

Volumen 1 - Número 1 - Enero - Junio - 2010

ISSN: 1989-9882

Editorial

Reflexiones ante nuestro nacimiento

Miguel Muñoz-Cruzado y Barba

1

Artículos

Comunidades web como herramienta para la promoción de la salud y prevención de enfermedades

F Estévez González

3

Crisis sanitaria: vacuna del virus del papiloma humano

M.M. Vergel Rodríguez

9

Publicidad y tabaco: efectos en su consumo tras la nueva ley antitabaco en España

M.M Rodríguez Martínez

23

Publicidad y alcohol: situación de España como país miembro de la Unión Europea

V. Tortosa Salazar

30

Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera

R. Mirón González

39

Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades

D. Catalán Matamoros, M. Muñoz-Cruzado y Barba, M.T.

Fuentes Hervías

50

Reflexiones ante nuestro nacimiento

Reflexions on our birth

Habla para que yo te conozca.
(Sócrates, 470 a.C.-399 a.C.)

De las diversas acepciones del término comunicación (Del lat. *Communicatio*, -onis) que ofrece la Real Academia Española, nos parece oportuno adoptar la que define a este fenómeno como *la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor*, es decir, que el proceso de la comunicación exige la condición previa de un código común entre las partes a comunicarse.

Si lo que vas a decir no es más bello que el silencio: no lo digas. (Proverbio árabe)

Cotidianamente, asistimos a discusiones entre individuos que, tras largos y a veces enconados debates, acaban diciéndose algo parecido a ¡Pero si eso es lo que yo estaba diciéndote!; señal inequívoca de que el problema estaba en el uso de un código diferente entre ellos para expresar el mismo parecer.

Ella había perdido el arte de la conversación, pero no la capacidad de hablar.
(George Bernard Shaw, 1856-1950)

El problema cada día va en aumento. La instrucción recibida desde los diversos currículos formativos de los científicos hace que la aceleración que ofrece la multiplicidad de medios de que hoy gozamos esté infrutilizada para el desarrollo de la Ciencia como tal y de las ciencias que la sustentan.

La mayoría de las ideas fundamentales de la ciencia son esencialmente sencillas y, por regla general, pueden ser expresadas en un lenguaje comprensible para todos.
(Albert Einstein, 1879-1955)

Pero aún más grave, si cabe, que esta desaceleración al desarrollo científico, la diversidad de códigos usados por los medios de comunicación de masas hacia una población inadecuadamente formada, produce graves trastornos en la salud, ya que, como se definió en la Conferencia de Alma Ata (1947), la salud es el perfecto estado bio-psico-social y no solo la ausencia de enfermedades.

Una palabra hierde más profundamente que una espada.
(Robert Burton, 1577-1640)

Sin pretender determinar todas las causas de esta Torre de Babel en que se está convirtiendo nuestra sociedad actual, citaremos la invasión de términos extraños al lenguaje común, palabras traídas de otros idiomas cuya traducción se hace por términos de parecida morfología pero que en el idioma de origen tienen otros significados. Citemos, por ejemplo, el ya arraigado vocablo "evento" (Del inglés *event* = suceso, acontecimiento) que, si bien en otros países de habla hispana, como Cuba, El Salvador, Venezuela, Uruguay, Méjico y Perú, tiene adoptado ese mismo significado, en español significa eventualidad, hecho imprevisto, o que puede acaecer (Diccionario de la RAE). O sea, el correcto uso de la palabra evento sería para referirse a un infarto, un accidente, un seísmo o una catástrofe inesperada, pero en ningún caso se debería emplear para referirse a un congreso, la celebración de una fiesta o algo similar, como a diario se oye en los foros socialmente más acreditados (medios de comunicación, discursos políticos y, desgraciadamente,

académicos), con muy alta difusión y calado en la población general.

Más que las ideas, a los hombres los separan los intereses.
(Alkexis Tocqueville, 1805-1859)

Pero la razón de este fenómeno “babeliano” no se reduce al citado empleo indebido de términos provenientes de otras culturas. A veces, las causas pueden ser los intereses personales del emisor por destacar, adoptando posiciones culturalmente esnobistas, o institucionales, desinformando para intentar aumentar réditos materiales de ciertos colectivos.

La ambición de dominar los entendimientos es la peor de las ambiciones.
(Robert Morley, 1908-1992)

Un claro ejemplo de ello puede ser la forma en que se ha ido dando la noticia acerca de la Gripe A en los medios de comunicación. Gran cantidad de personas, incluidos científicos, aunque de dudoso conocimiento en epidemiología y demostrado desconocimiento acerca de la Salud, han vertido su “sabiduría” en este tema provocando una alarma social muy sospechosa.

Hay mucho que decir en favor del periodismo moderno. Al darnos las opiniones de los ignorantes, nos mantiene en contacto con la ignorancia de la comunidad.
(Óscar Wilde, 1854-1900)

De una parte, se puede pensar en la cantidad de enteros que los autores de los artículos y los entrevistados en los medios audiovisuales han pretendido sumar en el ámbito del prestigio social, pero, de otra, también se debe pensar en los intereses económicos de los países a los que les ha podido beneficiar el hecho de que la citada enfermedad apareciera en Méjico, lo que ha supuesto una gran merma del interés turístico mundial por aquel país.

Nunca se logra ningún beneficio sin perjudicar a otro.
(Michel Eyquem de Montaigne, 1533-1592)

Esta última idea no es sino producto de la observación sobre las diferencias formas con que los medios de comunicación abordaban las noticias sobre la Gripe A cuando su existencia solo se ceñía a una determinada zona de Méjico (temida enfermedad con elevado índice de mortandad y muchas posibilidades de convertirse en una pandemia) y la adoptada en la actualidad, cuando ya ha llegado a nuestro país (ahora se da la noticia del fallecimiento de una persona afecta de la enfermedad diciendo que se trata de una complicación a un grave padecimiento previo, ya que la enfermedad es más benigna que la gripe común estacional y, aunque pandemia, es tan leve y la tenemos tan dominada que no hay nada que temer).

El lenguaje de la verdad debe ser, sin duda alguna, simple y sin artificios.
(Lucio Anneo Séneca, 2 a.C.- 65)

Sirvan las anteriores reflexiones como punto de partida sobre la filosofía que pretende iluminar esta neonata Asociación Española de Comunicación en Salud (AECS). En un mundo en el que el cúmulo de noticias que llega a cada mente humana tiene tan considerables dimensiones y diversos intereses, es necesaria la existencia de un grupo de comunicadores que, interesados por la salud de la población general, permanezca fiel a un código común, que impida falsas interpretaciones, y a un código ético, que impida la desinformación, pues, como dejó dicho el filósofo Ludwig Wittgenstein (1889-1951), “*Lo que se deja expresar, debe ser dicho de forma clara; sobre lo que no se puede hablar, es mejor callar*”.

M Muñoz-Cruzado y Barba

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

Revisión

Comunidades web como herramienta para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Web communities as a tool for health promotion and disease prevention.

F Estévez González ^{1,*}

¹ Servicio de Urgencias. Hospital de Poniente de Almería.
Fecha de recepción: 12/10/2009 – Fecha de aceptación: 04/02/2010

Resumen

El uso de las nuevas tecnologías de la comunicación e Internet se ha convertido en un recurso muy importante tanto para usuarios con problemas de salud como para profesionales.

Se pretende conocer las aportaciones a la prevención y promoción de la salud por parte de las comunidades web e Internet, para lo que se ha realizado una búsqueda de información en diferentes bases de datos en inglés y español, donde se han seleccionado los artículos más relevantes que relacionan salud y comunidades web.

La presencia de comunidades web relacionadas con la salud está en expansión, siendo un fenómeno que ya ha mostrado beneficios en la prestación de servicios a través de Internet, como medio complementario de educación sanitaria y en pacientes pediátricos hospitalizados o en condición de aislamiento.

Palabras clave: Comunidad virtual, Internet, web, salud.

Summary

The use of the new technologies of the communication and Internet has turned into a very important resource so much for users with problems of health as for professionals.

We try to know the contributions to the prevention and promotion of the health on part of the web and Internet communities, for what we have realized a search of information in different English and Spanish data bases, where there have been selected the most relevant articles that relate health and web communities.

The presence of web communities related to the health is in expansion, being a phenomenon that has already showed benefits in the rendering of services across Internet, as complementary way of sanitary education and in paediatric hospitalized patients or in condition of isolation.

Key words: virtual community, Internet, web, health.

* Correspondencia: 654972780@amena.com

Introducción

Las nuevas tecnologías de la información están experimentando un gran auge en la última década, convirtiéndose en algo indispensable para usuarios y profesionales de la salud de todo el mundo.

El acceso a la información y servicios sanitarios a través de Internet está suponiendo una revolución en la forma de conocer e incluso vivir los problemas de salud. Son muchas las asociaciones de pacientes y de profesionales sanitarios que están presentes en este medio, de forma que la cantidad de información sanitaria a la que podemos acceder en la red puede llegar a desbordarnos.

A pesar de ello, no son muchos los estudios que traten de arrojar algo de luz al uso e impacto que estas nuevas tecnologías están ejerciendo sobre la población y sobre la comunidad terapéutica.

Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es conocer las aportaciones que realizan las comunidades web o virtuales, y el uso de Internet, a los individuos implicados en los procesos de promoción de la salud así como prevención de enfermedades.

Metodología

Se ha realizado una revisión de documentos dentro de la producción científica relacionada con la salud y las nuevas tecnologías. Dicha revisión se ha basado en la búsqueda de los estudios publicados e indexados en bases de datos nacionales e internacionales, realizándose en CUIDEN, ENFISPO, LILACS, IME, PUBMED (a través de Pubmed y Ovid), CAB HEALTH y CINAHL. Realizada durante el primer trimestre del 2009

Los descriptores y operadores utilizados para la estrategia de búsqueda han sido los siguientes:

- Bases inglesas: “virtual community” / “virtual community” AND health / Virtual AND community AND health / web AND health / web AND community AND health / internet AND health
- Bases hispanas: “comunidad virtual” / “comunidad web” / comunidad AND salud / web AND salud / Internet AND salud

Resultados

Con las principales estrategias de búsqueda usadas se han encontrado una ingente cantidad de artículos, la inmensa mayoría publicados en los últimos 10 años, por otro lado previsible y debido a la corta vida que poseen las nuevas tecnologías, y sobre todo, a su progresivo acceso y difusión entre la población.

