bioética. Fundación Mapfre Medicina.
- Van-Der Hofstadt, C. J. (2003). El libro de las habilidades de la comunicación España: Díaz de Santos.
- Watzlawich P, Beavin J y Jackson D. (2002). Teoría de la comunicación humana. Un estudio

de patrones interaccionales, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.

Originales

Análisis de los temas sanitarios publicados en dos periódicos digitales

Health content analyses published in two online newspapers

A Rico Cano ^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 18/06/2010 – Fecha de aceptación: 14/10/2010

Resumen

Objetivo: Los temas sanitarios cada día tienen más importancia dentro de las publicaciones en prensa tanto tradicional como digital. El propósito de este estudio fue analizar qué espacio ocupan y que temas tratan los dos periódicos principales digitales de España. **Método:** Es un estudio descriptivo y longitudinal sobre las publicaciones de salud durante una semana, en los periódicos El Mundo y El País. **Resultados:** El periódico el Mundo contiene un 91.67% de las noticias sobre problemas de salud, mientras que en el País el 68.3% son de una vertiente más social y no patológica. **Conclusiones:** Los temas tratados en ambas publicaciones son muy variados y las noticias en su conjunto se pueden definir como complementarias, lo que ayudan al lector a entender los diferentes aspectos relacionados con la salud.

Palabras clave: Patología, Digital, Clínico.

Abstract

Objective: The sanitary topics every day have more importance inside the publications of press so much traditional as foxglove. The intention of this study is to analyze that I spread and that topics treat each other in two principal digital newspapers of Spain. **Methods:** It is one descriptive study on the publications of health for one week, in the selected newspapers. **Results:** The newspaper the World has 91.67 % of the news on medical problems, whereas in the Country 68.3 % is of a social and not pathological slope. **Conclusions:** The topics treated in both publications are very varied and are news in his set complementary that help us to understand everything related to the health.

Key words: Pathology, Online, Clinical.

* Correspondencia: chercosviejo@gmail.com

Introducción

Aunque la comunicación e información escrita entre seres humanos se puede considerar mucho más antigua, la gran revolución moderna surgió después del invento de Johann Gutenberg en 1438 con la imprenta. Tras su aparición y expansión podemos observar como poco a poco surgieron los diferentes periódicos cuya finalidad fue informar, pudiendo datar como primero el diario inglés *Weekley News of London*, publicado en Inglaterra en 1622 (Linares, 2000). Aunque el tipo de periódico diario que conocemos actualmente comenzó a partir de 1702 con el inicio de la publicación del *Daily Courrant*.

Posteriormente, la información fue tomando nuevas vías como fueron la radio y televisión, volviendo a reinventarse con el boom de internet y surgiendo el concepto de periodismo digital (Salaverria, 2003) a partir de los años 90. Es a partir de estos momentos, cuando la prensa escrita tradicional decide que es necesaria la convivencia y desarrollo desde un punto de vista digital. Aunque hoy en día los medios de comunicación basados en nuevas tecnologías (internet) son superiores en cuanto a público a los medios de comunicación tradicionales para comunicación de salud (Catalan Matamoros et al, 2007).

En relación a los periódicos y separándonos de aquellos cuyo ámbito es el deportivo, podemos ver en la siguiente tabla el número de lectores medios diarios por prensa escrita en nuestro país (Estudio General de Medios, 2009):

	Periodicidad	Pago/Gratuito	Lectores por día (EGM)
1 20 minutos	Lunes a sábado	Gratuito	914.929 (Abr-05/Jun-05)
2 El País	Diario	Pago	566.086 (Jul-05/Jun-06)
3 Qué!	Lunes a sábado	Gratuito	978.786 (Feb-05/Jun-05)
5 ADN	Lunes a viernes	Gratuito	?
6 El Mundo	Diario	Pago	420.157 (Jul-05/Jun-06)
7 El Periódico	Diario	Pago	273.929
8 La Vanguardia	Diario	Pago	249.318 (Jul-05/Jun-06)
9 ABC	Diario	Pago	338.711 (Jul-05/Jun-06)
10 La Voz de Galicia	Diario	Pago	118.026 (Jul-05/Jun-06)

Tabla 1. Número de lectores de prensa escrita en España. Estudio General de Medios, 2009.

Los periódicos analizados en este artículo son el Mundo y el País. En la tabla anterior se pudo observar como ambos son la prensa escrita de pago mas leída en España, de ahí su importancia en el mundo digital. Es por ello, que las noticias de carácter sanitario serán también de las que más alcance tengan en nuestro país. El diario El Mundo apareció por primera vez el 23 de octubre de 1989 mientras que el País su primer número *data* del 4 de mayo de 1976. Ambos periódicos son de corte político muy diferenciado y se rigen por filosofías bastantes distantes.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es determinar durante una semana que tipos de artículos de carácter sanitario son publicados en las páginas webs de los periódicos digitales El Mundo y El País.

Metodología

El tipo de estudio es de carácter descriptivo y longitudinal, seleccionando los temas de salud que aparecieron en dos periódicos nacionales: El País y El Mundo, editados durante el periodo de una semana en sus páginas webs.

El periodo seleccionado para el estudio quedó delimitado a siete días, desde el lunes 26 de abril al 3 de mayo de 2010. El estudio consta de publicaciones realizadas en 5 días laborables y dos festivos. Las unidades a analizar en este estudio se refieren a los temas de salud tratados durante esos 7 días, haciendo especial hincapié en aquellas noticias publicadas en ambas webs y en las diferencias que hubo entre ellas.

Resultados

A la hora de identificar los ítems a estudiar, se tuvieron en cuenta los temas tratados por cada periódico: volumen que ocupan en cada uno de ellos con respecto al espacio que tienen en total, la repetición o las noticias relacionadas a un solo tema, así como los blogs que sirven de enlaces

a los temas tratados y las opiniones generadas por los lectores de cada artículo.

En el periódico El Mundo, de las 12 noticias publicadas durante estas fechas (Eventos de Salud, 2010):

- 3 son en relación a infecciones víricas: La pandemia sufrida en China, los avances y descubrimientos contra el SIDA y el escaso interés sanitario que ha tenido la gripe A.
- 2 temas relacionados con la obesidad infantil y juvenil, donde se analiza como los niños obesos sufren mayor acoso escolar en los colegios y como el tema de la obesidad se ha convertido en algo que ya no afecta de forma alarmante a Estados Unidos sino que tiene una incidencia cada vez mayor en los países desarrollados.
- En cuanto al sistema cardiovascular, durante esta semana las dos noticias que copan su atención son en relación al corazón, como puede afectarle el estrés y las investigaciones relacionadas con el corazón bioartificial.
- 2 noticias se basaron en enfermedades mentales. Por un lado las secuelas que dejan las guerras en la población civil que sobrevive y por otro el tratamiento de la depresión mediante electromagnetismo.
- Con respecto al cáncer, estilos de vida que lo previenen y el tratamiento combinado de cirugía y quimioterapia en el cáncer gástrico.
- 1 noticia sobre el alta del segundo trasplantado de cara en España.

En el periódico El País los temas que nos encontramos (Sociedad y Salud, 2010):

- 2 noticias son por negligencias médicas: ginecólogo condenado a un año de cárcel e indemnización de un millón de euros por otro error médico.
- 1 noticia sobre los MIR y el nuevo decreto que se aprobará en mayo.
- 1 noticia sobre el fraude de las pulseras holográficas.
- 1 noticia sobre el veto de google a las clínicas abortivas.
- 2 noticias que tratan de dos técnicas para detectar de forma precoz el cáncer de vejiga y la esclerosis múltiple.

- 1 noticia sobre noruega como el mejor país del mundo para ser madre.
- 1 noticia de cómo existe un éxito desigual en el control del gasto farmacológico.
- 1 noticia sobre el número de afectados de SIDA en Cataluña.
- 1 noticia sobre las deficiencias de las vacunas en los niños.
- 1 noticia sobre el trasplante de cara y en la que se dice que no es un “espectáculo”.

Durante la semana de estudio el periódico El Mundo publicó 12 noticias sobre temas de salud, mismo número que se da en El País. Esto indica que las noticias de salud tienen la misma relevancia en relación a su volumen en ambos periódicos.

El Mundo ofrece 10 enlaces a distintos temas que van desde anatomía, gráficos de la gripe A, hasta consultas a diferentes expertos médicos, así como un diccionario médico. Sin embargo en El País los enlaces son muchos más limitados a otras páginas relacionadas con la salud y siendo solo de dos.

En el periódico El Mundo, 11 de las 12 noticias tratan sobre patologías, es decir, un 91.67% de las noticias. En El País 3 noticias hablan directamente de patologías (infección del VIH en Cataluña y 2 sobre la detección precoz de diferentes patologías) o lo que es lo mismo el 25% de las noticias. Otros temas que incluyen son negligencias médicas, un 16.7% de las noticias, y varias noticias sociales no penales que acaparan un 68.3% de lo publicado.

Discusión y conclusiones

Aunque existe un mismo número de noticias publicadas en ambos periódicos previsiblemente tiene una carga más importante el periódico El Mundo, ya que cuenta con una pestaña individual en la página principal a contenidos de salud. Sin embargo en la página web de El País es dentro de la sección Sociedad donde se encuentran los temas relacionados con la Salud. Con esto no se quiere decir que el diario El País tenga poco interés en los temas concernientes de la salud, pero para cualquier navegante es más rápido y accesible la información que presenta El Mundo, más aún teniendo en cuenta que la información publicada en este último se encuentra clasificada en 11 ítems: cáncer, sida y hepatitis, neurociencia, mujer, biociencia, corazón y diabetes, tecnología sanitaria, nutrición, códigos de salud, piel sana y psiquiatría infantil.

En relación a lo anteriormente expuesto, cabe esperar como se observa estadísticamente, que los temas tratados por el periódico El Mundo tienen un carácter más clínico, mientras que en El

País los artículos nos hablan en un más de un 60% sobre temas que afectan directamente a la sociedad, alejándose de lo estrictamente sanitario y hospitalario.

Por último reseñar que en contra de lo que se podría pensar, ambas publicaciones coinciden en un solo tema al hablar del trasplante de cara, pero que mientras El País se centra en lo que ha generado en la sociedad esta operación, El Mundo solo nos habla de la alta. Otro claro ejemplo de las vertientes diferentes que toman ambos periódicos.

Las limitaciones de este estudio se englobarían al tiempo dedicado para analizar ambas webs, una semana, que además del propio sesgo del tiempo de análisis, puede incluir otro en relación a las noticias que se han generado durante esos días.

Conclusiones

Las noticias publicadas en El Mundo, al tener una parte bien definida para ello, optan por temas de carácter más específico y clínico, introduciéndose en temas que tienden a hablar de patologías en la mayoría de los casos, tratando sobre su prevención, incidencia y tratamiento. También destaca claramente su apuesta sobre temas sanitarios con múltiples enlaces a otras informaciones complementarias.

El periódico El País, al tener sus noticias sobre salud dentro de la pestaña de sociedad, tiende a hablar sobre temas que se alejan de lo clínico y lo patológico para centrarse en otras cuestiones más amplias y menos técnicas.

Son pues, dos vertientes muy bien diferenciadas y que en contra de lo que se podía presuponer son bastantes completarias, ya que en su conjunto nos pueden dar una información relevante y global sobre los temas de la salud.

Referencias

1. Catalán Matamoros, D., Axelsson, R., Strid, J. (2007). How do newspaper deal with health in Sweden? A descriptive study. *Patient Education and Counselling*, 67 (1-2), 78-83.
2. Estudio General de Medios. (2009). [Documento en línea]. Consultado el día 20 de abril de 2010 de la World Wide Web: <http://download.aimc.es/aimc/02egm/resumegm309.shtml>
3. Eventos de salud. (2010). [Documento en línea]. Consultado el día 25 de abril de 2010 de la

World Wide Web: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/index.html>

4. Linares, H. (2010). La prensa. [Documento en línea]. Consultado el día 24 de abril de 2010 de la World Wide Web: <http://www.monografias.com/trabajos10/prens/prens.shtml>
5. Salaverria, R. (2003). Manual de Redacción Ciberperiodística. Madrid: Editorial Ariel.
6. Sociedad y salud. (2010). [Documento en línea]. Consultado el día 25 de abril de la World Wide Web: <http://www.elpais.es/sociedad/salud/index.html>

Revisiones

El rol de las campañas de comunicación en la promoción de la salud y la prevención de lesiones en salud laboral.

The role of the communication campaigns in health promotion and injuries prevention in labour health.

F A Vega Ramírez ¹ D Catalán Matamoros ² R López Liria ^{2*}

¹ Gerencia de Atención Primaria de Cuenca. Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

² Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 02/05/2010 – Fecha de aceptación: 10/09/2010

Resumen

Introducción: La comunicación juega un papel fundamental en la prevención de accidentes laborales y en la promoción de conductas saludables en el trabajo. Este estudio tiene como objetivo analizar el rol de la comunicación en la salud laboral destacando qué ámbitos han obtenido una mayor aparición en las campañas de comunicación y qué mensajes han tenido una mayor difusión entre la población. **Metodología:** Este estudio se basa en un diseño de revisión sistemática realizada entre los años 2000 y 2010 en las siguientes bases de datos: ENFISPO, LILACS, Medline, Cuiden Plus y CINAHL. Los descriptores y operadores booleanos en español e inglés fueron: “comunicación” y “condiciones laborales y/o salud laboral”, “communication” and “occupational health and/or working conditions and/or labour conditions”. Los tipos de estudio incluidos fueron experimentales, observacionales, revisiones y opiniones de expertos. **Resultados:** Catorce estudios reunieron los criterios de inclusión provenientes de las bases de datos españolas y doce estudios provenientes de las internacionales. Las campañas de comunicación realizadas en torno a la salud laboral se centran en ofrecer formación a los profesionales, en prestar atención a sus necesidades, a la cohesión social, motivación, apoyo de los directivos, trabajo en equipo, buena comunicación y recompensas extrínsecas. Otros factores como la edad, situación profesional, centro de trabajo, el sector de actividad, el contacto con el sufrimiento y la muerte, la no realización de actividades de formación, el trabajo por turnos, la violencia, la depresión y el estrés laboral son también temas relevantes en actividades de comunicación en torno a la salud laboral. **Conclusiones:** Las variables sobre satisfacción laboral son bastante visibles en las campañas. La comunicación en salud laboral va muy unida a la prevención. Los factores que afectan a las condiciones laborales y que pueden generar accidentes de trabajo son frecuentemente difundidos a la población. Algunos estudios señalan una buena comunicación y el apoyo social como la correlación más fuerte en un ambiente de trabajo saludable.

Palabras clave: Comunicación; Satisfacción laboral; Salud laboral; Calidad de vida; Lugar de trabajo; Programa de comunicación.

Abstract

Introduction: Communication plays an important role in the prevention of professional accidents and in the promotion of healthy working environments. This study aims to analyze the role of communication in occupational health highlighting which areas have been reported more

in the communication campaigns and what messages have had a greater delivery to the population. **Methodology:** This study is based in a systematic review design done between the years 2000 and 2010 in the following databases: ENFISPO, LILACS, Medline, Cuiden Plus and CINAHL. The keywords were “communication” and “occupational health and/or working conditions and/or labour conditions”. The studies that were included followed these designs: experimental, observational, review and experts’ opinions. **Results:** Fourteen studies met the inclusion criteria coming from databases from Spain and twelve studies were published in international databases. Communication campaigns which were done around labour health are focused in training to employees, in provide attention to their needs, and to social cohesion, motivation, support to management, team work and good communication. Other factors such as the age, professional situation, working place, activity sector, contact with hard situations and dying, not performing trainings, working in different time frames, violence, depression and the burnout are also relevant areas in communication activities around labour health. **Conclusions:** Satisfaction at work items are very important in the campaigns. Communication in labour health is very much linked to prevention. Factors that affect to labour conditions and that can generate accidents at work are frequently delivered to the population. Some studies highlight good communication and social support as the hardest correlation in a healthy work environment.

Key words: *Communication; Job satisfaction; Occupational health; Quality of life; Workplace; Communication program.*

* Correspondencia: rl1040@ual.es

Introducción

La comunicación en salud es el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud. Incluye la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención sanitaria, administración de recursos y mejora de la calidad de vida de las personas dentro de sus comunidades (Healthy People, 2010).

Estudios como el de Catalán Matamoros et al. (2010) nos señalan que el uso de una comunicación eficaz incrementaría los resultados sanitarios, sobre todo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Una comunicación eficaz asociada con estrategias a nivel social y político, son la fórmula que numerosos estudios han demostrado ser efectivas para conseguir un cambio de conductas hacia otras más saludables.

A lo largo de esta investigación se desea profundizar en el conocimiento del papel de la comunicación sobre las condiciones laborales en las organizaciones sanitarias y el ámbito de la salud.

Salvador Lara (2006) afirma que la *comunicación organizacional* es “*el efecto de comunicar en un sistema abierto de una organización la información formal e informal que se genera para la adecuada relación y desempeño laboral de sus integrantes, tanto grupal como interpersonal*”. Según la define Thayer, es “*aquel flujo de datos que sirve a los procesos de comunicación e intercomunicación de la organización*”.

Al estudiar el comportamiento de las organizaciones sanitarias se debe abordar desde el aspecto personal, que es de vital importancia pues “el funcionamiento de una organización depende en gran medida del comportamiento humano”, por lo tanto debe ser una prioridad procurar que los llamados “recursos humanos” se mantengan funcionando óptimamente. También es cierto que no basta con que los miembros de la organización destaquen individualmente, deben hacerlo formando parte de uno o varios grupos dentro de la misma institución, propiciando un ambiente que optimice la atención sanitaria y haga que el sistema se acerque a sus metas ofreciendo servicios de calidad al usuario y repercutiendo sobre la satisfacción del propio profesional. De ahí la importancia que en ocasiones tiene en un empleado la capacidad para socializar o ejercer algún tipo de liderazgo sobre sus compañeros. Finalmente es necesaria una cultura propia, ésta funciona como una especie de microcosmos de las

sociedades, se comparte la forma de comunicarse, códigos de vestuario, cierta personalidad, etc.

Objetivo General: Realizar una *síntesis de la investigación existente* acerca de la comunicación y su relación con las condiciones laborales en el ámbito sanitario.

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores que afectan a las condiciones laborales existentes en el trabajo y la repercusión que producen sobre la salud y calidad de vida alcanzada por el empleado.
- Conocer la satisfacción de los empleados con las condiciones laborales en su puesto de trabajo, teniendo en cuenta el fenómeno de la comunicación.

Material y métodos

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura entre los años 2000 y Abril de 2010. Se ha buscado información sobre la investigación publicada en revistas científicas indexadas de las principales bases de datos bibliográficas en Ciencias de la Salud y realizado una búsqueda manual de documentos relacionados a través de:

- Referencias de los artículos seleccionados.
- Consulta de libros o revisiones sobre el tema.

Los criterios de inclusión para la selección de estudios en esta búsqueda bibliográfica han sido:

- a) Artículos obtenidos a partir de los descriptores definidos para la búsqueda.
- b) Estudios de diseño observacional, experimental o cuasiexperimental, revisiones sistemáticas, meta-análisis o revisiones bibliográficas.
- c) Artículos o trabajos de investigación que hubiesen sido publicados en el periodo entre el 1 de enero del 2000 y abril del 2010.

Los descriptores y operadores booleanos seleccionados en español fueron: comunicación y condiciones laborales y/o salud laboral. En inglés se utilizaron los descriptores: communication and occupational health and/or working conditions and/or labour conditions (aunque estos dos últimos no están en el MESH, son de uso común según los buscadores online que se han utilizado).

Resultados

A continuación se presentan los principales contenidos y datos que estas investigaciones han aportado. Se han ordenado por orden cronológico desde los más actuales:

BASES DE DATOS ESPAÑOLAS: DESCRIPTORES	RESULTADOS	SELECCION
CUIDEN PLUS “comunicación” “salud laboral” “condiciones laborales” “comunicación” and “salud laboral”	388 50 7 2	- Escriba-Agüir V, Artazcoz L y Pérez-Hoyos S (2008) - Esteva M, Larraz C, Jiménez F (2006) - Robles-García M et al. (2005) - Gutiérrez MF, Hernández JM y Villanueva AM. (2004) - Valenzuela S et al. (2003) - Epstein, Ronald M. (2001)
ENFISPO “comunicación” “salud laboral” “condiciones laborales” “comunicación” and “laboral”	189 75 2 1	- Bolívar J et al. (2009) - Ríos MI y Godoy C. (2008) - Mañas MA et al. (2007) - Muñoz E et al. (2006) - Jimenez JP. (2005) - Epstein, Ronald M. (2001)
LILACS “comunicación” “salud laboral” “condiciones laborales”	1198 77 15	-Tonon de Toscano, G (2009) - Ruzafa-Martínez, et al. (2008) - Sáez CL. (2005) - Gutiérrez MF, Hernández JM, Villanueva AM. (2004) - Pico Merchán y Escobar A. (2002)
* Se han omitido aquellos descriptores con cero resultados.		

Tabla 1. Selección de los principales estudios hallados en bases de datos españolas.

BASES DE DATOS INTERNACIONALES: DESCRIPTORES	RESULTADOS	SELECCIÓN
MEDLINE (acceso PUBMED)		
"communication"	211517	
"occupational health"	9547	- Vlasveld MC et al. (2008)
"working conditions"	110110	- Woo JM and Postolache TT(2008)
"labour conditions"	25423	- Pearson D et al. (2007)
"communication" and "occupational health" (all fields)	2013	- Eriksen W, Tambs K, and Knardahl S(2006)
"communication" and "occupational health" (abstract)	103	- Slatin C et al. (2004)
"communication" and "occupational health" (abstract and title)	23	
"communication" and "working conditions" (all fields)	1113	
"communication" and "working conditions" (abstract)	61	
"communication" and "working conditions" (abstract and title)	2	
"communication" and "labour conditions"		
	16	
CINALH		
"communication" (title)	6072	- Weevers HA et al. (2009)
"occupational health" (title)	818	- Bouchard C (2007)
"working conditions" (title)	209	- Grover SM (2005)
"labour conditions" (all text)	12	- Bodini L (2005)
"communication" and "occupational health" (abstract)	61	- Ciancio B (2005)
"communication" and "occupational health" (title)	1	- Lowe GS; Schellenberg G; Shannon HS (2003)
"communication"(title) and "occupational health" (abstract)	3	- Palmer S; Cooper C; Thomas K (2001)
"communication" and "working conditions" (abstract)	25	
"communication"(title) and "working conditions" (abstract)	2	
"communication" and "labour conditions"	8	

Tabla 2. Selección de los principales estudios de las bases de datos internacionales.

Tanon de Toscano (2009) en su artículo, reflexiona acerca de los conceptos teóricos *calidad de vida, satisfacción laboral y profesiones de servicio*, para luego describir las características del contexto político-institucional nacional actual en el cual desarrollan su actividad laboral cotidiana los profesionales dedicados al campo de la salud. Concluye presentando una propuesta de indicadores contruidos especialmente por la autora para analizar el contexto laboral. Deja finalmente planteada la necesidad de avanzar en investigaciones en el tema, que tengan en cuenta la mirada de los protagonistas y que permitan generar diagnósticos situacionales que a su vez sean generadores de políticas públicas, que den respuesta al problema planteado.

Bolívar (2009) realizó un estudio para comprobar la gravedad de las lesiones por accidente de trabajo, como clave para el establecimiento de planes de prevención. Concluyendo que la gravedad de las lesiones se relaciona con el sexo, la edad y el tipo de lesión. En los hombres también se asocia con la situación profesional, la clase social, el lugar del accidente, la plantilla del centro y el realizar un trabajo que no es el suyo y en las mujeres con el sector de actividad.

Weevers y colaboradores (2009) investigan la comunicación existente entre los médicos generales y los pacientes que van a su consulta por trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo. Su objetivo fue describir la comunicación sobre los asuntos relacionados con el trabajo en estas consultas: cuestiones relacionadas con el trabajo, expresiones verbales, condiciones del trabajo, conveniencia de continuar la baja en casa o volver a trabajar.

Ríos y Godoy en 2008 evalúan la satisfacción laboral y la percepción de salud general en una muestra de enfermeros/as de emergencias. Como conclusiones señalan que encontraron niveles moderados de satisfacción profesional entre los sujetos estudiados. Hubo diferencias significativas según sexo, específicamente en los factores relacionados con las relaciones con los superiores y las características extrínsecas asociadas con el estatus y el reconocimiento profesional. Se halló vulnerabilidad psíquica en el 25,5% de los profesionales de la salud encuestados.

Escriba-Agüir, Artazcoz y Pérez- Hoyos (2008) confirman que la probabilidad de que un elevado cansancio emocional y despersonalización sea mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, conllevando un impacto negativo del trabajo en la vida hogareña. Además de la probabilidad de que un elevado cansancio emocional sea mayor entre los médicos con una alta sobrecarga de trabajo. El riesgo de baja realización personal fue mayor entre los médicos que no realizan actividades de formación. La insatisfacción en las relaciones con los pacientes y sus familiares influye negativamente en las 3 dimensiones del

burnout.

Ruzafa-Martínez et al., en 2008 realizan una investigación para evaluar la satisfacción laboral entre los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses, así como la influencia de diversas variables sociales y laborales asociadas. Las dimensiones con satisfacción laboral más alta fueron las relaciones con compañeros y superiores. Como conclusiones las dimensiones de satisfacción laboral más bajas estuvieron en la competencia profesional. Hubo asociaciones estadísticamente significativas con el nivel de inglés, el grado profesional, el patrón de cambios, el tiempo trabajado en los hospitales ingleses y el grado de satisfacción en el trabajo. Se propone que los empleadores deberían tratar de mejorar el nivel de inglés de los enfermeros/as españoles antes de que los contratos sean firmados y prestar especial atención a sus necesidades durante el primer año de trabajo.

Vlasveld et al. (2008) realizan un estudio para observar una atención multidisciplinar de colaboración para el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el ambiente de la salud ocupacional o del trabajo. Aunque existen tratamientos basados en la evidencia para este trastorno, muestran resultados decepcionantes cuando son aplicados en la práctica diaria. Hace falta un enfoque para el tratamiento de la depresión en el trabajo, así como la comunicación de los médicos generales y otros servicios de salud, con los médicos laboralistas. Se comparó la atención habitual con un cuidado colaborativo, que incluía la solución de problemas, una intervención en el lugar de trabajo, antidepresivos y un manual de autoayuda guiada.