Las estrategias de búsqueda que han proporcionado mejores resultados se detallan a continuación:

Descriptor	CUIDEN	ENFISPO	LILACS	IME
Internet AND salud	116	16	11.280	4
Comunidad AND virtual AND salud	17	0*	21	0

* Sólo es posible buscar 2 palabras simultáneamente, se realiza la búsqueda con:

- Comunidad AND virtual: 0
- Comunidad AND salud: 132
- Virtual AND salud: 4

Descriptor	MEDLINE (acceso PubMed)	MEDLINE (acceso Ovid)	CINAHL	CAB Health
Internet AND health	14825	339	6000	39
Community AND virtual AND health	214	4	85	0

Del total de artículos encontrados se han seleccionado los más interesantes y con mayor aportación al campo de la salud mediante el uso de las nuevas tecnologías e Internet.

Discusión

Las nuevas formas de comunicación y las tecnologías de la información nos brindan un abanico de posibilidades para interactuar en comunidad, como sucede con Internet. Algunas de las principales barreras para su uso son el acceso, los conocimientos y actitudes de las personas sobre el manejo de ordenadores y el volumen de información y calidad de los recursos, por lo que el grupo de edad más entusiasta y seguidor de las nuevas tecnologías y de Internet son los jóvenes y adolescentes ¹.

En zonas dispersas o rurales se ha constatado que el uso de los blogs es una nueva forma de comunicar actividades saludables y pautas de promoción de la salud ^{2,3}, salvando distancias en recomendaciones sanitarias.

Las comunidades virtuales facilitan el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de autoayuda. En España, aunque no se dispone de datos específicos sobre el uso de comunidades virtuales de salud, conocemos que casi un 31% de los usuarios de Internet participa en comunidades virtuales de algún tipo a través de foros y mensajería instantánea. Las comunidades virtuales pueden revolucionar la asistencia sanitaria, pues favorecen el cambio del actual paradigma centrado en las instituciones por un modelo centrado en los pacientes⁴. Esto se enmarcaría dentro de un contexto de cambio global de los sistemas sanitarios, donde los pacientes desempeñarían un papel cada vez más relevante.

Son muchos los artículos que tratan de orientar a profesionales, pacientes y familiares en la búsqueda de contenidos adecuados para la prevención y promoción de la salud en la red^{5,6,7}. Estos contenidos contribuyen al acercamiento de asociaciones de profesionales y usuarios en entornos virtuales, blogs y comunidades web, potenciando la interacción entre ellos.

Algunos estudios reflejan que la prestación de servicios de salud a través de Internet (teleconsulting) es un modo innovador de mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y la información a la comunidad, mediante la discusión animada, abierta y explícita^{8,9,10}.

Con respecto a la utilidad de las comunidades web en pacientes pediátricos hospitalizados o en situación de aislamiento, se ha demostrado que sirven de foro interactivo en el que los niños aprenden sobre su enfermedad y expresan sus esperanzas y miedos con otros niños que afrontan problemáticas similares, teniendo gran potencial como medio educacional e instrumento terapéutico¹¹. También se han usado las nuevas tecnologías en estudios para la prevención de la obesidad infantil con buenos resultados^{12,13} incidiendo en que la prevención debe ser abordada con intervenciones desde varias perspectivas.

Otros Estudios efectuados en adultos han analizado la creación de comunidades virtuales como medio supletorio de interrelación y difusión de información sobre prevención y promoción de la salud con resultados satisfactorios^{14,15} aunque su importancia en el resultado final no está bien definida, ya que se realizan conjuntamente con intervenciones más complejas y mediación de profesionales sanitarios.

Mediante estos foros los pacientes proporcionan al sistema sanitario información que puede ser motor de avances en la prestación de cuidados y contribuyendo así a la mejora de los sistemas de salud, pues podemos obtener información centrada en los pacientes y referente a sus necesidades, preferencias, contribuciones y experiencias^{16,17}. En sistemas de salud centrados en el paciente las comunidades virtuales potencian la participación del paciente, la información accesible y una mayor independencia y control de su cuidado.

Conclusiones

Las posibilidades de interacción que brindan las nuevas tecnologías e Internet es cada vez más amplia.

La mayor relevancia la adquieren las comunidades de profesionales y las de asociaciones de usuarios, en donde participan y se enriquecen ambos, salvando la unidireccionalidad de los sitios web que se limitan a dar información. Para ello se suelen usar herramientas de retroalimentación representadas por el correo electrónico, los foros o los chats, siendo muy limitado el uso de la videoconferencia.

Los campos en donde mayor beneficio se ha obtenido han sido la prestación de servicios a través de Internet (sobre todo en lugares de dispersión geográfica), en el uso de las comunidades web como complemento al trato directo con personal sanitario y, sobre todo, en pacientes pediátricos hospitalizados o en condición de aislamiento, aunque no está claro cual es el peso de estos sobre el resultado final global.

Referencias

1. Puig González L, Barranco Peña F, Carrera Vidal M, Rosell Nebreda O, Sáez Pastor V. Consulta virtual de educación para la salud en adolescentes. *Metas de Enfermería* 2003;60:62-65.
2. Martínez Lao MT, Oliva Oliva JM, Lozano de Cruz C, Gil R. Blogs: Una nueva forma de promocionar la salud en el medio rural (web 2.0). *Rev Paraninfo Digital*, 2008;3. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/para/n3/p061.php>.
3. Martínez Lao MT, Fernández Delgado FJ; Tejeira Lao MJ. Promocionando la salud de las cuidadoras en el medio rural: portal www.cuidadoras.net. *Rev Paraninfo Digital*, 2008;3. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es:80/para/n3/o034.php>.
4. Jimenez Pernet J. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. En: Hernandez E y Gomez-Zuniga B (coords.as). *Intervención en salud en la Red. UOC Papers 2007*; 4. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf>.
5. Pancorbo Hidalgo PL. Salud Mental en Internet. *Inquietudes* 2005;11(32):24-25.
6. Pancorbo Hidalgo PL. Enfermería Traumatológica en Internet. *Inquietudes* 2006;12(34):30-31.
7. Pancorbo Hidalgo PL. Educación diabetológica en internet. *Inquietudes* 2004;10(30):38-39.
8. Valenzuela JI, Arguello A, Cendales JG, Rizo C. Web-Based Asynchronous Teleconsulting for Consumers in Colombia: A Case Study. *J Med Internet Res* 2007;9(4): e33.
9. Hoffman-Goetz L, Donelle L. Chat Room Computer-Mediated Support on Health Issues for Aboriginal Women. *Health Care for Women Internacional* 2007;28:397-418,
10. Godden DJ, Aaraas IJ. Making it work 2: using a virtual community to focus on rural health issues. *Rural and Remote Health* 2006;540. Disponible en: <http://www.rrh.org.au>
11. Battles HB, Wiener LS. Starbright world: Effects of an Electronic Network on the Social Environment of Children With Life-Threatening Illnesses. *Children's health care* 2002;31(1):47-68.
12. Eisenmann JC, Gentile D, Welk G, Callahan R, Strickland S, Walsh M, Walsh D. Switch: rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity. *BMC Public Health* 2008;8:223. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/223>
13. Thompson DA, Lozano P, Christakis DA. Parent Use of Touchscreen Computer Kiosks for Child Health Promotion in Community Settings. *Pediatrics* 2007;119:427-434. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/3/427>
14. Cox A, Boehm M, Summers R, Spyt T. Using a virtual community to support healthcare. *Quality in Primary Care* 2003;11:143-5.
15. Gunther Eysenbach JP, Marina Englesakis CR, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004;328:15.
16. Winkelman WJ, Choo CW. Provider-sponsored virtual communities for chronic patients: improving health outcomes through organizational patient-centred knowledge management. *Health Expectations* 2003, 6, pp.352-358.
17. Baker DB. Patient-Centered Healthcare: The Role of the Internet. *Dis Manage Health Outcomes* 2001;9(8):411-420.

Revisión

Crisis sanitaria: Vacuna del Virus del Papiloma Humano.

Health crisis: Human Papillomavirus Vaccine.

M.M. Vergel Rodríguez^{1*}

DUE. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 115/10/2009 – Fecha de aceptación: 24/01/2010

Resumen

En la actualidad la información sanitaria se podría catalogar de bien público y más aún en situaciones de crisis sanitaria. Por lo que, las autoridades sanitarias, deben sentirse en la obligación de ofrecer una información contrastada, completa y prudente; de tal forma que las instituciones sanitarias poseen numerosas fuentes a las que acudir, elaboradas en los últimos años, para la comunicación efectiva y bien realizada de riesgos y/o crisis sanitarias. Otro agente que es determinante en la comunicación en estos casos son los medios de comunicación, los cuales deben velar por una información fidedigna y no alarmista. De manera que cuando acaece una crisis o riesgo sanitario, interactúan instituciones sanitarias, población y medios de comunicación, siendo primordial un flujo adecuado de información. Pero ¿existe ese flujo adecuado?, ¿el tratamiento de la información por parte de ambos es adecuado? En el presente artículo, tras valorar sus actuaciones con guías internacionales y códigos de buenas prácticas a través de un acontecimiento actual en España, se deduce que es correcta con algunos matices; y que existen más intereses que influyen en esta crisis (que, posiblemente, no se conocen de forma colectiva).

Palabras clave: comunicación, medios de comunicación, alertas, guía, códigos éticos.

Abstract

Currently the sanitary information would be able to catalogue of well public and more still in situations of sanitary crisis. For which the sanitary authorities should be felt in the obligation to offer an information contrasted, complete and prudent, for which the sanitary institutions possess numerous sources to the ones that to respond, elaborate in recent years, For the effective communication and well carried out of risks and/or sanitary crisis. Another agent that is determinant in the communication in these cases is the mass media, which should watch for a not alarmist and trustworthy information. So that when a crisis happens or sanitary risk, they interact sanitary institutions, population and mass media, being fundamental an adequate flow of information. But, that adequate flow exists? The information processing on the part of both is adapted? In this article, after valuing their actions with international guides and codes of good practices through a current event in Spain is deduced that is correct with some shades and that interests exist more than influence in this crisis and that, possibly, themselves they are not known of collective form.

Key words: communication, mass media, alert, guideline, codes of ethics.

* Correspondencia: vergel_enf@hotmail.com

Introducción

A lo largo de los últimos 20 años presenciamos, cada vez con más frecuencia, la irrupción en la sociedad de situaciones repentinas de riesgo y alarma para la salud que poco tienen en común con las clásicas epidemias. Desde el episodio del envenenamiento masivo por el aceite tóxico (aceite de colza, episodio importante acaecido en España) hasta el episodio de las “vacas locas”, hemos pasado por otras crisis, en España, Europa y el resto, al menos, de Occidente. Por ejemplo, la contaminación de alimentos por dioxinas en Bélgica, la exposición a uranio empobrecido en la guerra de los Balcanes, los alimentos transgénico, la peste porcina, la gripe aviar o las revueltas ciudadanas por la colocación masiva de antenas de telefonía móvil. El elemento común en todas estas situaciones ha sido que la población las percibe como de riesgo elevado, y exige una respuesta inmediata por parte de los responsables sanitarios¹.

Las situaciones de emergencia ocurren de forma inesperada, la población no percibe que les vaya a suceder nada en el lugar en el que viven, ni tampoco a las personas cercanas; pero las emergencias ocurren y nos afectan a todos de manera directa o indirecta². De manera que ante tal panorama, las administraciones sanitarias deben saber qué decir, cómo, cuándo, quién, a quién, de qué manera, empleando qué medio o qué soporte... convirtiéndose esto en una situación difícil si no se cuenta con una previsión o esquema de actuación claro.

En un mundo de información imperfecta, la información sanitaria puede ser catalogada como un bien público, por lo que las autoridades sanitarias deben sentirse en la obligación de ofrecer una información contrastada, completa y prudente ante el impresionante aumento de fuentes de información sanitaria. Desde el propio Ministerio de Sanidad y Política Social se reconoce que la proliferación de fuentes podría traducirse “en expectativas y demandas de la población, en ocasiones poco adecuadas”³.

Las instituciones sanitarias poseen numerosas fuentes a las que acudir, elaboradas en los últimos años, para la comunicación efectiva y bien realizada de riesgos y/o crisis sanitarias. Así, la OMS⁴ refiere 5 apartados fundamentales para tales eventos: confianza, anuncio precoz, transparencia, el público y planificación; en la que se recogen los siguientes puntos principales:

- Diseñar un Plan de Crisis que establezca las pautas de comportamiento corporativo ante una emergencia.
- Designar portavoces.
- Nombrar un Comité Permanente de Crisis que respalde al departamento de Comunicación y Portavoces. El comité se reunirá fuera del lugar de trabajo y guardando la máxima confidencialidad en torno a la información manejada.
- Poner en marcha un sistema de seguimiento de medios de comunicación y atención de llamadas telefónicas.

- En una situación de crisis, la institución se convierte en objeto mediático. Los objetivos del Plan de Crisis serán minimizar los posibles efectos negativos que pueda tener la información de los medios de comunicación y restaurar la credibilidad de la institución.
- Preparar y aprobar los mensajes, argumentario y materiales de comunicación.
- La información que se transmita desde la institución debe cumplir cuatro condiciones: ser verídica, precisa, tranquilizadora y dinámica.

Otro sector que forma parte fundamental en la comunicación de los riesgos, nombrada anteriormente, son los medios de comunicación, los cuales deben velar por una información fidedigna y no alarmista. En el Foro Internacional de Comunicación del Riesgo, celebrado en Barcelona en el 2004⁵, se sintetizaron diez puntos que establecen que la comunicación sobre los riesgos naturales ha de servir al objetivo principal de prevenir a la población, respecto a su seguridad, y que las administraciones tienen el deber de facilitar a los ciudadanos la información asociada al riesgo y junto con los emisores favorecer la reflexión y contribuir a la educación en lugar de propiciar la alarma innecesaria. Estos emisores, con formación y conocimiento de los protocolos necesarios para el tratamiento de la información, en situaciones de crisis, deben defender los derechos de los afectados y colaborar con las administraciones públicas y comunidad científica; además de ser más allá de las situaciones de crisis y unificar criterios de comunicación para permitir la prevención y la autoprotección.

Los medios de comunicación cuentan con un código deontológico que, además de respaldar su profesión como sujeto e instrumento de la libertad de expresión, recoge estar sometido a los límites que impidan la vulneración de otros derechos fundamentales, como la información veraz y honesta^{6,7}.

Pero también se debe reconocer que los medios de comunicación tienen especial sensibilidad ante ciertas situaciones; de manera que en aquellas crisis en las que hay alguna institución o persona a las que responsabilizar; o cuando es evidente que se intentan falsear u ocultar datos, serían especialmente atractivas para los medios de comunicación. Y así, una buena historia es aquella en la que tanto los intereses del público como los de los medios se refuerzan recíprocamente^{1,8}.

De manera que, cuando acaece una crisis o riesgo sanitario, interactúan instituciones sanitarias, población y medios de comunicación, siendo primordial un flujo adecuado de información (en sus numerosas dimensiones).

Muchas de las crisis sanitarias van acompañadas de críticas por parte de la población y de los medios hacia las instituciones, acusándolas de ocultar información o de primar intereses más o menos velados (económicos o industriales) y que las autoridades no trabajan en primer lugar por la salud o intereses de los ciudadanos^{1,9}. El contraargumento de los responsables suele ser el de actuar para evitar la alarma social de que responsabilizan, en gran medida, a los medios de comunicación, que tienen como objetivo generar crisis ficticias para mejorar sus ventas; sustentando esto en noticias de tipo alarmista⁵.

Tal contradicción de argumentos sugiere que el problema de la comunicación dista de estar resuelto y quienes más resultan lesionados en la confrontación son la población y las instituciones^{8,10}. Las instituciones sanitarias, al fin del al cabo, se encuentran en el ojo del huracán en este tipo de eventos, ya que su situación en la administración la hace receptora de problemas y emisora de respuestas para los mismos. Pero en la práctica poco preparada para abordar temas como la percepción de los riesgos, a caballo entre la Psicología, sociología y la salud pública, y así comunicarlos de una forma adecuada.

No se debe olvidar que el objetivo estratégico de la comunicación de riesgos es disminuir la preocupación del público sobre ciertos riesgos para la salud¹¹ y llevar el riesgo percibido en línea con el riesgo real, de tal modo que las políticas resultantes sean adecuadas y razonables. A su vez, se debe tener en cuenta, y reconocer a los medios de comunicación como agentes amplificadores de los riesgos percibidos y no obviar su papel fundamental en la comunicación de los mismos, para conseguir una comunicación entre todos (principalmente instituciones y comunicadores) que minimicen conductas alarmistas y favorezca una comunicación correcta ante estas situaciones.

Para aproximarnos a la realidad de la comunicación de riesgos sanitarios en Europa, se toma como referencia la crisis suscitada en el territorio español por los acontecimientos relacionados, en un primer momento, con la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH). Se plantea una comparativa entre la guía de la OMS (Outbreak Communication Guidelines) y el tratamiento de la información por parte de las instituciones, representadas en el Ministerio de Sanidad, la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) y la European Medicines Agency (EMA).

En otro apartado también se examina el tratamiento de la información por parte de los medios de comunicación nacionales en comparativa con el código deontológico de la profesión periodística^{6,7} y el decálogo de la comunicación de riesgos descrito en el Foro Internacional de comunicadores de RINAMED (2004)¹².

Material y métodos

Para contextualizar el escenario, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el VPH y la/s vacunas disponibles en el mercado, tras la cual se eligió parte del texto correspondiente al grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones¹³ que fue aprobado por la Comisión de Salud Pública (Septiembre 2007) y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en octubre de 2007.

EL VPH representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, se conocen más de 100 tipos virales que se clasifican en tipos de alto y bajo riesgo según sea su capacidad oncogénica. Los tipos 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 58, 59 y 66 son carcinogénicos para los humanos y considerados de alto riesgo y los incluidos como tipo 6 y 11, son de bajo riesgo y posibles carcinógenos (según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC).

Alrededor del 70% de los casos de cáncer de útero en el mundo son producidos por el VPH tipo 16 o 18. Los VPH tipo 6 y 11 son los responsables de un porcentaje elevado de displasias cervicales leves y más del 90% de las verrugas genitales o condilomas. Habitualmente las infecciones por VPH ceden de forma espontánea en dos años, pero pueden persistir y evolucionar en 20 – 30 años a un cáncer cervical. Por ello, la detección precoz mediante cribados sistemáticos representa una estrategia de prevención secundaria muy eficiente para prevenir el cáncer cervical.

La prevalencia del VPH está relacionado con la edad, siendo más elevada al inicio de las relaciones sexuales (15-25 años de edad), produciéndose una disminución muy marcada entre los 25-40 años para estabilizarse a partir de esta última edad. En España se posee una prevalencia de las más bajas de Europa, acreedor de 3,4% (Sanjosé, 2003), aunque hay valores más altos en mujeres que acuden a centros asistenciales, un 10% (González, 2006) o un 17% (Múgica, 1992); además dependiendo del estudio se han detectado distintos tipos de VPH como más frecuentes pero todos asociados a mayor riesgos si hay mayor número de parejas sexuales y una ligera tendencia decreciente con la edad.

La incidencia de cáncer de cuello de útero la hace colocarse en el segundo tumor en frecuencia en las mujeres del mundo, aunque en España la incidencia del cáncer cervical en una de las más bajas de Europa (tasa estandarizada en 2002 de 7,6 casos por 100.000 mujeres), aunque la distribución geográfica no es homogénea.

También España posee una tasa mortalidad con respecto al cáncer de cuello de útero de las más bajas de Europa (en 2004 2 muertes por 100.000 mujeres, INE).

Pero aunque la tendencia temporal del cáncer de cuello de útero en España es menor con una reducción global de un 0,7% anual (1986-2000), no se trata de una reducción homogénea sino que aumenta un 4,1% anual en las mujeres entre 20-39 años, probablemente debido a cambios socioculturales que han modificado la probabilidad de la exposición al virus en sucesivas generaciones de mujeres.

En el mercado y aprobadas por las Agencias correspondientes, existen dos vacunas para el VPH: Gardasil (trivalente recombinante, que incluye los tipos 6, 11,16 y 18) y Cervaix (bilavente recombinante que incluye tipos 16 y 18).