Woo y Postolache (2008) realizan una revisión para estimar el impacto del ambiente de trabajo sobre los trastornos del estado de ánimo y el suicidio, junto con la eficacia de las intervenciones (la tensión laboral, el trabajo por turnos, la violencia, salud ocupacional, los trastornos del humor, la depresión y el suicidio). Los profesionales de salud mental tienen que idear un sistema creativo para la atención de calidad que se debe ofrecer de forma más accesible a los empleados. Es necesario evaluar el beneficio de la gestión en el lugar de trabajo y fomentar la concienciación sobre las implicaciones positivas que ofrece para empleados, empresarios, sus familias y la sociedad en general. Además, el ambiente de trabajo, con sus propiedades químicas (factores quimiosensoriales, contaminantes), iluminación físicas (el ruido, la temperatura), biológicos (los alérgenos, los agentes infecciosos), psicológicos (la demanda de control, el equilibrio entre esfuerzo y recompensa), la cohesión social (por ejemplo, apoyo), y estilos de organización (liderazgo) son componentes que deben cumplir con los estándares mínimos de protección de la salud y pueden mejorar óptimamente las condiciones de vida de los trabajadores.

Mañas y colaboradores en 2007 también estudian la satisfacción y el bienestar psicológico como

antecedentes del compromiso organizacional indagando en el papel del compromiso de los empleados en la administración pública para reflejar qué repercusiones provoca en la institución. Resaltando el impacto que tiene el trabajo dinámico en la decisión del empleado de comprometerse con la entidad.

Bouchard (2007) hace un estudio que relaciona la alfabetización y la comunicación de los riesgos laborales a los trabajadores, si entienden la información que reciben. Se ha identificado falta de participación de alumnos para mejorar en la comunicación de los riesgos, la falta de evaluación de la comprensión en el empresario y el empleado sobre la formación impartida y la falta de estudios sobre la retención del material impartido y su aplicación en el trabajo.

Esteva, Larraz y Jiménez (2006) evalúan el "desgaste" y la morbilidad psiquiátrica entre los médicos de familia y su relación con el estrés y la satisfacción en el trabajo. Concluyendo que la satisfacción en el trabajo parece proteger a los médicos de la angustia mental y el agotamiento emocional y la despersonalización. Su salud mental puede estar más amenazada en los médicos con alto estrés laboral. Estos hechos han de considerarse no tanto como un problema individual sino más bien como un problema general de todas las organizaciones de salud.

Muñoz y colaboradores en 2006 describen la calidad de vida profesional (CVP) percibida por los trabajadores de atención primaria y el clima organizacional. Las dimensiones estudiadas fueron: la percepción de las demandas, el apoyo de los directivos, y la motivación y las dimensiones de la actividad organizada (trabajo en equipo, la cohesión y compromiso). Además de la edad, antigüedad, categoría profesional, la relación de puestos de trabajo y el centro de salud. Los resultados hallados fueron que los trabajadores mayores en edad consideraban una mayor cohesión; el promedio de las demandas percibidas fue mayor entre los médicos y menor si había un alto compromiso. El apoyo de los directivos se relacionó positivamente con la cohesión y el trabajo en equipo y negativamente con los trabajadores permanentes y el personal administrativo. La motivación intrínseca fue mayor si el compromiso era alto. Como conclusiones ofrecen que donde hay una mayor cohesión y trabajo en equipo, se le da más importancia al apoyo del gerente.

Eriksen, Tambs y Knardahl (2006) estudian las condiciones de trabajo que intervienen en los trastornos psicológicos de enfermeros/as (estudio de cohorte prospectivo). Al inicio del estudio se miden un amplio espectro de problemas físicos, psicológicos, sociales y factores de organización de trabajo. Se relacionaron positivamente con el nivel de los trastornos psicológicos: la exposición a conflictos de rol, las amenazas y la violencia, los que trabajan en unidades geriátricas y departamentos de psiquiatría, y los cambios en la situación de trabajo. Como conclusiones, el estudio sugiere que los factores de trabajo explican sólo una pequeña parte de

lo psicológico en la angustia de enfermeros/as. Son importantes las medidas de protección contra los pacientes violentos y las terapias a las víctimas de la violencia. También es importante que las organizaciones de los servicios de salud se centren en la reducción de los conflictos de rol, y que los líderes escuchen y consideren las opiniones del personal.

Robles-García et al., en 2005 estudian la influencia de las dimensiones personal y características sociodemográficas del modelo EFQM en la alta satisfacción de los trabajadores sanitarios de un hospital comarcal. Casi la mitad del personal encuestado se mostró satisfecho o muy satisfecho con el clima organizacional. Concluyendo que la satisfacción está fuertemente asociada a la valoración positiva de las características de la organización. Los aspectos mejor considerados fueron: el plan medioambiental, la relación jerárquica, la promoción y desarrollo profesional. Los apartados peor valorados fueron la retribución, el conocimiento y la identificación de objetivos, y la formación.

El artículo de Jiménez (2005) revisa las estrategias de los médicos para hacer frente a la crisis que se percibe en la práctica médica. Los resultados de su estudio descriptivo se comparan con los datos actuales en la literatura médica. En ese informe preliminar, donde los médicos en diferentes escenarios de la práctica fueron entrevistados, los autores encontraron una gran variedad de estrategias, de la resignación pasiva y conductas de escape, a una conducta activa de búsqueda de información y análisis de los cambios en curso. Todos los grupos entrevistados refirieron la importancia de la reflexión sistemática, la necesidad de opciones de vida, de la adopción de estilos de vida saludables y la espiritualidad, como estrategias para hacer frente a las frustraciones profesionales.

Sáez en 2005 describe que el compromiso firme de una empresa para proteger la salud y la seguridad de sus empleados, la calidad de sus productos y el medio ambiente, es un factor que la distingue en un mercado competitivo. Un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Laboral, de Calidad y Ambiental certificado demuestra la decisión de salvaguardar a los empleados y al medio ambiente de incidentes perjudiciales, así como de prevenir riesgos en la calidad de los productos que dañe o decepcione a los clientes.

Grover (2005) centra el foco de su artículo en la comunicación efectiva entre los profesionales de salud en el trabajo, los empleados y los empresarios. Explorando los componentes clave necesarios para una comunicación efectiva y las relaciones terapéuticas en el entorno de trabajo. El estudio de la comunicación es una parte vital en la comprensión del comportamiento humano. De hecho, el concepto de comunicación es una parte integral de todas las profesiones, el ámbito académico y la sociedad en su conjunto. Pese al énfasis que se pone en la comunicación efectiva, la mala comunicación es a menudo la

causa de la gran confusión y los conflictos en el ámbito laboral.

Bodini en 2005 estudia la seguridad y la salud laboral en los servicios del Sistema Nacional de Salud en Italia, concluyendo que un servicio eficaz requiere un sistema de información sólida basada en la notificación fehaciente, la comunicación, formación y asistencia, el control y la vigilancia.

Ciancio en ese mismo año, investiga la atención de salud por los enfermeros/as a la migración y grupos étnicos. Las autoridades de salud están siendo desafiadas para diseñar estrategias y servicios que de manera equitativa y adecuada ofrezcan apoyo y el respeto a todos los grupos étnicos dentro de los distintos niveles de salud y bienestar. La educación de los enfermeros/as es un componente vital de este proceso. Muchos emigrantes a menudo se ven obligados a aceptar puestos de trabajo y condiciones que no son compatibles con el mantenimiento de una buena salud. Agravantes de este continuo salud-enfermedad, son los fenómenos como las dificultades lingüísticas, diferentes visiones del mundo en los conceptos de salud y enfermedad, problemas de comunicación, falta de movilidad, los niveles de conocimiento y la accesibilidad a los servicios de salud y bienestar (sobre todo en mujeres). Tales servicios deberían desarrollar estrategias específicas de organización que gestionasen los problemas anteriores. Los programas de formación de enfermería destinados a mejorar la preparación del personal de salud serían de gran ayuda para aumentar el conocimiento y la accesibilidad de nuestro personal y el nivel de competencia en la prestación de la atención teniendo en cuenta los componentes culturales de los emigrantes.

Gutiérrez, Hernández y Villanueva en 2004 realizan un estudio cualitativo, de enfoque descriptivo que busca comprender el significado de las relaciones de trabajo actuales y la calidad de vida como factor de desarrollo humano del profesional de enfermería. Se indagó sobre aspectos como: condiciones laborales, ingresos, formas de contratación, participación democrática y calidad de vida. Encontrando que a partir de la implementación de la Ley 100/93 en Colombia, se dieron cambios que llevaron a inestabilidad laboral, aumento de cargas de trabajo, nuevas asignaciones de funciones diferentes al perfil profesional, falta de acceso de la educación continuada y el paso de una enfermería asistencial de cuidado directo a una enfermera más administrativa.

Slatin y colaboradores (2004), en su artículo presentan un proyecto en curso sobre los esfuerzos de la investigación interdisciplinaria para hallar los mecanismos que conducen a las disparidades de salud existentes entre los profesionales sanitarios. Se describen las promesas y los escollos encontrados durante la investigación y se esbozan estrategias eficaces que han surgido como resultados y que incluyen: la resolución de conflictos relativos a las diferencias teóricas y

metodológicas; se establece un sentido de propiedad intelectual de la investigación, así como directrices para la autoría múltiple, y el desarrollo y utilización de los protocolos, sistemas de comunicación, y herramientas. Esta experiencia sugiere la necesidad del establecimiento de estructuras de apoyo y procesos para promover el éxito en la investigación interdisciplinaria.

Valenzuela et al. en su estudio sobre salud laboral (2003) analizan la situación de los accidentes de trabajo notificados en trabajadores de enfermería en un hospital clínico; concluyendo que serán vitales en la disminución de estos episodios tanto las herramientas de la prevención de accidentes laborales, como la educación sobre aquellos riesgos a los cuales estarán expuestos y la participación activa de los trabajadores hospitalarios en comités paritarios, así como la asesoría permanente de profesionales expertos en prevención de riesgos.

Lowe, Schellenberg y Shannon en 2003, investigan la correlación existente entre las percepciones de los empleados sobre un entorno de trabajo saludable y cómo influyen en la satisfacción laboral, compromiso de los empleados, la moral en el trabajo, el ausentismo y la intención de dejar de fumar. Las variables del estudio incluidas fueron: características sociodemográficas, la situación laboral, características de la organización, y las escalas que medían las demandas del trabajo, las recompensas intrínsecas, las recompensas extrínsecas, comunicación y apoyo social, influencia de los trabajadores, y recursos de empleo. Como conclusiones hallan que la correlación más fuerte de un ambiente de trabajo saludable es la buena comunicación y el apoyo social. El estudio enfatiza un modelo integral de salud en el trabajo que se dirige a las condiciones de trabajo, las relaciones de trabajo y organización del trabajo para las intervenciones de promoción de la salud.

Merchán y Escobar (2002) revisan y analizan el contexto económico-social que afecta al profesional de enfermería, su situación laboral y los sistemas actuales de contratación, los factores de riesgo asociados al trabajo asistencial de enfermería, los cuales también involucran por igual a los demás integrantes del equipo de salud; se debe propiciar el conocimiento y aplicación en los sitios de trabajo de las disposiciones legales en materia de salud ocupacional y riesgos profesionales, así como la participación más activa de enfermería en las decisiones políticas que afectan sus condiciones laborales.

Ya Epstein, en 2001 comienza a estudiar el fenómeno de la comunicación en el ambiente sanitario, donde afirma que los médicos capaces de establecer mejor comunicación sobre cuestiones emocionales suyas y las del paciente tienen pacientes más satisfechos y con menos distrés psicosocial. Además son estos médicos quienes están más satisfechos con su trabajo cotidiano.

Palmer, Cooper y Thomas (2001) realizan una publicación para presentar un modelo simple de

estrés organizacional que puede ser utilizado para educar o informar a los empleados, personal y profesionales de la salud sobre la relación entre el estrés potencial y los riesgos en el trabajo, los síntomas individuales y organizacionales del estrés, los resultados negativos de éste y sus costes financieros.

Discusión y conclusiones

Debido a que el objetivo principal de este estudio ha querido profundizar en la relación entre la comunicación y las condiciones laborales, distintos artículos han enfatizado el papel de la comunicación entre médicos y pacientes, entre médicos generales y laboralistas, así como los cuidados colaborativos. Muchas de las referencias seleccionadas han estudiado la asociación de variables a la satisfacción laboral y se han hecho propuestas para mejorar esta dimensión, entre otras: ofrecer formación a los sanitarios, prestar atención a sus necesidades, apoyo y cohesión social, motivación, apoyo de los directivos, trabajo en equipo, buena comunicación y recompensas extrínsecas. Al menos tres estudios ofrecen los componentes clave necesarios para una comunicación efectiva y las relaciones terapéuticas en el entorno de trabajo (información sólida, formación y asistencia, accesibilidad a niveles de competencia culturales). Otros, ofrecen los mínimos de protección de la salud que mejoran las condiciones de vida de los trabajadores desde los aspectos físicos y químicos del ambiente, hasta los psicológicos, sociales y factores de organización del trabajo. También se estudia la satisfacción como antecedente del compromiso de los empleados en la administración pública. Y se relaciona la alfabetización y la comunicación de los riesgos laborales a los trabajadores.