Gardasil es una vacuna para la prevención de la displasia cervical de alto grado (CIN 2/3), carcinoma cervical, lesiones displásicas vulgares de alto grado (VIN 2/3) y las verrugas genitales externas, relacionadas causalmente con los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH.

La eficacia de Gardasil, en mujeres sin infección previa, es del 95-100% entre las manifestaciones descritas en el párrafo anterior, aunque no es tan evidente frente a neoplasia vulvar y vaginal.; así como también a pacientes previamente infectados.

Los resultados de inmunogenicidad dan respuestas superiores al 99% y niveles más altos en los grupos de menores de 12 años.

La persistencia de inmunidad es entre 2 y 5 años dependiendo del grupo de edad, e incluso se ha demostrado una respuesta inmunitaria de memoria después de 5 años de administración de la misma.

La introducción de un programa de vacunación frente al VPH no eliminará la necesidad del cribado que ya se realiza ya que el cáncer puede estar producido por otros tipos no incluidos en la vacuna.

Desde una perspectiva de Salud Pública sobre el uso de la vacuna frente a VPH se establecen las conclusiones siguientes:

- Ante una recomendación de vacunación universal, la estrategia que garantiza una óptima efectividad es la vacunación de niñas antes del inicio de la actividad sexual.
- Existen otras opciones adicionales a la vacunación universal, a considerar en un futuro, que estarían condicionadas a la eficacia de la vacuna en edades en las que ya se ha estado expuesta a la infección y a la cobertura a alcanzar.
- Se desconoce la duración de la inmunidad y de la eficacia clínica conferida por la vacuna a medio-largo plazo, por lo que se precisa de una vigilancia especial para valorar la necesidad de dosis de refuerzo.
- La vigilancia, deberá permitir conocer el comportamiento de los tipos de VPH no incluidos en la vacuna.
- Se deben promover campañas de educación sanitaria para evitar que la percepción de seguridad tras la introducción de la vacuna, lleve a un aumento de prácticas sexuales no seguras, de forma especial entre los adolescentes vacunados.

Incluir una vacuna frente al VPH es de costo efectivo en aquellos países que no tienen establecido un programa de cribado; pero en los países en los que hay programas bien implantados, el beneficio de la vacunación recaerá en las mujeres no alcanzadas por el mismo. Cuando existe un programa de cribado el beneficio marginal de la inclusión de la vacuna dependerá de la efectividad

de los programas establecidos, de las estrategias de vacunación y su cobertura y de las características de la vacuna.

Con lo relatado en los párrafos anteriores la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, en su reunión celebrada el día 20 de Febrero de 2007 acuerda proponer a la Comisión de Salud Pública, las siguientes recomendaciones:

Iniciar la vacunación sistemática de las niñas de una cohorte, a elegir entre los 11-14 años de edad por cada Comunidad Autónoma, en función de sus necesidades, prioridades y logística de los programas de vacunación.

Dicha Ponencia revisaría periódicamente estas recomendaciones cuando obtengan nuevas evidencias científicas.

Por otra parte, la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones hace las siguientes recomendaciones:

1. En el contexto de una vacunación universal deberá ponerse en marcha en grupo de trabajo específico que elabore las recomendaciones pertinentes para la mejora del cribado del cáncer de cuello de útero.
2. Se deberán realizar estudios periódicos para conocer los genotipos circulantes de los VPH.

Con respecto al tratamiento de la información por parte de las instituciones nos basamos en la guía de la OMS⁴. En ella se indica que debe promover una comunicación preventiva frente a una comunicación reactiva así como a establecer una comunicación con los medios basados en comunicados de prensa frente a conferencias de prensa.

La guía señala los siguientes pasos:

- Diseñar un plan de Crisis que establezca las pautas de comportamiento corporativo ante una emergencia.
- Designar portavoces.
- Nombrar un Comité Permanente de Crisis que respalde al departamento de Comunicación y Portavoces. El Comité se reunirá fuera del lugar de trabajo y guardando la máxima confidencialidad en torno a la información manejada.
- Poner en marcha un sistema de seguimiento de medios de comunicación y atención de llamadas telefónicas.
- En una situación de crisis, la institución se convierte en objeto mediático. Los objetivos del Plan de Crisis serán minimizar los posibles efectos negativos que pueda tener la información de los medios de comunicación y restaurar la credibilidad de la empresa.
- Preparar y aprobar los mensajes, argumentario y materiales de comunicación.

- La información que se transmita desde la institución debe cumplir cuatro condiciones: ser verídica, precisa, tranquilizadora y dinámica.
- El material informativo para los medios de comunicación se compondrá de: Dossier informativo e informe técnico.
- Adaptar los mensajes a la evolución de la crisis. Elaborar nuevos materiales acordes con las circunstancias.

En el contexto de los medios de comunicación el código deontológico de los periodistas^{19,20} resume los siguientes puntos:

- Respetar la verdad y el derecho que tiene el público a conocerla, constituyendo esto el deber primordial del periodista.
- No suprimirá informaciones esenciales, no falsificará esta, e informará sobre hechos sobre los que conoce el origen.
- Debe investigar y publicar con honestidad la información, tiene la libertad de comentario y crítica justa, equitativa y con lealtad.
- Se debe esforzar en rectificar cualquier información publicada que sea inexacta y perjudicial.
- El profesional se cuidará de los riesgos de una discriminación basada en cualquier tipo de pretexto.

Resultados

El pasado 6 de Febrero de 2009, la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana comunica al Ministerio de Sanidad y Consumo la existencia de dos posibles casos de efectos adversos en niñas vacunadas en su comunidad frente al VPH; de hecho ambas niñas habían recibido la vacuna de la misma marca comercial y del mismo lote.

Esta noticia es la que dispara la voz de alarma ante la vacunación del VPH que, tras estudiar la bibliografía existente, ha desatado polémicas desde ante de su introducción en el calendario español de vacunación.

Aunque desde el inicio de la campaña de vacunación del VPH y principios de Febrero, el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) había registrado 103 notificaciones de sospechas de reacciones adversas, 35 habían sido calificadas como graves, solo cinco estaban relacionadas con convulsiones y de esos cinco, dos fueron calificados como clínicamente graves, los ocurridos en la Comunidad Valenciana, que requirieron la hospitalización de las niñas.

Actuación de las instituciones

Por parte de los poderes públicos nos encontramos a:

- **Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana**, la cual notifica, el pasado 6 de Febrero de 2009, al Ministerio de Sanidad y Consumo la existencia de ambos casos sospechosos junto con el tipo de vacuna, marca y número; así como también el desarrollo de un proceso evaluación sobre la posible relación entre la administración de la vacuna y los efectos adversos sufridos por ambas pacientes. También suspende hasta nueva orden la campaña de vacunación frente al VPH.
- **El Ministerio de Sanidad y Política Social**, tras conocer la notificación por parte de la Comunidad Valenciana, convoca:
 - a) 9/Febrero/2009: Comisión de Salud Pública extraordinaria con todas las Comunidades Autónomas en la que se informa de lo acaecido y se adoptan las siguientes medidas:
 - En base al principio de precaución, se ordena la suspensión temporal del lote relacionado de vacuna frente al VPH. Se localizan los lotes distribuidos en todo el territorio español tanto los adquiridos por las Comunidades como los distribuidos al canal farmacéutico, dando la alerta de seguridad e inmovilizándolos; todo esto en coordinación no sólo con las Comunidades sino con la compañía productora de la vacuna relacionada.
 - Paralelamente se continuará con la vacunación normalizada evitando el lote en cuestión en las Comunidades Autónomas, excepto la valenciana.

- La investigación se lleva a cabo coordinadamente entre los departamentos de Salud Pública de la Comunidad Valenciana y del Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Toda la anterior información es puesta en conocimiento de los medios de comunicación y por extensión a la población, mediante notas y/o comunicados de prensa.
- b) 12/Febrero/2009: El Ministerio de Sanidad emite un comunicado aclaratorio ante las informaciones, no muy específicas, aparecidas en los medios de comunicación sobre lo acaecido y la puesta en marcha de medidas.
- c) 13/Febrero/2009: La Comisión de Salud Pública del SNS, reunida a esta fecha, ratifica de forma coordinada y tras evaluar ambos casos sospechosos, continuar con normalidad la campaña de vacunación. Además la Comunidad Valenciana la retomará con fecha 16/Febrero.
- d) 23/Abril/2009: Comunicado de Prensa aclaratorio que tras la investigación pertinente no existe relación causal entre la administración de la vacuna y los efectos acaecidos.
- **La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, comienza en Febrero de 2009 hasta Abril (cuando se emiten los comunicados finales), a evaluar de forma exhaustiva la calidad y la seguridad de las vacunas frente al VPH en colaboración con la Agencia Europea de Medicamentos y la red de agencias de los Estados miembro de la UE. Para evaluar los casos la AEMPS se constituyó un Comité formado por expertos en las diversas áreas relevantes para el caso (neurología, neuropediatría, psiquiatría, inmunología, virología, epidemiología, salud pública, Farmacovigilancia y evaluación de la calidad de vacunas, por ejemplo); también se contó con asesores en áreas específicas. Este comité se reunió en tres ocasiones, donde asistieron también los integrantes del equipo sanitario que atiende a las pacientes de Valencia. Emitiendo a día 23 de Abril de 2009 sus conclusiones resumidas anteriormente.

Basándonos en la Outbreak Communication Guidelines (OMS)⁴, se cumplen los puntos básicos de comunicación en crisis sanitarias de forma general, con información veraz, aclaratoria, con un comité específico con reuniones repetidas en el tiempo, notas de prensa y siempre emitidas por un solo agente, por ejemplo.

Actuación de los medios de comunicación

Titulares en prensa escrita:

- a) 09/02/2009: Sanidad inmoviliza un lote de vacunas contra el papilomavirus tras reacciones en dos niñas. Las jóvenes, nacidas en 1994, están ingresadas desde el pasado día 4 y 6 de Febrero. Al poco de ser vacunadas, tuvieron que ser hospitalizadas en el Clínico de Valencia (El Mundo, 09 de Febrero de 2009).
- b) 10/Febrero/2009: Dos chicas enferman tras vacunarse del papiloma. Sanidad ordena la retirada de 75.000 dosis por las sospechas (El País, Valencia, 10 de Febrero de 2009).
- c) 12/09/2009: Vuelve a UCI una de las niñas ingresadas por la vacuna del papiloma. Las dos menores ingresadas permanecen “estables dentro de la gravedad”. Los expertos esperan a conocer su diagnóstico para valorar lo ocurrido. (El Mundo, 12 de Febrero de 2009).
- d) 12/02/2009: Farmacovigilancia registra 103 notificaciones de posibles reacciones adversas a la vacuna del papiloma. Sanidad asegura que 35 casos se calificaron en principio como graves y sólo cinco han sido relacionados con convulsiones. (El País, 12 de Febrero de 2009).
- e) 16/02/2009: Sanidad cree que los efectos de Gardasil “ forman parte de lo esperado “. No se ha establecido una relación de causalidad entre el medicamento y el evento clínico. (El Mundo, 16 de Febrero de 2009).
- f) 19/02/2009: La Agencia europea del Medicamento recomienda la vacunación con Gardasil (El Mundo.es, 19 de Febrero de 2009).
- g) 19/02/2009: La Agencia Europea avala la vacuna del papiloma. La institución señala que “es muy improbable” que se repitan los efectos adversos que sufrieron dos jóvenes en Valencia tras ser vacunadas (El País, 19 de Febrero, 2009).
- h) 16/03/2009: El extraño caso de Raquel y Karla. Dos niñas llevan entrando y saliendo de la UCI, con convulsiones, tras haber sido vacunadas del papiloma. (El País, 16 de Marzo de 2009).
- i) 16/03/2009: Una de las niñas ingresadas tras recibir la vacuna del papiloma recibe el alta. La otra menor permanece en la UCI tras sufrir el sábado otra crisis convulsiva (El País.com, 16 de Marzo de 2009).
- j) 22/03/2009: El padre de una afectada por la vacuna sugiere más casos. (El País, Valencia, 22 de Marzo de 2009).
- k) 07/04/2009: Sobreseída la denuncia de las familias de las menores ingresadas tras vacunarse del papiloma. El juez afirma que “no existe suficiente evidencia científica” para establecer una relación entre la inoculación y las crisis convulsivas. (El País, 7 de Abril de 2009).
- l) 22/04/2009: Las niñas no enfermaron por la vacuna del papiloma, según expertos. (El País, 22 de Abril de 2009).

- m) 23/04/2009: Sanidad concluye que no hay relación entre la vacuna del papiloma y los trastornos de las niñas hospitalizadas. (La Vanguardia, 23 de Abril de 2009).
- n) 24/04/2009: Sanidad desvincula la vacuna del papiloma de las dos niñas enfermas. Los expertos concluyen que no hay prueba biológica de la relación del tratamiento con las dolencias de las jóvenes valencianas. (El País, 24 de Abril de 2009).

Basándonos en el código deontológico de los periodistas¹⁹ y las anteriores referencias bibliográficas^{7,12}, la información ha sido tratada con objetividad y rigor; pero comparando los comunicados de prensa del Ministerio y las noticias vertidas por los medios de comunicación al público general, no son del todo imparciales. De hecho en algunas noticias de prensa se obvian detalles de la actuación del Ministerio que podrían tranquilizar a la población, como las medidas llevadas a cabo. También existen artículos de opinión o reportajes que muestran una realidad subjetiva desde el punto de vista de los afectados, pero muestra a la institución de forma escueta y poco aclaratoria.

Discusión

Analizando las posiciones que las instituciones y medios de comunicación ocupan en las crisis sanitarias y basándonos en las guías y códigos expuestos podemos afirmar que de forma general la actuación de ambos es correcta, aunque posiblemente mejorable en algunos aspectos como la imparcialidad y la calidad de la información que llega a la población general.

Pero en el caso concreto del VPH, hay que añadir una polémica previa a los acontecimientos de la Comunidad Valenciana que desembocaron en crisis sanitaria.

La vacuna del VPH remonta sus noticias hasta el año 2007, y no solo en territorio español sino europeo y hasta mundial. Partidos políticos, científicos y medios de comunicación se han presentado como grandes defensores o, en su defecto, grandes opositores a la vacunación del virus en cuestión.

Se ha reprochado a las Agencias de Medicamentos a lo largo del mundo de aprobar el uso de la vacuna en tan solo tres o seis meses cuando el periodo suele ser bastante más largo y costoso.

A su vez se ha señalado a las grandes compañías farmacéuticas de agresivas campañas de marketing, creando en la sociedad la sensación de que es necesario vacunarse.

De hecho en la política española, se ha presentado un manifiesto a favor de una moratoria en la aplicación de la vacuna en nuestro país respaldado por científicos y políticos de diversa índole; el cual ha aumentado en firmas de forma considerable a partir de los hechos acontecidos en la Comunidad Valenciana. Además en el territorio político se apoyan también en el gasto que produce la campaña de vacunación y en el tiempo en que los resultados serán visibles y en el número de

casos evitados, siendo 30 años en el tiempo y no en un número que, según las fuentes, justifiquen el gasto en la actualidad.

De manera que, tal vez el trasfondo de la crisis sanitaria con respecto a la vacunación del VPH sea político y económico por lo que a pesar de un correcto tratamiento de la información por parte de las instituciones y los medios de comunicación no solventen de forma total el problema, ya que si se ven manejadas por estos intereses, el acontecimiento se repetirá en el tiempo hasta que la batalla la gane el que más poder tenga o consiga.

Referencias

1. Bennet P. Understanding responses to risk: some basic findings. En: Bennet P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press; 1999, p. 3-19.
2. Acinas MP. Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. *Intervención Psicosocial (Mad)*. 2007; 16 (3): 1-17.
3. Costa M, Riviere A, Vilella M, Costa J. Comunicación de riesgos y percepción de la población: el caso de la encefalopatía bovina espongiforme (EBE) en España. *Rev. Administración Sanitaria (Mad)*. 2003; 1 (3): 457-70.
4. World Health Organization. Outbreak communication guidelines. WHO Expert Consultation on Outbreak Communication. Ginebra: WHO;2005. WHO/CDS/2005.28
5. Moreno C, Camaño R. La comunicación de riesgo de contagio de Legionelosis en la Comunidad Valenciana. Un análisis mediático. *Rev. Enfermería Integral (Barc)*. 2005; Diciembre 2005: 34-40.
6. Federación de Asociaciones de Periodistas de España. Código Deontológico. Disponible en: <http://www.fape.es/>
7. Federación Internacional de Periodistas. Declaración de Principios sobre la Conducta de los Periodistas. 18º Congreso Mundial de la FIP (Helsingor, Dinamarca) 1986.
8. Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos de salud pública: sin tiempo para demoras (editorial). *Rev. Esp Salud Pública*. 2001;75; 7 – 10.
9. Informe Quiral 2000, 2001, 2002. Disponible: <http://www.fundacionvilacasas.org/informequiral.htm>.
10. Hernández I, Ramírez R. El impacto sanitario de los medios de comunicación en las alertas sanitarias. El caso de la gripe aviaria (editorial). *Rev. Enfermería Clínica* 2006; 16 (3): 109-111.
11. Remington PL. Communicating epidemiologic information. En: Brownson RC, Petitti DB. *Applied epidemiology. Theory to practice*. New York: Oxford University Press; 1998, p. 323 – 348.
12. Foro Internacional de Comunicadores RINAMED: La Comunicación del Riesgo. Decálogo de la Comunicación de los Riesgos naturales en el arco del Mediterráneo Occidental (Barcelona) Octubre 2004.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Virus del Papiloma Humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de utilización.
14. Artundo C, Rivadeneyra A. Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud pública en España. *Rev. Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (Supl 1):96-103.
15. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Amenazas para la salud y crisis sanitarias. Aproximación a la alerta y respuesta. Informe SESPAS 2008. *Rev. Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (Supl 1): 65-70.
16. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis*; 1986; 6: 403-15.
17. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso (colaboración especial). *Rev Esp. Salud Pública (Mad)*. 2005; 79 (3): 321-31.
18. Banegas JR. La comunicación de riesgos en salud pública. *SEE Nota* 1997;10; 1- 2.
19. García JC. Actuación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en los atentados del 11 de Marzo. Relaciones con los medios de comunicación. *Rev. Medicina Clínica* 2005; 124 (Supl 1): 53-53.

20. Gestal JJ, Figueiras A, Montes A. Enfermedades infecciosas emergentes (revisión). Rev. Medicina Clínica (Barc) 1997; 109: 553-561.
21. Pérez-Castellanos M. Alertas alimentarias en salud pública. Rev. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl. 1): 70-77.
22. Posada de la Paz M. ¿Cómo enfrentarse a una crisis en Salud Pública ? (editorial). Rev. Medifam (Mad) 2002; 12 (1): 3-7. Febrero 2007. Disponible en:
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf.

Revisión

Publicidad y tabaco: efectos en su consumo tras la nueva ley antitabaco en España.

Advertising and tobacco: effects in consume after the new Spanish law against tobacco.

M Rodríguez Martínez ^{1*}

¹ Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.
Fecha de recepción: 12/10/2009 – Fecha de aceptación: 14/01/2010

Resumen

Introducción. La publicidad juega un papel importante en el cambio de los estilos de vida, sobre todo en los adolescentes. El tabaco se publicitaba en España hasta la ley 28/2005. Después de la implantación de esta ley que se rige al Convenio Marco del Control del Tabaco, se quiere conocer la actitud de la población respecto a este hábito. **Objetivos.** Conocer la tasa de tabaquismo en España en 2006, justo después de la aprobación e implantación de la ley que prohíbe su publicidad en cualquier medio o soporte. **Material y método.** Se realizó una revisión de las leyes existentes a cerca de la publicidad del tabaco y sus derivados, y se conoció la prevalencia del tabaquismo en España a través de las encuestas del Ministerio de Salud y Consumo. **Resultados.** Muestran en los datos publicados por la encuestas, una tasa de tabaquismo menor, además de una número importante de exfumadores y una actitud a fumar menos. **Discusión.** Los resultados muestran relación entre el descenso de número de fumadores, y la implantación de esta ley. **Conclusiones.** Se comprueba la eficiencia y eficacia que muestra la normativa, ante la epidemia del tabaquismo, sobre todo en jóvenes.