Se resumen algunos de los factores que afectan a las condiciones laborales (segundo objetivo) y que pueden generar accidentes de trabajo, como pueden ser la edad, situación profesional, centro de trabajo, el sector de actividad, el contacto con el sufrimiento y la muerte, la no realización de actividades de formación, el trabajo por turnos, la violencia, la depresión y el estrés laboral. Por lo tanto será vital la educación sobre prevención de accidentes laborales y la asesoría permanente.

Las relaciones con los superiores y compañeros, el reconocimiento profesional, la valoración positiva de las características de la organización también influyen sobre la satisfacción laboral.

La mayoría de los estudios hallados estudian los factores relacionados con la satisfacción y bienestar psicológico en el ámbito profesional sanitario sobre todo partiendo de las condiciones de trabajo que intervienen en los trastornos psicológicos de los profesionales. Pero algunas investigaciones actuales también ponen de relieve la necesidad de avanzar sobre el tema, para

generar diagnósticos situacionales y políticas encaminadas a la resolución de problemas en el puesto de trabajo, a hacer frente a las frustraciones profesionales y que ofrezcan una mayor calidad de vida.

Entre las limitaciones halladas, se evidencia que existe una gran diversidad de resultados con distintas perspectivas en relación al tema de la comunicación y las condiciones laborales, por lo que a la hora de la selección de los artículos, éstos se han tenido que estudiar a conciencia por distintos investigadores en función de los objetivos planteados y circunscribiéndose al ámbito sanitario. En investigaciones futuras sería interesante involucrar otros ambientes de trabajo o instituciones laborales, para observar o comparar las semejanzas y diferencias detectadas.

La mayoría de los estudios revisados se han realizado en servicios de enfermería, se puede afirmar, que el enfermero/a está inmerso en unas nuevas relaciones y espacios laborales en los que precisa demostrar diferentes competencias no sólo de carácter intelectual, sino también de índole físico y mental, además de la capacidad para negociar los diferentes servicios que se prestan a la comunidad.

Muchos de los problemas actuales son producidos por la falta de comunicación tanto interior como exterior, es así como la comunicación en las organizaciones sanitarias es imperante y necesaria ya que de ésta depende el éxito de cualquier organización y la imagen que ésta quiere dar exteriormente e interiormente. Todo con el fin de tener en cuenta las tareas y obligaciones, las reglas del sistema y finalmente las relaciones públicas con los empleados y usuarios.

En algunos estudios se resalta que los empleadores de los profesionales sanitarios deberían tratar de aumentar la satisfacción laboral y la competencia profesional de éstos. Para lograr este objetivo se les debería incentivar y propugnar los sistemas de promoción profesional. La satisfacción de los profesionales sanitarios también se incrementaría si se les permitiese elegir su turno de trabajo y la unidad o pabellón donde se va a trabajar.

Algunos trabajadores identifican el compromiso de la dirección por la seguridad, la preocupación por los trabajadores, la congruencia entre los mensajes hablados y la práctica, el profesionalismo y las habilidades de comunicación como principales cualidades de los gerentes exitosos. Ofreciendo ejemplos vivos de estrategias de gestión excelente y también inadecuadas. La dirección de los centros sanitarios juega un papel fundamental en la definición y aplicación de prácticas de seguridad en el trabajo y también los trabajadores acuden a ellos para su orientación y modelización.

Los enfermeros/as no son sólo los proveedores de salud y atención en los centros sanitarios, si

no que deberían ser los responsables de contenidos educativos y comunicación de peligros en los lugares de trabajo. Existen muchos trabajadores que poseen bajos niveles de alfabetización en relación a la salud laboral, a éstos se les debe de proporcionar la formación necesaria a través de una comunicación de mensajes comprensibles y concienciadores.

Como conclusión final, una buena comunicación y el apoyo social se presenta como la correlación más fuerte en un ambiente de trabajo saludable, apoyando un modelo integral de salud laboral que intervenga en la promoción de la salud dirigida a las condiciones de trabajo, las relaciones laborales y su organización.

Referencias

1. Bodini, L. (2005). The Occupational Health and Safety Services of the National Health System in Italy. *International Journal of Occupational & Environmental Health*, 11 (1): 32-5.
2. Bolívar, J., Daponte, A., López, L. y Mateo, I. (2009). Influencia de las características individuales y de las condiciones laborales en la gravedad de las lesiones por accidente de trabajo registradas en Andalucía en 2003. *Revista Esp de Salud Pública*, 83(6):847-861.
3. Bouchard, C. (2007, Junio) Literacy and hazard communication. *AAOHN Journal*, 55 (1): 18-25.
4. Catalán, D.J., Muñoz-Cruzado, M. y Fuentes, M.T. (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. *Rev Esp Com Sal*, 1(1):44-59.
5. Ciancio, B. (2005 Jan-Apr). Health care and the changing European social diaspora: are nurses and ethnic minority groups coping?. *International Nursing Perspectives*, 5 (1): 27-32
6. Epstein, R.M. (2001 abr). Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*, 27(7):511-513.
7. Eriksen, W., Tambs, M. & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6:290
8. Escriba-Agüir, V., Artazcoz, L. y Pérez- Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en El síndrome de burnout en Especialistas médicos. *Gac Sanit*, 22(4): 300-8.
9. Esteva, M., Larraz, C., y Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*, 206 (2):77-83
10. Grover, S.M. (2005). Shaping effective communication skills and therapeutic relationships at work: the foundation of collaboration. *AAOHN Journal*, 53 (4):177-82, 186-7.
11. Gutiérrez, M.F., Hernández, J.M. y Villanueva, A.M. (2004). Significado que tienen las condiciones laborales actuales para la calidad de vida como factor de desarrollo humano de la enfermera. *Revi Promoción de la Salud*, 9:119-131.
12. Healthy People 2010. *Area focus number 11: Health Communication*. Consultado el día 25 de

marzo de 2010 de la World Wide Web: <http://www.health.gov>.

13. Jiménez, J.P. (2005). Estrategias de los médicos para hacer frente a la crisis de la abundancia. *Rev Med Chil*, 133 (6): 707-12.
14. Lara, S. *¿Qué es comunicación organizacional?*, (2006,3 de marzo), en: blog sobre Comunicación Organizacional. Consultado el día 25 de marzo de 2010 de la World Wide Web: http://comorganizacional.blogspot.com/2006/03/qu-es-comunicacin-organizacional_03.html
15. Lowe, G.S., Schellenberg, G. & Shannon, H.S. (2003). Correlates of employees' perceptions of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion*, 17(6): 390-9.
16. Mañas, M.A., Salvador, C., Boada ,J., González, E. y Agullo, E. (2007). La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 19(3): 395-400.
17. Merchán, P. y Escobar, A. (2002). Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería. *Hacia promoc. Salud*, (7):67-75.
18. Muñoz , E., Coll, J.M., Torrent, M. y Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*, 15; 37(4):209-14
19. Palmer, S., Cooper, C. & Thomas K. (2001 Dec). Model of organisational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme. *Health Education Journal*, 60 (4): 378-80
20. Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*, 18(3): 134-141.
21. Robles-García, M., Dierssen, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera, P., Díaz-Mendi, A.R. y Llorca, J. (2005). Las variables relacionadas con la satisfacción laboral: estudio transversal de las Naciones Unidas a partir del Modelo EFQM. *Gac Sanit*, 19(2):127-34.
22. Ruzafa-Martínez, M., Madrigal-Torres, M., Velandrino-Nicolás, A. y López-Iborra, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit*, 22(5):434-42
23. Sáez, C.L. (2005). Gestión integrada de seguridad y salud laboral, ambiental y de calidad: una experiencia enriquecedora. *Cienc. Trab* , 7(17):104-109.
24. Slatin, C., Galizzi, M., Devereaux,K. & Mawn, B. (2004) Conducting Interdisciplinary

Research Promote Healthy and Safe Employment Health Care: Promises and Pitfalls. Public Health Reports, 119: 60-72.

25. Tonon de Toscano, G. (2009). Calidad de vida laboral de profesionales de la salud. Vertex rev. Argent. Psiquiatr, 20(88):411-41.
26. Valenzuela, S., Sanhueza, A., Olivia, N., Riquelme, P., Marcelo Fernández, C. y Rodrigo Núñez, V. (2003). Salud laboral: situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. Rev Enferm Clínica, 13(2):94-102.
27. Vlasveld, M.C., Anema, J.R., Beekman, A.T.F., Van Mechelen, W., Hoedeman, R., Van Marwijk, H.W.J., Rutten, F.F., Hakkaart-van Roijen, L. & Van der Feltz-Cornelis, C. (2008). Multidisciplinary Collaborative Care for Depressive Disorder in the Occupational Health Setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. BMC Health Serv Res, 8: 99.
28. Weevers, H.A., Van der Beek, A.J., Van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., Boot, C.R.L. & Van Mechelen, W. (2009). Communication about work between general practitioners and patients consulting for musculoskeletal disorders. Quality in Primary Care, 17 (3): 197-203.
29. Woo, J.M., & Postolache, T. (2008). The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications *Int J Disabil Hum Dev.* 7(2): 185–200.

Revisiones

Comunicación y refugiados

Communication and refugees

M Povedano Jiménez^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 02/05/2010 – Fecha de aceptación: 27/09/2010

Resumen

Introducción: La protección de los refugiados está disminuyendo. Actualmente hay más de 22 millones de refugiados en el mundo. Su protección constituye el trabajo de organizaciones humanitarias: procurar que sus derechos humanos sean respetados y asegurarse que nadie vaya a ser devuelto contra su voluntad. Los medios de comunicación son una herramienta poderosa para transmitir discursos a la sociedad y conseguir un determinado clima en la opinión pública. Mediante la transmisión de mensajes de sensibilización y el fortalecimiento de políticas, se potencian actividades y campañas de sensibilización que se desarrollan desde diferentes entidades. **Objetivos:** Identificar estrategias utilizadas para promover sensibilización y solidaridad social sobre la problemática del refugiado. **Metodología:** Revisión bibliográfica de campañas de sensibilización comprendidas entre 2004 y 2010. **Resultados:** Análisis de 20 campañas. **Discusión:** Todas las estrategias comunicativas intentan que la audiencia pueda empatizar, de alguna forma, con el refugiado, que perciba esa situación de angustia que viven, frecuentemente, así como aportar ayuda, y eliminar prejuicios sobre dicho colectivo. Sin embargo, en ocasiones los políticos y los medios de comunicación muestran al extranjero como una amenaza tanto para la seguridad pública como para la identidad cultural. **Conclusiones:** En todas las campañas de sensibilización expuestas circulan mensajes positivos sobre los grupos considerados “diferentes”: Priorizar aspectos positivos en su aporte con la convivencia cotidiana. Reforzar argumentos que resalten aquello que tenemos en común. Destacar los problemas que presentan. En definitiva, se establecen actuaciones que faciliten la interrelación social, y contribuyan a la ruptura de estereotipos.

Palabras clave: Comunicación; Refugiados; Campañas.

Abstract

Introduction: The protection of refugees is experiencing a decline. There are currently more than 22 million refugees worldwide. Their protection is the work of humanitarian organizations: ensuring that human rights are respected and make sure no one would be returned against their will. The media are a powerful tool to deliver speeches to society and achieve a certain climate of public opinion. Through the transmission of messages of awareness and strengthening of policies could promote activities and awareness campaigns that are developed from different entities. **Objectives:** To identify strategies used to promote social awareness and solidarity on the issue of refugees. **Methodology:** Literature review of public awareness campaigns between 2004 and 2010. **Results:** Analysis of 20 campaigns. **Discussion:** All communication strategies that the audience can try to empathize, somehow, with the refugee, who receives the living situation of distress, often, as well as provide assistance, and to eliminate prejudices about this group. However, sometimes the politicians and the media show abroad as a threat to public safety to

cultural identity. **Conclusions:** In all the awareness campaigns circulating positive messages displayed on groups considered "different": Prioritize positive aspects in their contribution to everyday living. Strengthen arguments that highlight what we have in common. Highlight the problems they present. In short, establishing actions that facilitate social interaction, and contribute to breaking stereotypes.

Key words: Communication; Refugees; Campaigns.

*Correspondencia: mariapoji@hotmail.com

Introducción

Los grupos marginales son un buen ejemplo de las condiciones sociales de la humanidad, por una parte, los grupos marginales representan no sólo un problema de una clase determinada, sino que pueden ser una muestra de la realidad social en sus distintos niveles, no obstante, cabe destacar que aunque son muchos los factores que involucran a la marginación, los aspectos más representativos en los cuales se incluye la desigualdad de género, la educación, la influencia de los medios masivos de comunicación la identidad y sobretodo la enajenación y alienación como parte de esta condición (Treviño, 2006).

La comunicación para la salud abarca el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoran la salud. Vinculada a los ámbitos de la comunicación y la salud, se está convirtiendo cada vez más en un elemento necesario para mejorar la salud pública y personal.

Las personas o grupos que no tienen acceso a servicios de salud o información referente al sistema de salud nacional suele ser aquella población marginada que incluye residentes a distancia del centro de la ciudad o de las zonas rurales o a los miembros de ciertos grupos raciales y étnicos; desfavorecidos socioeconómicamente así como a las personas, o personas con discapacidad.