Palabras Clave: Tabaco, Legislación, Publicidad.

Abstract

Introduction. Advertising plays an important role in the change of the life style, above all teenagers. Tobacco was advertised until law 28/2005 appeared in Spain. Once this law was introduced, guided by Framework Convention on Tobacco Control, the attitude of the population about this habit is wanted to be known. **Aims.** Finding out the rate of tobacco adicction in Spain in 2006, just right after passing the banning tobacco advertising law. **Material and methods.** A review of the existing laws was carried out about tobacco advertisind and by-products, and the prevalence of smoking was became known through the surveys from the Ministry of Health and Consumption in Spain. **Results.** With the disclosed data by the surveys, an important number of ex-smoker and an attitude of less smoking are shown. **Discussion.** The results are related to reduction of smokers and implantation of this law. **Conclusions.** Regulation efficiency and effectiveness, against tobacco epidemic, mainly in teenagers, are proved.

Key words. Tobacco, Legislation, Advertising.

* Correspondencia: mrodriguez@gmail.com

Introducción

El tabaco es en la actualidad la causa de mortalidad prevenible más importante en los países europeos, en los que da cuenta más de medio millón de muertes anuales, de las cuales la mitad corresponde a personas de menos de 70 años¹. En España se atribuyen unas 54 000 muertes anuales al tabaquismo², sin embargo es un producto que se sigue vendiendo y produciendo, y hasta hace unos años se anunciaba de forma masiva en cualquier medio o soporte.

Según la Real Academia Española de la Lengua entendemos publicidad como la divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial para atraer a posibles compradores, espectadores, usuarios, etc. La importancia que la publicidad ha alcanzado es considerable, ya que a través de ella se generan modelos de comportamientos, se crean necesidades entre la población y se inculcan valores y estilos de vida. Distintos investigadores han constatado que la publicidad del tabaco es un factor importante en su consumo entre niños y adolescentes³ así como una de las responsables directa del reclutamiento de la población hacia el tabaco y mantenimiento de su hábito^{4,5}. De aquí que sea tan importante que la publicidad esté regulada por un marco legislativo. En países como Reino Unido o Finlandia donde la publicidad del tabaco esta prohibida, se ha demostrado que es una estrategia efectiva, y de gran alcance sobre todo en adolescentes, por su bajo coste y sus efectos en la disminución del consumo⁶.

En España hasta la implantación de la ley antitabaco a principios de 2006, se regían a través de la Ley 34/88 de 11 de Noviembre, General de Publicidad (BOE nº274, 15 Noviembre 1988) y del Real Decreto 709/82 de 5 de Marzo, que regula la publicidad y consumo del tabaco, en los cuales se prohibía la distribución de muestras de cigarrillos sueltos, y la prohibición de la publicidad en acontecimientos deportivos y aquellos lugares donde estaba prohibida su venta o consumo⁷. A nivel europeo se aprueba la Estrategia Europea para el control del tabaquismo en 2002, y a nivel mundial el 21 de Mayo de 2003 fue aprobado en Ginebra el Convenio Marco para el control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un tratado que promueve una respuesta política internacional coordinada contra la epidemia global del consumo del tabaco. El CMCT entró en vigor en 2005 y obliga a los países que han ratificado el tratado a observar algunos lineamientos para controlar el tabaco hasta finales de 2009^{8,9}.

Es así que en nuestro país se ratifica ese convenio el 30 de Diciembre de 2004, y aprueban la ley antitabaco, LEY 28/2005, de 26 de diciembre. Donde en el capítulo III, artículos 9 y 10, queda expresado *la prohibición de cualquier patrocinio de los productos del tabaco, así como toda clase de publicidad, y promoción de los citados productos en todos los medios y soportes, incluidas las máquinas expendedoras y los servicios de la sociedad de la información*¹⁰.

Objetivos

Para analizar la prevalencia del consumo de tabaco en España, y obtener información sobre la nueva actitud de la población tras la promulgación de esta ley, se comparan los resultados de encuestas nacionales del Ministerio de Salud y Consumo (MSC). Siendo el objetivo de este estudio conocer la tasa de tabaquismo en España en 2006, justo después de la aprobación e implantación de la ley 28/2005, ley que prohíbe su publicidad. Por tanto la hipótesis a contrastar es si la ley antitabaco en España, reguladora de la publicidad, ha motivado el descenso del número de fumadores.

Material y método

Para comprobar la ley vigente a cerca de la publicidad del tabaco en España, se realizó una búsqueda bibliográfica de las diferentes leyes promulgadas hasta la actual, además se contrastó con el CMCT que planteó la OMS en 2003. Se buscó una relación establecida entre consumo y publicidad, y para comparar la efectividad de esta nueva legislación se necesitó una base de datos, que demostrara el consumo de este hábito entre los españoles.

Se consideraron los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), que efectúa el Ministerio de Salud y Consumo junto con el Instituto Nacional de Estadística, que se realizó en todo el territorio nacional, en un periodo de un año, entre Junio de 2006 y Junio de 2007, la muestra de este estudio la componen un total de 29.478 adultos y 9.122 niños menores de 15 años Mide varias áreas de información, pero en este caso solo se usaron los datos pertenecientes al área de estilos de vida, más concretamente consumo de tabaco.

Resultados

La nueva legislación que prohíbe cualquier publicidad del tabaco o derivados en España se publica en BOE el 27 de Diciembre de 2005. En los datos publicados por la ENSE en 2006, 26,4% de los españoles adultos (mayores de 16 años) se consideran fumadores activos (varones 31,6%, mujeres 21,51%). Estas cifras coinciden con un descenso en el número de fumadores diarios, con una caída de consumo de 1,6% tras comparar datos de 2003, donde existía un porcentaje de 28,1% para fumadores activos, pudiendo además ver un disminución del 3,6% en varones y 0,9% en mujeres (figura 1).

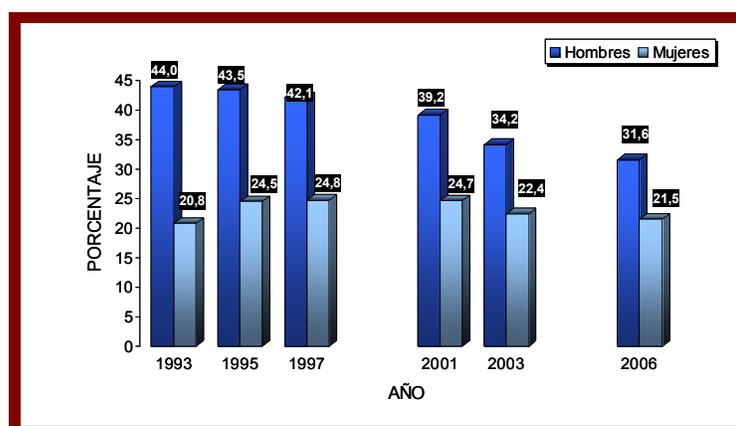


Figura 1. Consumo diario de tabaco (población 16 años o más). ENSE, 2006.

La tabla 1 muestra la actitud de los fumadores diarios respecto a hace dos años, según la ENSE para datos publicados en 2006 y 2003, donde se puede apreciar que dentro de esos fumadores diarios, la actitud hacia ese consumo es menor, con una diferencia en porcentaje de 9,53%, y sobre todo en la etapa más joven de 16-24 años.

	MÁS (%)		MENOS (%)		IGUAL (%)	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006
TOTAL	24,25	22,73	23,37	32,90	52,38	44,38
DE 16 A 24 AÑOS	45,32	38,73	17,71	31,45	31,45	29,82
DE 25 A 34 AÑOS	24,01	24,95	22,18	33,61	33,61	41,44
DE 35 A 44 AÑOS	21,97	22,18	20,75	30,20	30,20	47,62
DE 45 A 54 AÑOS	16,11	19,83	24,62	30,89	30,89	49,28
DE 55 A 64 AÑOS	14,43	11,44	32,52	34,18	34,18	54,39
DE 65 A 74 AÑOS	14,00	8,30	41,29	52,14	52,14	39,55
DE 75 Y MAS AÑOS	5,36	7,80	54,42	43,55	43,55	48,65

Tabla 1. Consumo actual de tabaco respecto a hace dos años de los fumadores diarios. ENSE, 2007.

Por último analizar los datos a cerca del tiempo que dejaron este hábito los exfumadores, ya que sabiendo que la ley comienza a llevarse a cabo a principios de 2006, podemos observar como el predominio en esos primeros meses u años es de las etapas más jóvenes (Cuadro 2)

	MENOS DE 1 AÑO (%)	DE 1 A 4 AÑOS (%)	DE 5 A 9 AÑOS (%)	DE 10 A 19 AÑOS (%)	20 AÑOS O MÁS (%)
TOTAL	8,10	26,70	19,17	24,56	21,47
DE 16 A 24 AÑOS	36,27	57,00	4,95	1,77	0,00
DE 25 A 34 AÑOS	16,65	53,02	21,54	8,80	0,00
DE 35 A 44 AÑOS	8,84	32,18	23,81	27,91	7,26
DE 45 A 54 AÑOS	5,99	21,61	22,32	29,92	20,14
DE 55 A 64 AÑOS	3,24	20,83	18,33	28,85	28,75
DE 65 A 74 AÑOS	4,70	12,71	16,00	30,61	35,98
DE 75 Y MÁS AÑOS	2,40	8,94	11,25	21,72	55,69

Tabla 2. Tiempo que dejaron de fumar los exfumadores. ENSE, 2007.

Discusión

En este estudio se confirma el cambio de actitud de la población tras la implantación de esta nueva ley, que prohíbe su publicidad. Más aún el estudio cuantificó el descenso del número de fumadores diarios en la población Española en 2006, confirmando así la disminución progresiva que se venía experimentando en las últimas décadas¹¹.

La nueva ley antitabaco parece influir más en jóvenes sobre todo en las etapas que van de los 16 a los 34 años, donde se observa su consumo menor al de los últimos años, además de existir un alto porcentaje de exfumadores en dicha población. Curioso es como la publicidad tabáquica antes de 2006 estaba claramente orientada hacia ese público más juvenil donde ahora mismo hay un mayor descenso de fumadores⁵, y se consideraba uno de los responsables directos del reclutamiento de esta población hacia un hábito tabáquico^{3,4}.

Por lo que podemos decir que esta ley está siendo efectiva hasta la actualidad, utilizando la prevalencia como indicador. Incluso señalar que se utiliza una estrategia eficiente, por su bajo coste para el sector salud, y positiva por su amplio alcance en la población, teniendo probables efectos en la consumición adulta y predominante en adolescentes⁶. De forma que se demuestra como las acciones para diseñar, coordinar e implantar la lucha contra el tabaco, deben ser alentadas por los diferentes niveles administrativos con la decisiva participación de los organismos y organizaciones supranacionales, en este caso regulando el control de la publicidad por un marco legislativo¹.

Conclusiones

Es posible concluir que en España la legislación 28/2005, que prohíbe la publicidad del tabaco, y se rige a las normas establecidas por el CMCT de la OMS, está siendo claramente efectiva, sobre todo en las población más joven, y la más vulnerable a iniciar ese hábito, o mantenerlo a lo largo de los años a través de los estilos de vida, o comportamientos que la publicidad nos puede llegar a generar.

En definitiva, la legislación sobre publicidad del tabaco en España, presentaba vacíos legales, y era una necesidad inminente un cambio que llevara consigo una prohibición total respecto a la publicidad del consumo de una sustancia tan altamente perjudicial para la salud, como es el tabaco, que ya se había demostrado en otros países como Reino Unido y Finlandia su efectividad y eficiencia ante esta nueva normativa.

Referencias

1. Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. Epidemiología del tabaquismo en Europa. *Salud Pública Méx* 2002; 44 supl. 1:S11-S19.
2. González J, Banegas JR, Rodríguez F, Díez L, Villar F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin* 2005;124(20):769-771.
3. Gilpin E, Pierce J. Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence?. *Tobacco Control* 1997;6: 122-7.
4. Sarría A, Cortés M, Elder J. Análisis de la campaña publicitaria de la marca de tabaco fortuna durante el bienio 1999-2000. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 107-114
5. Montes J, Álvarez M. Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gac Sanitaria* 2006;20(1):59-62
6. Reid D. Tobacco control: overview. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):108-120
7. Elder J, Cortés M, Sarría A. Marco legislativo y estrategia de la industria tabaquera en relación a la publicidad del tabaco en España. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:497-506
8. Valdés, R. El Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Pública Méx* 2003;45:3
9. Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong G, Borland R, Hastings G, et al. Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Pública Méx* 2006; 48, Supl 1:S155-S166.
10. LEY 28/2005 Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco *Pub. BOE* núm. 309, 42241 (Dic. 27, 2005)
11. Fernández E, Villalba J, Córdoba R. Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España. *Salud Pública Méx* 2006; 48 supl. 1: S148-S154

Revisión

Publicidad y alcohol: situación de España como país miembro de la Unión Europea.

Advertising and alcohol: situation in Spain as a member of the European Union.

V Tortosa Salazar ^{1*}

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 12/10/2009 – Fecha de aceptación: 21/01/2010

Resumen

Introducción: En la legislación de la publicidad de bebidas alcohólicas existen diferencias entre los países miembros de la UE, no existe un control restrictivo. Hay relación entre el consumo de alcohol en los menores de edad y la publicidad de productos alcohólicos. **Objetivos:** Conocer la situación de la legislación de la publicidad del alcohol en España, realizar una comparativa de la situación a nivel europeo y analizar la necesidad de mejoras. **Métodos:** Estudio descriptivo a través de una revisión bibliográfica de las Estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el consumo de alcohol, El Eurobarómetro de la Comisión Europea 2007 y la legislación nacional vigente. **Resultados:** No existe regulación comunitaria de la publicidad del alcohol. Se han creado propuestas de regulación Europea ante el gran problema de salud pública que supone. **Discusión:** Las propuestas de la OMS hasta el momento han resultado ineficaces en cuestión del control de la publicidad del alcohol. El Eurobarómetro arroja que el 76% de la población europea apoya la prohibición de dicha publicidad orientada a menores. **Conclusión:** Son necesarias medidas restrictivas, en especial en la publicidad orientada a menores de edad. Resulta factible la prohibición total de la publicidad orientada a este grupo.

Palabras clave: publicidad, alcohol, legislación, jóvenes.

Abstract

Background: In the legislation on advertising of alcoholic beverages varies between EU member states, there is no restrictive control. Is no relationship between the consumption of alcohol among minors and advertising of alcoholic products. **Objectives:** To determine the status of the legislation on advertising of alcohol in Spain, making a comparison of the situation at European level and analyze the need for improvement. **Methods:** A descriptive study through a literature review of the Strategies of the World Health Organization (WHO) to reduce the consumption of alcohol, the European Commission Eurobarometer 2007 and national legislation. **Results:** There is no EU regulation of advertising alcohol. Have been developed proposed regulations to the European major public health problem posed. **Discussion:** OMS's proposals have so far proved ineffective in the control of alcohol advertising. The Eurobarometer shows that 76% of the population supports a ban on advertising aimed at minors. **Conclusion:** Restrictive measures are needed, especially in advertising aimed at minors. It is possible the ban on advertising aimed at this group.

Keywords: advertising, alcohol, law, young people.

* Correspondencia: lyu_212@hotmail.com

Introducción

España es uno de los países donde la disponibilidad de bebidas alcohólicas entre la población es alta, favorecido por su gran producción y su bajo precio. Nuestro país se encuentra posicionado en la parte central de la tabla europea de consumos de alcohol por habitante y año¹. La disponibilidad y aceptación social del alcohol han contribuido a que este tipo de droga sea consumida por una amplia mayoría de la población española. Cabe destacar los nuevos patrones de consumo en los adolescentes, manteniendo una prevalencia incrementada del consumo en los últimos años. La situación europea es similar a la de nuestro país. Europa desempeña un papel importante en la producción, el comercio y el consumo de bebidas alcohólicas, así como también lleva una pesada carga social y económica de los problemas relacionados con el alcohol². La Región Europea de la OMS es la región del mundo con un consumo más alto de alcohol y presenta un consumo per cápita dos veces más elevado que la media mundial. En 2002, el alcohol constituía el tercer factor de riesgo más importante de los 26 factores de riesgo relativos a la carga de la enfermedad evaluada en la Región, sólo superado por la hipertensión y el tabaco, y representaba el principal factor de riesgo entre los jóvenes³.

En España se está incorporando un patrón de consumo de alcohol por parte de jóvenes y adolescentes que no formaba parte de nuestras tradiciones. Esto se traduce en un incremento del consumo de alcohol por parte de los jóvenes en forma de consumos de alcohol concentrados en pocas horas para alcanzar un cierto nivel de embriaguez, lo que los anglosajones llaman "binge drinking", y lo que en nuestro país se traduce en el fenómeno del "botellón". La publicidad de alcohol es uno de los muchos factores que tienen el potencial para alentar a los adolescentes a beber⁴. La potente industria de las bebidas alcohólicas ha aprendido de la industria tabacalera y busca incrementar sus ventas, incorporando segmentos de población nuevos, como son los jóvenes. La industria ha creado el mito del consumo y de <la cultura del alcohol>. Las estrategias utilizadas son la publicidad indirecta o subliminal dirigida a los jóvenes⁵.

La regulación de la publicidad del alcohol en nuestro país está mediada por la influencia y el poder de la industria del alcohol y las raíces culturales del alcohol en nuestro país, sobre todo del mundo vinícola. No existe una legislación marco en materia de sustancias adictivas, ni tampoco una legislación estatal específica sobre bebidas alcohólicas, más allá del Código civil y de las normas de represión de tráfico o la llamada "ley del vino". La legislación del alcohol se remonta a 1978 con el Real Decreto 1100 de 21 de mayo, por el que se regula la publicidad de bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado. La Ley 34/1988 de 11 de noviembre, General de publicidad consagra el principio de veracidad publicitaria, señalando ilícita la publicidad engañosa. Posteriormente se fueron ampliando prohibiciones respecto a la publicidad del alcohol en respectivas leyes como la Ley 25/1994 conocida como la "Televisión sin fronteras" que reitera la prohibición televisiva ya recogida en la ley anterior. Y posteriormente surgen varios anteproyectos de ley en 2002 y en 2006

para reducir el daño producido por el uso nocivo del alcohol. El primero fue conocido como la “Ley del Botellón” y el segundo, donde se recogía la limitación de la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas dirigidas a menores, fue suspendida unos meses después, al estrellarse con los intereses del sector alcoholero ⁶. Sin embargo estas regulaciones no son suficientes como se pueden comprobar con los resultados obtenidos por Taylor Nelson Sofres⁷ en 2001.

TIPO DE BEBIDA	ANUNCIOS
Whiskies	190.630,0
Cervezas	114.891,5
Vinos	23.665,0
Licores	23.064,5
Cognacs y brandies	13.849,0
Espumosos y sidras	3.800,5
Varios	121.974,5

Tabla 1. La situación de la publicidad de alcohol en España. Según datos de 2001 de Taylor Nelson Sofres⁷ en España se emitieron un total de 6.692.435,5 mensajes publicitarios sobre bebidas alcohólicas con la distribución expuesta.

Francia, al igual que nuestro país, es un gran productor de vino a nivel mundial, con una gran tradición vinícola. Este país ha tratado por mucho tiempo de equilibrar los asuntos de salud pública con los intereses comerciales. Este país hasta ahora ha mantenido un enfoque liberal hacia el alcohol. Su regulación de la publicidad del alcohol se sustenta en la Ley Evin de 1991, modificada por última vez en octubre de 2004, que establece en el Código de la Salud Pública una limitación de la publicidad tanto en los soportes como en su contenido, siendo autorizados para ellos solo ciertos soportes publicitarios⁸.

Durante las tres últimas tres décadas, Francia ha añadido gradualmente restricciones al consumo de alcohol en lugares públicos. En 1991, prohibió su publicidad en televisión. Aún así, las enfermedades relacionadas con las bebidas alcohólicas son la segunda causa prevenible de muerte

en ese país, de acuerdo con las autoridades de salud. Actualmente se está preparando un anteproyecto de ley de salud pública, que prevé regular la publicidad del alcohol en Internet, que será objeto de estrictas limitaciones, como ya ocurre actualmente en la prensa o en la televisión⁹.