A menudo las personas con mayores necesidades en materia de salud tienen el menor acceso a la información, a las tecnologías de la comunicación, la atención de la salud y servicios sociales. Incluso la mayoría de programas cuidadosamente diseñados para la comunicación en salud tendrá un impacto limitado si las comunidades marginadas no tienen acceso a profesionales de la salud, los servicios o los canales de comunicación que forman parte de un proyecto de mejora de la salud.

Las investigaciones indican que incluso después de la realización de programas de comunicación sanitaria dirigida a los grupos de menor nivel educativo y de bajos ingresos, éstos siguen estando menos informados y es menos probable un cambio de comportamiento, que aquellos colectivos con una nivel educativo superior y mayores ingresos, lo cual crea una brecha de conocimientos y deja a algunas personas crónicamente mal informadas (Freimuth, 1990).

Para la comunicación de la salud para contribuir a la mejora de la salud personal y comunitaria durante la primera década del siglo 21, las partes interesadas, incluidos los profesionales de la salud, investigadores, funcionarios públicos y el público lego, deben colaborar en una serie de

actividades entre las que se incluye el desarrollo de alta calidad, información apropiada de audiencia y servicios de apoyo para problemas específicos de salud y las decisiones de salud para todos los segmentos de la población, especialmente las personas marginadas.

Las respuestas de la National Adult Literacy Survey indican que aproximadamente 90 millones de adultos en los Estados Unidos tienen habilidades de alfabetización marginal o inadecuada. La información escrita no es la única forma de comunicarse acerca de la salud, pero una gran cantidad de educación para la salud y la promoción se organiza en torno a la utilización de material impreso, generalmente escrita en el grado 10^o nivel o superior. Estos materiales son de poca utilidad para las personas que tienen habilidades de alfabetización limitada. El resultado es que a un gran segmento de la población se le niega los beneficios de la información y servicios sanitarios (Kirsch, Jungeblut, Jenkins, et al. 1993).

Para conseguir una equidad entre la salud de aquellos grupos marginales y los que no lo son, es básica una igualdad en la educación para la salud, y el acceso a ésta.

Si existen materiales adecuados y las personas reciben la formación necesaria será posible la educación para la salud en aquellos colectivos menos alfabetizados.

Objetivos

Esta revisión teórica tiene como objeto principal reunir publicaciones disponibles en determinadas bases de datos médicas sobre la comunicación sanitaria en relación con los grupos marginales.

Material y método.

Se trata de una revisión bibliográfica de lo anteriormente publicado en bases de datos sanitarias en lo referente a comunicación sanitaria y grupos marginales.

Se comenzó la búsqueda consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en Medical Subjects Headings (MeSH). En DeCS encontramos como descriptor comunicación (comunicación) y población suburbana (suburban population). En MeSH encontramos para grupos marginales, los descriptores suburban population y social problems que incluye grupos

que podemos entender como marginales como es la prostitución.

En las bases de datos como medline o Cinahl no aparecen resultados ya que a pesar de que sí existe como descriptor la palabra comunicación (communication) no existe ningún descriptor que haga referencia a los grupos marginales propiamente dicho.

Si introducimos las palabras “marginalized group” a pesar de no ser un descriptor, junto al descriptor “communication” en medline, la búsqueda nos da un resultado de 26 referencias, de los cuales, dos artículos se refieren a grupos homosexuales, uno a prostitutas, otros dos a personas que se encuentran en la pobreza y sin hogar, cuatro a personas con VIH, ocho a minorías raciales y grupos étnicos, dos a madres marginadas, y otros dos a niños y jóvenes marginados.

En la base de datos de Biblioteconomía y documentación ISOC, en su apartado de Ciencias Sociales y Humanidades, si introducimos los descriptores en castellano comunicación y marginación nos aparecen 41 documentos, de los cuales siete son artículos posteriores al año 2000.

Resultados

Descriptores	MEDLINE	IBECs
Communication AND suburban population	1 referencia	Ninguna referencia
Communication AND social problems	167 referencias	18 referencias
Media Communication AND social problems	21 referencias	1 referencia

Tabla I. Recuento de referencias para cada uno de los descriptores utilizados

Dentro de los artículos encontrados la mayor parte no están relacionados con nuestro tema de estudio sino con percepciones de los profesionales de la salud, o de los usuarios, pero no con el mensaje o la comunicación en materia de salud transmitida a estas personas, por lo que destacamos el artículo de Jarama un estudio cualitativo exploratorio sobre la importancia de la familia, la cultura y rol de género en el contexto de riesgo de VIH entre las mujeres afroamericanas el cual reveló que las comunicaciones de los padres sobre sexualidad en las relaciones centró en gran medida en la confianza (de ser desconfiada de los hombres) y el control de la mujer de sus impulsos sexuales (Jarama, Belgrave, Bradford, Young, Honnold, 2007).

En varios estudio encontrados en las bases de datos no se habla tanto del acceso o no de los grupos marginales a la comunicación sanitaria sino más bien de cómo los medios de comunicación tratan a estos grupos. Así pues en el estudio de Rachel Harris encontramos que no sólo los periódicos representan problemas de salud mental de una manera negativa. Ya que las películas también representan a personas con problemas peligrosos de salud mental. En su revisión de la literatura teórica y empírica, Cutcliffe Hannigan (2001) indica que las representaciones de los medios de comunicación actual de los pacientes de salud mental parecen poner de relieve la violencia, la peligrosidad y la criminalidad (Harris, 2004).

Del mismo modo en el artículo de Amelia García (2001) nos habla de cómo los medios de comunicación escritos tratan a otro grupo marginal como los discapacitados y si su mensaje tiende a la integración o a la discriminación de este colectivo. Como resultado obtiene que la mayoría de los artículos de los últimos años escojen términos adecuados y con mayor cualidad integradora.

Los artículos encontrados en las bases de datos de Ciencias Sociales tampoco se ajustan al tema de estudio ya que no nos hablan de la comunicación en salud sino de la comunicación o los medios de comunicación en general, como es el caso del artículo de Carmen Aranguren (2004) en el que se trata la forma de enseñar la historia como un factor importante en la formación de una ciudadanía intercultural que no margine a grupos de otras razas o etnias, pero haciendo referencia a la importancia de los medios de comunicación dentro de este proceso.

En esta misma línea Gil González (2010) en su artículo se centra en la importancia que han

desarrollado las tecnologías de la comunicación en los últimos años en la creación de estereotipos que debido a los medios de comunicación han sido propagados en la sociedad. Este artículo profundiza en la influencia que los discursos de los medios tienen en la conformación de los estereotipos sobre las minorías más desfavorecidas como inmigrantes o prostitutas.

Uno de los escasos estudios acerca del tema de comunicación sanitaria en relación con grupos marginales que se pueden encontrar en estas bases de datos es el de Richard Oliver (2008) que nos habla de cómo una campaña mediática para la prevención del suicidio en determinados grupos de riesgo (en la población en general y particularmente en grupos marginales, grupos étnicos diversos y familiares de personas que se habían suicidado) consigue un aumento en el número de llamadas a las líneas telefónicas abiertas para momentos de crisis y disminuye el número de suicidios en la población de estudio.

Otros estudios encontrados bajo los descriptores anteriormente mencionados se desecharon ya que se centran en la comunicación en salud para otros grupos de población distintos a los marginales como es el de Anke Kirsch (2007), o el de María J. Zarza (2007) que no nos habla de la comunicación relacionada con la salud de los profesionales sanitarios o la administración hacia grupos marginales sino de los factores estresantes a los que se enfrentan ciertos grupos marginales (inmigrantes) entre ellos el uso de otro idioma.

Por último destacar un estudio que, aún no hablando de la comunicación sanitaria en sí, nos habla de la mayor tasa de contagio del VIH, incluso en los últimos años, en el sur de Estados Unidos debido a la existencia de comunidades de minorías étnicas y personas con menor acceso a recursos sanitarios, y de cómo un proyecto llevado a cabo mediante fotografías que hacían los propios individuos y un posterior diálogo crítico sobre las imágenes se pudo ayudar a las personas con VIH a conocer mejor su enfermedad y la forma de convivir con ella, ofreciendo a los grupos más marginales la oportunidad de ser los autores de las historias que representan, cómo viven su enfermedad y siendo de utilidad esta comunicación mediante imágenes y palabras para ayudar a otros en su situación (Rhodes, Hergenrather, Wilkin, 2008).

Conclusiones

Es algo evidente la poca investigación publicada a fecha de hoy en bases de datos de medicina en relación con la comunicación sanitaria dirigida a grupos marginales, tanto en español como en inglés.

La mayoría de los artículos se refieren a las representaciones de ciertos colectivos en los medios de comunicación de masas pero no en la información que a estos grupos les llega acerca de programas de prevención y promoción de la salud.

Es por esto por lo que dada la importancia que muchos estudios dan a la comunicación en salud quizá se debería investigar más en comunicación sanitaria dirigida a ciertos colectivos marginales especialmente susceptibles de necesidades en materia de salud y que paradójicamente gozan, según hemos comprobado en estudios realizados en EE.UU., de un menor acceso a este tipo de comunicación.

Referencias

- Aranguren, C. (2004). Ciudadanía intercultural, enseñanza de la historia y exclusión social. Memorias de las V jornadas de Investigación Humanística y Educativa, 256.
- Fernández de Villalta, J.M. (2004). Exclusión, empleo y tecnologías de la información y comunicación. Asociación Estatal de centros.
- Freimuth, V.S. (1990). The chronically uninformed: Closing the knowledge gap in health. *Communication and Health: Systems and Applications*.
- García, A. (2001). Medios de comunicación escrita, discapacidad y empleo. *Integración*, 37, 11-17.
- Gil, J.C. (2010) Las tecnologías de la comunicación y las minorías: Análisis y perspectivas. *Razón y palabra*[en línea]. 15 (71). Disponible en: www.razonypalabra.org.mx
- Harris R. (2004). Medios de representación de las personas con problemas de salud mental. *Worcestershire Salud Mental Asociación*, 100, 33.
- Jarama, S.L., Belgrave, F.Z., Bradford, J., Young M., Honnold, J.A. (2007) Aspectos familiares, culturales y de género en el contexto de riesgo de VIH entre las mujeres afroamericanas no identificadas de VIH: un estudio cualitativo exploratorio. *AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19 (3), 307-317.
- Kirsch, A., Brunnhuber, S. (2007). Facial expression and experience of emotion in psychodynamic interviews with patients with PTSD in comparison to healthy subjects. *Psychopathology*, 40, 296-302.
- Kirsch I., Jungeblut, A., Jenkins, L., et al. (1993). *Adult Literacy in America: A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey*. National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.
- Oliver, R.J., Spilsbury, J.C., Osiecki, S.S., et al. (2008). Brief report: Preliminary results of a suicide awareness mass media campaign in Cuyahoga county, Ohio. *Suicide&live. Threatening Behavior*, 38, 245-249.
- Rhodes, S.D., Hergenrather, K.C., Wilkin, A.M. (2008). Vision and voices: Indigent persons livin with HIV in the Southern United States use photovoice to create Knowledge, develop Partnerships, and take action. *Health promotion practice*, 9, 159-169.
- Sampedro, V.F. (2004) Identidades mediáticas e identificación mediatizada. *CIDOB d' Afars internacionals*.
- Treviño, A. (2006, Noviembre 9) Sedesol federal y los grupos marginales. *Hoy Tamaulipas* [online]. Disponible en: <http://www.hoytamaulipas.net/?v1=notas&v2=14950>
- Zarza, M.J., Sobrino, M.I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en EE.UU vs España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23, 72-84.

Originales

Los contenidos sanitarios en la prensa nacional

Health contents in the national newspapers

V Márquez Hernández^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 18/05/2010 – Fecha de aceptación: 02/09/2010

Resumen

Objetivo: El aumento del interés de la opinión pública por la salud ha provocado que la prensa escrita ofrezca cada vez más contenidos sanitarios dentro de sus publicaciones. El presente artículo tiene como propósito llevar a cabo un análisis descriptivo de los contenidos sanitarios que se han publicado en el periódico de tirada nacional El País. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, para el cual se analizaron las publicaciones del periódico El País durante 15 días. **Resultados:** Encontramos que de 880 páginas analizadas, solo 35 presentaban contenidos sanitarios, la sección donde más contenidos aparecían era la de Cultura, y la media de páginas dedicada a dichos contenidos era de 1 página. **Conclusiones:** El País ofrece diariamente contenidos sanitarios, sin embargo presenta déficits, principalmente en el apartado de autores ya que apenas ofrece información sobre sus redactores. Debemos analizar la información que nos llega, y para ello debemos conocer quién nos la ofrece.

Palabras clave: Educación sanitaria; Prensa escrita; Medios de comunicación.

Abstract

Objective: The increasing interest of the public's health, has prompted the press increasingly offering health content in their publications. This paper aims to conduct a descriptive analysis of health content have been published in the national newspaper El País. **Methods:** This is a descriptive study, which analyzed for the publications of the newspaper El País for 15 days. **Results:** We found that of 880 pages analyzed, only 35 had medical content, the section appeared more content was the Culture, and the average number of pages devoted to such content was 1 page. **Conclusions:** El País offers daily health content, but it has shortcomings, mainly in the section on authors and their grieving offers information on its editors we must analyze the information that reaches us, and we must know who offers it to us.

Key words: Health education; Newspaper; Mass media.

* Correspondencia: veromh85@hotmail.com

Introducción

Hoy en día, el creciente interés de la opinión pública por la salud, hace necesario que se ofrezcan más y mejores contenidos sanitarios en los medios de comunicación. En España, estamos siendo testigos de un incremento del interés hacia estos temas por parte de la opinión pública. Diversos estudios (Blanco Castilla et al, 2007) aparecidos en los últimos tiempos ponen de manifiesto que el interés de los españoles por los temas médicos ocupa uno de los lugares más altos entre la ciudadanía europea (Moreno Guerrero et al, 1991; Catalan Matamoros et al, 2007). Esto se debe a que la sociedad española tiene, cada vez más, una percepción exigente de su salud, y para que esto sea posible necesita mensajes que le den a conocer los estilos de vida saludables, y le inciten a su adquisición (Terrón Blanco, 2007).

Este creciente interés ha provocado, en algunos medios de prensa escrita, el nacimiento de una sección propia o de una subsección dentro del cajón de sastre que supone la macroárea de Sociedad. En otros, el lanzamiento de suplementos semanales como consecuencia de la necesidad de posicionarse en un mercado cada vez más especializado. A través de éstos, los medios de información general disponen de mayor espacio y tiempo para abordar una parcela de la realidad social desde un tratamiento más profundo (González Borjas, 2004).

Sin embargo hay que tener especial cuidado, ya que en ocasiones una información sobre salud, puede provocar una alarma social. Para ello hay que tener en cuenta aspectos como que el volumen de noticias científicas y médicas que aparecen en los medios de comunicación aumentó de forma considerable entre los años 1995-2000. Pese a este incremento en el número de noticias científicas y médicas, el número de periodistas especializados en los grandes rotativos no ha variado, lo que representa una dificultad para mantener el nivel adecuado de calidad, rigor y profundidad en el tratamiento de la información. Ejemplo de ello son los datos obtenidos por una reciente investigación basada en los 57 diarios de mayor difusión en España, en la que se observó lo siguiente (De Semir et al, 2006):

- 1) el 33,3% de estos diarios tenían alguna sección periódica dedicada a la ciencia, salud o tecnología.
- 2) el 27% declaró no disponer de ningún redactor especializado en ciencia, salud o tecnología.
- 3) entre aquellos que contestaron afirmativamente, el nº de periodistas especializados oscilaba entre 1 y 4.
- 4) el 69% de los redactores encargados de cubrir la información científica, médica y tecnológica tenían una formación de periodismo, el 25% procedía de otras carreras del ámbito de las

ciencias sociales y el 6% de ciencias experimentales (Revuelta, 2006).

Por tanto no es solo importante lo que se escribe, sino quién lo escribe, ya que es necesario que en informaciones de este tipo, que crean gran impacto en la sociedad, el contenido sea riguroso y de calidad.

Como se ha comentado anteriormente, el creciente interés por la salud ha provocado en España que la prensa escrita se especialice, otorgándole mayor importancia y espacio a estos temas. Para estudiar estos aspectos, se realizó el informe Quiral, en el cuál se analizó la información en materia de salud que a través de la prensa llegó a la población española. Como conclusiones generales se obtuvieron, entre otros, los siguientes datos:

- El aumento del interés por la salud en la prensa, en el decenio de 1997-2006, es paralelo a la penetración y difusión de las TIC en España.
- En los últimos años se incluyen en los diarios más secciones especializadas en ciencia y/o salud.
- La salud se trata fundamentalmente desde la perspectiva de un periodismo informativo, sin la contextualización o la reflexión experta que facilitan los géneros de opinión e interpretación, más presentes en otros temas de la actualidad.
- Aunque aparentemente la prensa haya tratado temas de salud muy diversos a lo largo de este decenio, la información en realidad se concentra en unas pocas cuestiones más mediáticas (De Semir et al, 1997-2006).

Estos resultados hace plantearse un análisis de la situación informativa en la que nos encontramos en materia de salud, ya que, aunque aparentemente se ha evolucionado, como se observa en el Informe Quiral, existe todavía muchos matices que impiden que se haga un periodismo sanitario de calidad.

Objetivos

El propósito de este artículo es llevar a cabo un análisis descriptivo de los contenidos sanitarios publicados en un periódico nacional, en concreto, el periódico El País.

Material y métodos

Este estudio consiste en un diseño descriptivo, para observar los contenidos sanitarios en un periódico regional. La muestra estuvo formada por las publicaciones diarias del periódico El País, desde el 17 de Marzo de 2010 hasta el 31 de Marzo de 2010, ambos incluidos, que suman un total de 15 ejemplares. El análisis consistió en la búsqueda de contenidos sanitarios en estas ediciones, incluyendo gráficos, textos, estadísticas, etc., teniendo en cuenta las siguientes variables: sección, páginas, autor y tema.

Resultados

De los 15 periódicos analizados, encontramos que de un total de 880 páginas, solamente 35 se dedicaron a contenidos sanitarios (tabla 1).

Sección:

Las secciones de la que consta el periódico son las siguientes:

Cultura, Economía, Gente, Motor, Opinión, Televisión, Deportes, España, Internacional, Obituario, Sociedad, Publicidad y Tendencias. Los contenidos sanitarios se distribuyeron de la siguiente manera:

Sección	Cultura	Economía	Gente	Motor	Opinión	Televisión
Contenido Sanitario	5	0	0	0	0	0
Sección	Deportes	España	Internacional	Obituario	Sociedad	Publicidad
Contenido Sanitario	1	3	4	0	4	16

Tabla 1. Secciones del periódico El País.

Páginas

En cuanto a las páginas dedicadas a salud, encontramos que, en todos los casos, la información

ocupa menos de 1 página, excepto en uno que llega a ocupar 3. También es importante hacer mención a que en todos los periódicos analizados aparece 1 página completa dedicada a los anuncios sobre salud.

Autor

El nombre del autor apareció en 16 de los 19 artículos sanitarios. Uno de los artículos pertenecía a la Agencia EFE. Tres artículos aparecieron sin autor, y 5 solo con iniciales. En ningún caso aparece junto al autor su profesión o estudios.

Tema

En la siguiente tabla podemos ver los temas relacionados con salud que aparecieron durante los 15 días analizados.

Tema	Nº veces	Tema	Nº veces
Formación sanitaria	2	Nuevas Tecnologías en sanidad	1
Construcción nuevo hospital	1	Enfermedades infantiles	1
Hábitos saludables	1	Reproducción asistida	1
Trasplantes	1	Recetas Médicas	1
Dependencia	2	Ley de muerte digna	1
Reforma Sanitara EEUU	3	"Ley del aborto"	1
Tabaco	1	Agresiones a personal sanitario	1
Anuncios de clínicas	15	Alimentación y salud	1

Tabla 2. Temas relacionados con la salud del periódico El País.

Discusión

Para finalizar, vamos a ir paso por paso analizando las variables estudiadas.

Sección: En cuanto a la parte de las secciones que forman el periódico, encontramos que no hay ninguna destinada exclusivamente a salud. Donde mayoritariamente aparecen las noticias relacionadas con salud es en la sección de Cultura, sin contar la parte de anuncios en la que observamos que todas las publicaciones constaban con una página dedicada a una guía de

salud. Resulta interesante observar cómo a nivel económico o de opinión, por ejemplo, no aparece ninguna referencia a la salud.

Páginas: Las páginas que contenían informaciones sanitarias apenas llegaban a una, siendo en la mayoría de los casos pequeños artículos, por lo que la información sanitaria no ocupa un gran espacio dentro del periódico. Solamente encontramos en una ocasión, tres páginas dedicadas a este contenido.

Autor: Uno de los principales déficits que encontramos es el relacionado con el apartado de autores. Apenas aparecen datos acerca de ellos, por lo que nos resulta muy complicado poder analizar de dónde viene la información y quién es su redactor. Solo hemos podido encontrar unas escasas referencias acerca de algunos redactores, que por lo que hemos podido observar son periodistas sin ninguna formación sanitaria.

Temas: En cuanto a los temas, podemos decir que el que más páginas ocupó fue el relacionado con la reforma sanitaria de Estados Unidos, seguido de formación sanitaria y dependencia. Esto debe ser estudiado dentro de nuestro contexto, ya que hoy en día una de los aspectos sanitarios que más interesan es el de la “ley de dependencia”, que afecta a una parte importante de la población española y que, por lo tanto, genera gran interés. Otro tema que está siendo muy debatido y que aparece frecuentemente en los medios es el del aborto y la nueva ley, que aunque no constituía un tema central en las fechas que hemos analizado el periódico, seguía apareciendo en la prensa.

Conclusión

Para concluir, aunque es evidente que los contenidos sanitarios cada vez van en aumento en los medios de comunicación, esto no significa que dichos contenidos sean de calidad. A menudo relacionamos cantidad con calidad, lo que conlleva a no ser críticos con la cantidad de información con la que diariamente se bombardea a la población. Debemos analizar la información, y para ello debemos conocer quién la ofrece.

Como hemos podido observar en el análisis al periódico El País, éste sí ofrece contenidos sanitarios habitualmente; sin embargo presenta déficits a la hora de mostrar sus fuentes y rigurosidad. No significa que su información no sea veraz, sino que es necesario que al lector le llegue más información para que pueda discriminar entre un periodismo sanitario mediocre y otro

de buena calidad, algo que puede afectar a su salud.

Por todo ello, es importante que los contenidos sanitarios, sean tratados con el mayor rigor posible, facilitando a la población el acceso a los mismos, ya que gracias a estos contenidos podremos tener una sociedad más y mejor informada y, como consecuencia, más saludable

Referencias

1. Blanco Castilla, E. et al. (2007). Periodismo, Salud y Calidad de Vida. Contenidos y Fuentes. FISEC- Estrategias. Año III, 8, Mesa II, pp. 3-24
2. Catalán Matamoros, D.J., Axelsson, R., Strid, J. (2007). How do newspaper deal with health in Sweden? A descriptive study. Elsevier, 67, 78-83.
3. De Semir, V. y Revuelta, G. (1997-2006). Medicina y Salud en la prensa diaria. Informe Quiral. Observatorio de la Comunicación Científica Universitat Pompeu Fabra.
4. De Semir, V. y Revuelta, G. (2006). La salud en el supermercado de la información. Humanitas, Humanidades Médicas, 4.
5. González Borjas, A. (2004). Salud, información periodística en alza. Ámbitos, 11-12, pp. 301-310.
6. Moreno Guerrero, J. et al. (1991). La información sanitaria en la prensa diaria. Revista San Hig Pub, nº 5, 65, pp. 445-450.
7. Revuelta, G. (2006). Salud y Medios de Comunicación en España. Gaceta Sanitaria, 20 (Supl. 1), pp. 203-208.
8. Terrón Blanco, J.L. (2007). La comunicación para la salud en España, algunos apuntes. Eco-Pos, 10, 1, pp. 23-44.

Discapacidad física y campañas publicitarias en internet

Physical disability and advertising campaigns in the web

C Ropero Padilla^{1*}

¹ Centro de Estancias Diurnas Diactivo, Aguadulce (Almería).

Fecha de recepción: 12/06/2010 – Fecha de aceptación: 14/09/2010

Resumen

Introducción: La comunicación de masas (Mass Media) tiene la finalidad de informar, formar, entretener, influenciar y persuadir al público. Por ello, es necesario que participe en la inclusión de discapacitados físicos en la sociedad. **Objetivo:** El objetivo se centra en buscar, mediante campañas publicitarias, la información que existe sobre discapacitados físicos para favorecer su inclusión en la sociedad. **Material y métodos:** El estudio es descriptivo transversal. La información utilizada son las campañas publicitarias que ha habido sobre discapacidad física entre los años 2006 a 2008 en España. **Resultados:** Los resultados muestran un mayor número de campañas publicitarias relacionadas con el empleo y el ocio. **Discusión:** Las campañas publicitarias sobre personas discapacitadas buscan una integración e inclusión dentro de la sociedad, a la vez que cambiar prejuicios que todavía existen en ella. En estas campañas se tratan temas sobre empleo, ocio, formación, seguridad, recursos, eliminación de barreras, concienciación social y familia. Sin embargo, la sexualidad, como algo importante y necesario, no se trata en ningún caso. **Conclusiones:** Se utilizan, casi siempre, campañas publicitarias que abordan el mismo tema, dejando de lado la parte afectiva de la persona con discapacidad.

Palabras Clave: Discapacidad Física; Comunicación de masas; Integración.

Abstract

Introduction: Mass Media aims to inform, entertain, influence and persuade the public, therefore, is required to participate in the inclusion of physically disabled persons in society. **Objective:** The focus is on search advertising campaigns, the information that exists on the Physically Handicapped to promote inclusion in society. **Material and methods:** Cross-sectional study. The data used are the campaigns that have been of Physically Disabled in the years 2006-2008 in Spain. **Results:** The results show a greater number of advertising campaigns related to employment and leisure. **Talk:** The advertising campaigns on disabled people move towards integration and inclusion in society, while changing prejudices that still exist there. In these campaigns describes topics on employment, leisure, training, security, resources, removing barriers, social awareness and family. However, Sexuality, as important and necessary, it is not in any case. **Conclusions:** It is almost always used, advertising campaigns that address the same subject, leaving aside the emotional part of people with disabilities.

Key words: Physical disability; Mass media; Integration.

*Correspondencia: crp984@gmail.com

Introducción

Para comenzar, debe mencionarse la definición de la comunicación de masas (o Mass Media): Son medios de comunicación recibidos por una gran audiencia, cuya finalidad radica en formar, informar, entretener y persuadir al público que tiene acceso a ellos. Influye en su público *ideológicamente* y mediante su publicidad (Wikipedia, 2010).

Por todo ello, es necesario que la comunicación de masas participe en la inclusión de los discapacitados en nuestra sociedad, ya que durante muchos siglos, las personas con discapacidad han sido consideradas “inválidas” y socialmente inútiles, un peso muerto para la sociedad, una carga para las familias y sin valor profesional; una ideología que se debe cambiar, y la comunicación de masas es capaz de hacerlo.

Se debe tener en cuenta la necesidad de evitar enfoques superficiales sobre el tema de la discapacidad.

Un párrafo de Naciones Unidas, de “Programas de Acción Mundial para personas con Discapacidad”, dice lo siguiente: <<*Deben desarrollarse pautas, en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad, para estimular a los medios de comunicación a ofrecer una imagen comprensiva y exacta, así como una representación e informes ecuanímenes, sobre las discapacidades y los sujetos de las mismas, en la radio, la televisión, el cine, la fotografía y la palabra impresa...>>*

En este párrafo se puede observar que se manifiesta un interés y una preocupación sobre cómo presentar a las personas con discapacidad en los medios de comunicación.

Las imágenes sobre discapacidad son factores decisivos de las actitudes y comportamientos sociales ante los sujetos de la misma. Por eso resulta conveniente cuidar la formación de imágenes, conceptos y mensajes sobre los discapacitados, así como su difusión (Blanco Calvo, 1995-1996).

También cabe mencionar la idea social de que “si todo va bien en nuestras vidas, jamás tendremos ninguna dificultad relacionada con la discapacidad en el ámbito personal, social y profesional”. Nada más lejos de la realidad, ya que en diversas ocasiones las personas se encontrarán con pacientes, alumnos, profesores, albañiles etc., que presenten alguna discapacidad. Es en ese momento cuando se dan cuenta de que no estaban preparados para afrontarlo, porque pensaban que nunca iban a encontrarse en esa situación. De ahí la gran importancia y responsabilidad que debe tener la comunicación en este tema, ya que a través de ella se puede llegar a concienciar a la sociedad, y así conseguir la integración e inclusión de todas las personas con discapacidad (Raw, 2010).

Objetivos

El objetivo principal es buscar las campañas publicitarias que existen sobre discapacitados físicos para favorecer su inclusión en la sociedad.

Material y métodos

Se trata de un trabajo descriptivo transversal. La información utilizada son las campañas publicitarias que ha habido sobre discapacidad física entre los años 2006 a 2008 en España.

Como sesgo principal se encuentra la escasez de recursos en este tema, además de que no se ha podido tener contacto con las empresas publicitarias, por lo que tan sólo se ha podido seleccionar información de Internet.

Los criterios de inclusión serán aquellas campañas publicitarias encontradas del año 2006 al 2008 en España. También se incluirán sólo aquellas campañas que traten el tema de la discapacidad física.

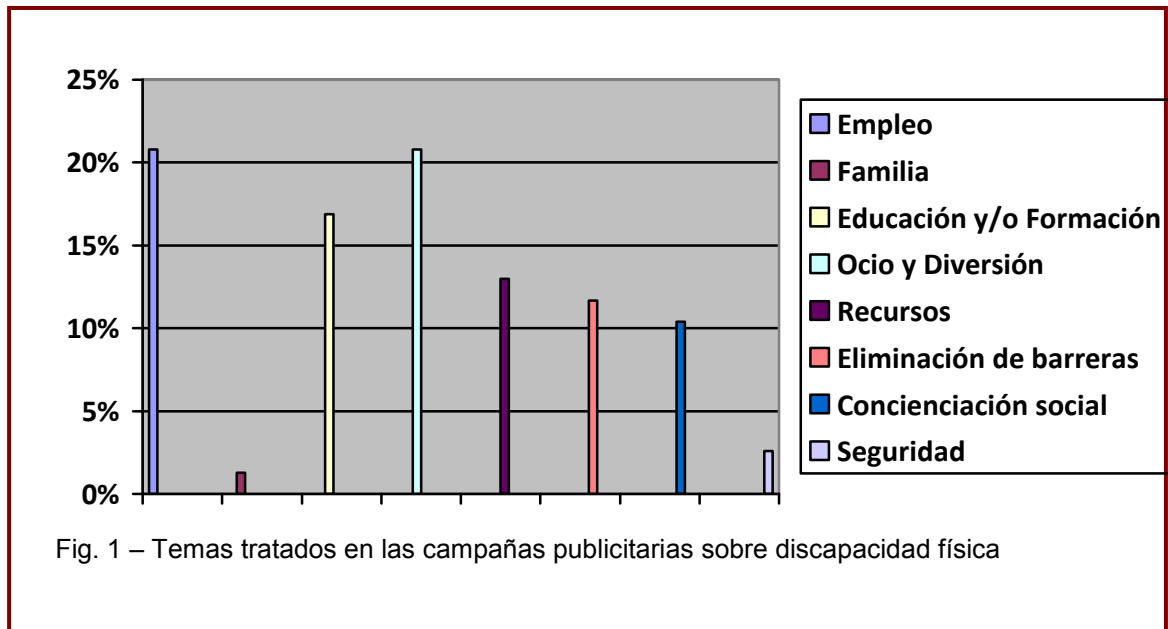
Los datos se han clasificado en varios apartados, dividiéndose según los ambientes sociales y personales que se mencionan o se observan en las diversas campañas publicitarias. Podemos enumerar las siguientes:

- Empleo
- Familia
- Educación y/o Formación
- Ocio y Diversión
- Recursos
- Eliminación de barreras (urbanísticas, arquitectónicas, técnicas, tecnológicas, etc...)
- Concienciación social
- Seguridad

Resultados

El resultado total de campañas publicitarias es de 77 anuncios (Fig. 1), de los cuáles:

- 16 (20,77%) están enfocados al empleo.
- 1 (1,29%) enfocados a la familia.
- 13 anuncios (16,88%) destinados a la educación y/o formación.
- Al ocio y diversión están destinados 16 (20,77%).
- Enfocados a los recursos existentes hay 10 (12,98%).
- A la eliminación de barreras se registran 9 (11,68%).
- Los destinados a la concienciación social son 8 (10,38%).
- Los destinados a la seguridad son 2 (2,59%).



Discusión

La publicidad que se presenta en los medios de comunicación ha llegado a ser una auténtica avalancha de mensajes generalmente infravalorados por el gran público por su obiedad y carácter banal. Su marcado perfil económico y su función de sustento de la mayoría de los medios, la convierten en un conjunto de mensajes masivos que movilizan actitudes, conductas y acciones cotidianas, teniendo como objetivo la compra o el consumo. De esta manera, la publicidad tiene una doble repercusión: como sustento de los medios de comunicación de masas y de sus contenidos, y como constructora y emisora de sus propios mensajes. Aparecen imágenes y breves representaciones de la realidad, de lo cotidiano, con una indiscutible repercusión en las representaciones individuales y sociales, como son las relacionadas con el empleo, el ocio y la educación en mayor medida, en comparación con otros temas tratados.

Socialmente se ha asumido que la persuasión es válida para objetivos comerciales; pero cuando se tratan temas ideológicos o sociales, esta persuasión no parece un camino lo bastante ético. Las organizaciones de personas con discapacidad han acabado aceptando las técnicas persuasivas porque las creen eficaces; lo han hecho quizá con cierto grado de mala conciencia, pensando que no era una técnica totalmente ética, pero el fin perseguido, que es la integración e inclusión de las personas con discapacidad, justifica los medios.

El análisis concreto de la representación de la discapacidad en los anuncios comerciales, institucionales y sociales a partir de los elementos verbales, visuales, sonoros y socioculturales,

nos dice que puede estar contribuyendo al refuerzo de estereotipos, simplificados y sesgados, sobre un colectivo plural como el de las personas con discapacidad.

Se puede detectar una cierta resistencia al abordar la discapacidad de una forma normalizada, como es el caso de una mayor integración relacionada con la seguridad y los recursos existentes. Extraño, si se tiene en cuenta que en torno al 25% de la población española, tiene discapacidad o pertenece a su entorno, por lo que el porcentaje de personas afectadas es enorme (Madero, 2010).

Resulta interesante destacar que, aunque la finalidad de las organizaciones de personas con discapacidad y de la comunicación de masas es la de la integración e inclusión de éstas en la sociedad y de normalizar sus vidas en todos los aspectos, hay un factor importante y necesario en la vida de toda persona, que las campañas publicitarias de este estudio no tratan, como es la sexualidad.

La sexualidad entre las personas discapacitadas adolescentes y jóvenes parece un tema tabú, cuando en realidad es todo un derecho.

Las personas discapacitadas, la mayoría de veces, tienen un problema sobreañadido, como es la sobreprotección que la familia ejerce sobre ellos. Es un tema polémico y delicado, ya que en todos los seres humanos el deseo y el descubrimiento de la sexualidad son señales positivas de buena salud. Pero cuando adolescentes con discapacidad comienzan a conocer personas, a querer establecer relaciones amorosas y sexuales, a buscar una vida social y a querer mostrar los sentimientos, la familia siente que pierde el control; y esta sobreprotección hace que se les trate como a niños y se les niega su derecho a la sexualidad.

Si estas personas no son informadas sobre este tema y no experimentan su sexualidad de una forma adecuada, segura y libre, además de correr riesgos, seguramente no se sentirán felices y totalmente realizadas, ya que aunque algunas personas crean que no es algo importante o tengan ciertos prejuicios al respecto, la sexualidad es un derecho y una necesidad, es una barrera pendiente de eliminar, tan importante como la eliminación de barreras en el trabajo, en las calles o en el ocio (Raw, 2010).

Conclusiones

El tema de la discapacidad siempre ha estado lleno de prejuicios sociales. Es por ello que las asociaciones y el Estado han intentado que se produzca una integración en la sociedad y una igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Aún así, siguen habiendo prejuicios muy difíciles de cambiar. Las campañas publicitarias que apoyan o dan una visión de normalidad sobre las personas discapacitadas, también se olvidan de aspectos importantes para ellos, centrándose mayoritariamente en el sector de trabajo y ocio, y dejando de lado la capacidad y la información para poder tener una vida sexual activa y el poder formar una familia.

Referencias

1. Blanco Calvo, J. (1995-1996). La discapacidad a través de la publicidad. Revista Pedagógica, 10-11, 201-212. Lacayo, R. (22 de abril de 1991). Global warming: A new warning. Time, 137, 32.
2. Madero González, D. (2010). Discapacidad en la Publicidad [monografía en internet]. Departamento de Formación, Empleo, Desarrollo, Igualdad de Oportunidades y Juventud. 2008. Consultado el día 1 de diciembre de 2010 de la World Wide Web: http://www.ccbierzo.net/portalBierzo/portalJuventud/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1859_1.pdf
3. Raw, R. (2010). "Medios de Comunicación y Discapacidad". [monografía en internet]. Agencia de Noticias por los Derechos de la Infancia y la Fundación Banco de Brasil. Pág: 92-93 Consultado el día 1 de diciembre de 2010 de la World Wide Web: <http://www.cimacnoticias.com/especial>
4. Raw, R. (2010). Medios de Comunicación y Discapacidad. [monografía en internet]. Consultado el día 1 de diciembre de 2010 de la World Wide Web: http://www.cimacnoticias.com/especiales/amndi/productos_redandi/7_medios_discapacidad.pdf
5. Wikipedia. (2010). Medios de comunicación masivos. [Sitio web]. Consultado el día 14 de abril de 2010 de la World Wide Web: http://es.wikipedia.org/wiki/Medios_de_comunicaci%C3%B3n_masivos

Comunicación sanitaria y marginalidad

Health communication and marginality

M M López Rodríguez^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 04/06/2010 – Fecha de aceptación: 27/09/2010

Resumen

Introducción: La comunicación para la salud abarca el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoran la salud. Las personas o grupos que no tienen acceso a servicios de salud o información referente al sistema de salud nacional suele ser aquella población marginada. **Objetivos:** Reunir publicaciones disponibles en determinadas bases de datos médicas sobre la comunicación sanitaria en relación con los grupos marginales. **Material y método:** Se trata de una revisión bibliográfica de lo anteriormente publicado en bases de datos sanitarias en lo referente a comunicación sanitaria y grupos marginales. **Resultados:** Dentro de los artículos encontrados la mayor parte no están relacionados con nuestro tema de estudio sino con percepciones de los profesionales de la salud, o de los usuarios, pero no con el mensaje o la comunicación en materia de salud transmitida a estas personas. **Conclusiones:** Existe poca investigación publicada a fecha de hoy en bases de datos de medicina en relación con la comunicación sanitaria dirigida a grupos marginales, tanto en español como en inglés.

Palabras clave: Comunicación; Población suburbana; Problemas sociales; Grupos marginales.

Abstract

Introduction: The health communication consists of the study and use of communication strategies in order to inform and influence both individual and community decisions to health improvement. Individuals or groups that have no access to national health system may belong to some sectors of marginalized population. **Objective:** The aim of this paper consists of collecting available publications in medical databases about health communication in relation with marginal groups. **Material and methods:** We provide a detailed review of some previously published works in health communication databases about health and marginal groups topic. **Results:** Most of found papers are not related with the topic of study but with the health professionals or users perceptions. Nevertheless, they don't provide those messages or the health communications transmitted to that people. **Conclusions:** Nowadays, there exist a small number of both English and Spanish published studies in medical databases related with health communication in marginal groups.

Key words: Communication; Suburban population; Social problems; Marginal groups.

* Correspondencia: mlr295@ual.es

Introducción

Los grupos marginales son un buen ejemplo de las condiciones sociales de la humanidad, por una parte, los grupos marginales representan no sólo un problema de una clase determinada, sino que pueden ser una muestra de la realidad social en sus distintos niveles, no obstante, cabe destacar que aunque son muchos los factores que involucran a la marginación, los aspectos más representativos en los cuales se incluye la desigualdad de género, la educación, la influencia de los medios masivos de comunicación la identidad y sobretodo la enajenación y alienación como parte de esta condición (Treviño, 2006).

La comunicación para la salud abarca el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoran la salud. Vinculada a los ámbitos de la comunicación y la salud, se está convirtiendo cada vez más en un elemento necesario para mejorar la salud pública y personal.

Las personas o grupos que no tienen acceso a servicios de salud o información referente al sistema de salud nacional suele ser aquella población marginada que incluye residentes a distancia del centro de la ciudad o de las zonas rurales o a los miembros de ciertos grupos raciales y étnicos; desfavorecidos socioeconómicamente así como a las personas, o personas con discapacidad.

A menudo las personas con mayores necesidades en materia de salud tienen el menor acceso a la información, a las tecnologías de la comunicación, la atención de la salud y servicios sociales. Incluso la mayoría de programas cuidadosamente diseñados para la comunicación en salud tendrá un impacto limitado si las comunidades marginadas no tienen acceso a profesionales de la salud, los servicios o los canales de comunicación que forman parte de un proyecto de mejora de la salud.

Las investigaciones indican que incluso después de la realización de programas de comunicación sanitaria dirigida a los grupos de menor nivel educativo y de bajos ingresos, éstos siguen estando menos informados y es menos probable un cambio de comportamiento, que aquellos colectivos con una nivel educativo superior y mayores ingresos, lo cual crea una brecha de conocimientos y deja a algunas personas crónicamente mal informadas (Freimuth, 1990).

Para la comunicación de la salud para contribuir a la mejora de la salud personal y comunitaria durante la primera década del siglo XXI, las partes interesadas, incluidos los profesionales de la salud, investigadores, funcionarios públicos y el público lego, deben colaborar en una serie de

actividades entre las que se incluye el desarrollo de alta calidad, información apropiada de audiencia y servicios de apoyo para problemas específicos de salud y las decisiones de salud para todos los segmentos de la población, especialmente las personas marginadas.

Las respuestas de la National Adult Literacy Survey indican que aproximadamente 90 millones de adultos en los Estados Unidos tienen habilidades de alfabetización marginal o inadecuada. La información escrita no es la única forma de comunicarse acerca de la salud, pero una gran cantidad de educación para la salud y la promoción se organiza en torno a la utilización de material impreso, generalmente escrita en el grado 10^o nivel o superior. Estos materiales son de poca utilidad para las personas que tienen habilidades de alfabetización limitada. El resultado es que a un gran segmento de la población se le niega los beneficios de la información y servicios sanitarios (Kirsch, Jungeblut, Jenkins, et al. 1993).

Para conseguir una equidad entre la salud de aquellos grupos marginales y los que no lo son, es básica una igualdad en la educación para la salud, y el acceso a ésta.

Si existen materiales adecuados y las personas reciben la formación necesaria será posible la educación para la salud en aquellos colectivos menos alfabetizados.

Objetivos

Esta revisión teórica tiene como objeto principal reunir publicaciones disponibles en determinadas bases de datos médicas sobre la comunicación sanitaria en relación con los grupos marginales.

Material y método

Se trata de una revisión bibliográfica de lo anteriormente publicado en bases de datos sanitarias en lo referente a comunicación sanitaria y grupos marginales.

Se comenzó la búsqueda consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en Medical Subjects Headings (MeSH). En DeCS encontramos como descriptor comunicación (comunicación) y población suburbana (suburban population). En MeSH encontramos para grupos marginales, los descriptores suburban population y social problems que incluye grupos

que podemos entender como marginales como es la prostitución.

En las bases de datos como medline o Cinahl no aparecen resultados ya que a pesar de que sí existe como descriptor la palabra comunicación (communication) no existe ningún descriptor que haga referencia a los grupos marginales propiamente dicho.

Si introducimos las palabras “marginalized group” a pesar de no ser un descriptor, junto al descriptor “communication” en medline, la búsqueda nos da un resultado de 26 referencias, de los cuales, dos artículos se refieren a grupos homosexuales, uno a prostitutas, otros dos a personas que se encuentran en la pobreza y sin hogar, cuatro a personas con VIH, ocho a minorías raciales y grupos étnicos, dos a madres marginadas, y otros dos a niños y jóvenes marginados.

En la base de datos de Biblioteconomía y documentación ISOC, en su apartado de Ciencias Sociales y Humanidades, si introducimos los descriptores en castellano comunicación y marginación nos aparecen 41 documentos, de los cuales siete son artículos posteriores al año 2000.

Resultados

Descriptores	MEDLINE	IBECS
Communication AND suburban population	1 referencia	Ninguna referencia
Communication AND social problems	167 referencias	18 referencias
Media Communication AND social problems	21 referencias	1 referencia

Tabla I. Recuento de referencias para cada uno de los descriptores utilizados

Dentro de los artículos encontrados la mayor parte no están relacionados con nuestro tema de estudio sino con percepciones de los profesionales de la salud, o de los usuarios, pero no con el mensaje o la comunicación en materia de salud transmitida a estas personas, por lo que destacamos el artículo de Jarama un estudio cualitativo exploratorio sobre la importancia de la familia, la cultura y rol de género en el contexto de riesgo de VIH entre las mujeres afroamericanas el cual reveló que las comunicaciones de los padres sobre sexualidad en las relaciones centró en gran medida en la confianza (de ser desconfiada de los hombres) y el control de la mujer de sus impulsos sexuales (Jarama, Belgrave, Bradford, Young, Honnold, 2007).

En varios estudio encontrados en las bases de datos no se habla tanto del acceso o no de los grupos marginales a la comunicación sanitaria sino más bien de cómo los medios de comunicación tratan a estos grupos. Así pues en el estudio de Rachel Harris encontramos que no sólo los periódicos representan problemas de salud mental de una manera negativa. Ya que las películas también representan a personas con problemas peligrosos de salud mental. En su revisión de la literatura teórica y empírica, Cutcliffe Hannigan (2001) indica que las representaciones de los medios de comunicación actual de los pacientes de salud mental parecen poner de relieve la violencia, la peligrosidad y la criminalidad (Harris, 2004).

Del mismo modo en el artículo de Amelia García (2001) nos habla de cómo los medios de comunicación escritos tratan a otro grupo marginal como los discapacitados y si su mensaje tiende a la integración o a la discriminación de este colectivo. Como resultado obtiene que la mayoría de los artículos de los últimos años escogen términos adecuados y con mayor cualidad integradora.

Los artículos encontrados en las bases de datos de Ciencias Sociales tampoco se ajustan al tema de estudio ya que no nos hablan de la comunicación en salud sino de la comunicación o los medios de comunicación en general, como es el caso del artículo de Carmen Aranguren (2004) en el que se trata la forma de enseñar la historia como un factor importante en la formación de una ciudadanía intercultural que no margine a grupos de otras razas o etnias, pero haciendo referencia a la importancia de los medios de comunicación dentro de este proceso.

En esta misma línea Gil González (2010) en su artículo se centra en la importancia que han

desarrollado las tecnologías de la comunicación en los últimos años en la creación de estereotipos que debido a los medios de comunicación han sido propagados en la sociedad. Este artículo profundiza en la influencia que los discursos de los medios tienen en la conformación de los estereotipos sobre las minorías más desfavorecidas como inmigrantes o prostitutas.

Uno de los escasos estudios acerca del tema de comunicación sanitaria en relación con grupos marginales que se pueden encontrar en estas bases de datos es el de Richard Oliver (2008) que nos habla de cómo una campaña mediática para la prevención del suicidio en determinados grupos de riesgo (en la población en general y particularmente en grupos marginales, grupos étnicos diversos y familiares de personas que se habían suicidado) consigue un aumento en el número de llamadas a las líneas telefónicas abiertas para momentos de crisis y disminuye el número de suicidios en la población de estudio.

Otros estudios encontrados bajo los descriptores anteriormente mencionados se desecharon ya que se centran en la comunicación en salud para otros grupos de población distintos a los marginales como es el de Anke Kirsch (2007), o el de María J. Zarza (2007) que no nos habla de la comunicación relacionada con la salud de los profesionales sanitarios o la administración hacia grupos marginales sino de los factores estresantes a los que se enfrentan ciertos grupos marginales (inmigrantes) entre ellos el uso de otro idioma.

Por último destacar un estudio que, aún no hablando de la comunicación sanitaria en sí, nos habla de la mayor tasa de contagio del VIH, incluso en los últimos años, en el sur de Estados Unidos debido a la existencia de comunidades de minorías étnicas y personas con menor acceso a recursos sanitarios, y de cómo un proyecto llevado a cabo mediante fotografías que hacían los propios individuos y un posterior diálogo crítico sobre las imágenes se pudo ayudar a las personas con VIH a conocer mejor su enfermedad y la forma de convivir con ella, ofreciendo a los grupos más marginales la oportunidad de ser los autores de las historias que representan, cómo viven su enfermedad y siendo de utilidad esta comunicación mediante imágenes y palabras para ayudar a otros en su situación (Rhodes, Hergenrather, Wilkin, 2008).

Conclusiones

Es algo evidente la poca investigación publicada a fecha de hoy en bases de datos de medicina en relación con la comunicación sanitaria dirigida a grupos marginales, tanto en español como en inglés.

La mayoría de los artículos se refieren a las representaciones de ciertos colectivos en los medios de comunicación de masas pero no en la información que a estos grupos les llega acerca de programas de prevención y promoción de la salud.

Es por esto por lo que dada la importancia que muchos estudios dan a la comunicación en salud quizá se debería investigar más en comunicación sanitaria dirigida a ciertos colectivos marginales especialmente susceptibles de necesidades en materia de salud y que paradójicamente gozan, según hemos comprobado en estudios realizados en EEUU, de un menor acceso a este tipo de comunicación.

Referencias

- Aranguren, C. (2004). Ciudadanía intercultural, enseñanza de la historia y exclusión social. Memorias de las V jornadas de Investigación Humanística y Educativa, 256.
- Fernández de Villalta, J.M. (2004). Exclusión, empleo y tecnologías de la información y comunicación. Asociación Estatal de centros.
- Freimuth, V.S. (1990). The chronically uninformed: Closing the knowledge gap in health. *Communication and Health: Systems and Applications*.
- García, A. (2001). Medios de comunicación escrita, discapacidad y empleo. *Integración*, 37, 11-17.
- Gil González, J.C. (2010). Las tecnologías de la comunicación y las minorías: Análisis y perspectivas. *Razón y palabra [en línea]*. 15 (71). Disponible en: www.razonypalabra.org.mx
- Harris R. (2004). Medios de representación de las personas con problemas de salud mental. *Worcestershire Salud Mental Asociación*, 100, 33.
- Jarama, S.L., Belgrave, F.Z., Bradford, J., Young M., Honnold, J.A. (2007). Aspectos familiares, culturales y de género en el contexto de riesgo de VIH entre las mujeres afroamericanas no identificadas de VIH: un estudio cualitativo exploratorio. *AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19 (3), 307-317.
- Kirsch, A., Brunnhuber, S. (2007). Facial expression and experience of emotion in psychodynamic interviews with patients with PTSD in comparison to healthy subjects. *Psychopathology*, 40, 296-302.
- Kirsch I., Jungeblut, A., Jenkins, L., et al. (1993). Adult Literacy in America: A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey. National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.
- Oliver, R.J., Spilsbury, J.C., Osiecki, S.S., et al. (2008). Brief report: Preliminary results of a suicide awareness mass media campaign in Cuyahoga county, Ohio. *Suicide&live. Threatening Behavior*, 38, 245-249.
- Rhodes, S.D., Hergenrather, K.C., Wilkin, A.M. (2008). Vision and voices: Indigent persons livin with HIV in the Southern United States use photovoice to create Knowledge, develop

Partnerships, and take action. Health promotion practice, 9, 159-169.

- Sampedro, V.F. (2004) Identidades mediáticas e identificación mediatizada. CIDOB d'Afars internacionals.
- Treviño, A. (2006, Noviembre 9) Sedesol federal y los grupos marginales. Hoy Tamaulipas [online]. Disponible en: <http://www.hoytamaulipas.net/?v1=notas&v2=14950>
- Zarza, M.J., Sobrino, M.I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en EE.UU vs España: Una revisión bibliográfica. Anales de psicología, 23, 72-84.