Hay claras diferencias entre los países europeos en cuanto a disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre la publicidad de productos alcohólicos. Los anuncios de cerveza en televisión están sujetos a restricciones legales (más allá de las restricciones de contenido) en más de la mitad de Europa, con una prohibición total en cinco países. En 14 países, está prohibido anunciar bebidas destiladas por televisión. En cambio, la publicidad en vallas publicitarias y prensa escrita no está tan regulada, careciendo de controles uno de cada tres países (sobre todo en la UE10). Las restricciones más débiles se dan en el patrocinio deportivo, legalmente restringido sólo en once países¹⁰.

	TV	Cine	Radio	Exterior	Diarios	Revistas	Suplementos
Whiskies	2,0	13.660,0	1.719,0	173.208,0	846,0	833,5	361,5
Cervezas	35.322,5	26.687,0	1.117,0	50.703,5	953,5	73,5	34,5
Vinos	6.641,5	74,0	2.137,0	11.851,0	1.992,0	581,0	388,5
Licores	5.340,0	3.781,0	631,0	12.876,0	197,0	185,5	54,0
Cognacs/Bran dies	-	1.463,0	934,0	10.600,0	427,0	228,0	197,0
Espumosos/Si dras	2.475,5	-	517,0	273,0	190,5	284,0	60,5
Varios	982,0	3.064,0	4.668,5	111.672,0	448,5	892,5	247,0
Resto	1.994.346 ,0	501.029,0	353.096, 5	2.050.130 ,5	1.148.401 ,5	136.549,0	17.008,0

Tabla 2. La presencia de esta publicidad en los diferentes medios se distribuye de forma muy desigual, tal y como se observa en la tabla. Dtos de 2001 de Taylor Nelson Sofres⁷.

Objetivos

Los objetivos de este proyecto son conocer la situación de la legislación de la publicidad del alcohol en nuestro país, así como realizar una comparativa, a nivel general, con la situación europea. Y de esta manera poder identificar posibles necesidades de cambio respecto a este tema y conocer las propuestas actuales para su mejora, centrándonos en las de la Organización Mundial de la Salud, como organismo con mayor implicación a nivel europeo.

Método

Este estudio descriptivo ha consistido en una revisión bibliográfica para la profundización en conocer la situación de la legislación de la publicidad del alcohol en España, así como en el resto de Europa. Y analizar si existe la necesidad de modificar la legislación vigente. Si se han creado nuevas necesidades sociales al convertirse en un problema de salud pública el consumo nocivo de alcohol, y en especial en auge en el consumo por parte de jóvenes y adolescentes.

Como marco de referencia principal se ha seguido a la Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismo internacional más activo en el tema del alcohol. La oficina europea de la OMS ha emprendido diversas acciones para reducir el daño relacionado con el alcohol en sus 53 estados miembros. Tendremos en cuenta las últimas propuestas como son el Plan Europeo de Actuación sobre el alcohol 2000-2005 OMS Europa¹¹ y las Estrategias de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol¹², presentado en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud realizada el 20 de marzo de 2008, donde se apunta a la necesidad de instauración de políticas y medidas de salud pública para luchar contra el uso nocivo del alcohol, que en 2002 causó unos 2'3 millones de muertes prematuras en el mundo y generó un 4,4% de la carga mundial de morbilidad¹². Queda reconocido el uso nocivo del alcohol como un problema de salud pública a escala mundial, incluido entre los 20 factores de riesgo para la salud¹².

El estudio está en consonancia también con los últimos resultados del Eurobarómetro llevado a cabo por la Comisión Europea en 2007¹³, basado en un trabajo de campo realizado entre los meses de octubre y noviembre de 2006 en los 25 Estados miembros de la Unión Europea así como en dos países adherentes (Bulgaria y Rumanía) y en uno de los países candidatos a su inclusión en la Unión Europea (Croacia).

Resultados

Ha quedado comprobado que existen claras diferencias en la legislación de la publicidad de productos alcohólicos de los distintos países miembros de la Unión Europea, siendo necesario aproximar y aunar la legislación a nivel europeo.

En la actualidad, no existe una legislación a nivel comunitario que regule la publicidad de alcohol dado que, la autorregulación por parte de los países miembros que se ha llevado a cabo hasta la actualidad es insuficiente. Sin una legislación comunitaria no se puede controlar la disponibilidad del alcohol ni su promoción comercial.

Los resultados expuestos ponen de manifiesto la necesidad de renovar y fortalecer los esfuerzos nacionales para hacer frente a la magnitud del problema y aplicar los nuevos conocimientos disponibles sobre estrategias eficaces. Así como ponen de manifiesto también la necesidad de nuevas políticas para el control de la publicidad del alcohol, siendo el encargado para ello la Oficina Regional de la OMS, como institución central, unidad a otras organizaciones internacionales e intergubernamentales, que deberían promover y facilitar el desarrollo y la aplicación de políticas locales, nacionales, regionales y globales, y de unas acciones para prevenir o reducir el daño ocasionado por el alcohol, dentro de lo cual, se engloba el control de la publicidad y en especial la regulación de la publicidad orientada a los menores de edad.

Discusión

Los resultados obtenidos indican que hasta el momento las Estrategias presentadas por la OMS han quedado en poco más que en meras buenas intenciones. Tras el análisis de las Estrategias del Plan Europeo de Actuación sobre el alcohol 2000-2005¹⁰ llegamos a la situación de que no se han cumplido ni los objetivos globales propuestos tales como:

“Ofrecer una mayor protección frente a las presiones que llevan a los niños y a los jóvenes a beber; y que también soportan las personas que eligen no beber”

En cuanto a las diez estrategias que establecía la Carta Europea, en lo referente a la publicidad en el punto 25 se recogía que para el año 2005 todos los países de la Región Europea deberían adoptar medidas que tengan por objeto proteger tanto a los niños como a los jóvenes, de la promoción de bebidas alcohólicas. Y recomendaba una serie de acciones con el fin de alcanzarlo, tales como restringir la publicidad, o desarrollar códigos de autorregulación con el objetivo de evitar la promoción y la publicidad de de bebidas alcohólicas dirigidas a atraer a niños y jóvenes.

Las Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol presentadas en marzo de 2008 abogan por controlar el volumen, la ubicación y el contenido de la publicidad del alcohol, así como la posibilidad de aplicar prohibiciones parciales, ya que los resultados de las investigaciones ponen de relieve la necesidad de aplicar esa clase de controles o prohibiciones, en particular a fin de proteger a los adolescentes y jóvenes de las presiones ejercidas para que comiencen a beber. Considera que las prácticas de comercialización que atraen a los niños y adolescentes son preocupaciones especiales en materia de política.

Dentro de las organizaciones implicadas, La Alianza Europea por la Salud Pública¹⁴ (EPHA), organismo que agrupa a más de cien organizaciones relacionadas con el ámbito sanitario está dando pasos orientados, junto a las propuestas de la OMS, para la prohibición de la publicidad del alcohol dirigida a los menores de edad. Según el modelo desarrollado por la OMS, se estima que una prohibición de la publicidad en toda la UE podría impedir un 5% de todos los problemas de salud relacionados con el alcohol, con un coste total de 95 millones de euros anuales⁴.

El eurobarómetro de 2007 acerca de las actitudes sobre al alcohol arroja resultados interesantes tales como que a la pregunta de si debería prohibirse la publicidad del alcohol dirigida a adolescentes y jóvenes en toda la Unión Europea un 76% de la población europea aprueba la prohibición de la publicidad del alcohol dirigidos a jóvenes en todos los Estados miembros.

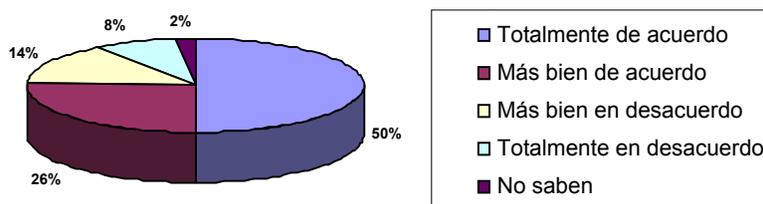


Fig 1. Opiniones en % a la pregunta: ¿Debe prohibirse la publicidad de alcohol dirigida a adolescentes y jóvenes en toda la Unión Europea?. Eurobarómetro 2007.

Discusión y conclusiones

Se ha demostrado que la autorregulación por parte de los Estados de la Unión Europea en materia de la regulación de la publicidad del alcohol no es eficaz.

A través de diversos estudios^{4,15}, ha quedado probada la relación entre la publicidad del alcohol y el aumento o inicio del consumo de alcohol por parte de jóvenes y adolescentes. La OMS junto a otras

organizaciones internacionales, aboga por la prohibición de la publicidad en la UE, siendo el objetivo principal prohibir la publicidad del alcohol orientada a los menores de edad. En 2007 la encuesta realizada por el Eurobarómetro aportó que el 76% de la población de la UE aprueba la prohibición del alcohol dirigida a jóvenes en todos los estados miembros¹¹.

Por lo tanto, resulta factible y necesaria la prohibición de la publicidad de alcohol orientada a los jóvenes, que contaría con el apoyo de tres cuartas partes de los ciudadanos europeos.

Referencias

1. Polo MP, Alfaro M, Regidor E, Gutiérrez JL. La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.2006. [Consultado 10-03-2009]: Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf>
2. What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control? Copenhagen, World Health Organization. Europe, 2004. [Consultado 6/4/2009]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf> .
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Marco de referencia para las políticas sobre el alcohol en la región europea de la OMS".[Consultado el 15/04/2009]. Disponible en <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FrameworkSP.pdf>
4. Anderson P. Is it time to ban alcohol advertising?. *Clinical Medicine* 2009;9(2).
5. Sabaté F. Jóvenes, alcohol y publicidad. 2003. *Gac Sanit* 2003;17(1):88-9.
6. Rodríguez-Martos A. ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España?. *Adicciones* 2007;19(4):325-332.
7. Asociación de Usuarios de la Comunicación. La regulación de la publicidad del alcohol 2004. Consultado [12/04/2009]. Disponible en <http://www.auc.es>
8. Couderchon P. La regulación política de la publicidad sobre el alcohol y su repercusión en la percepción de las campañas publicitarias. *Pensar la Publicidad* 2007;1(2):33-62.
9. Periódico El Mundo. Consultado [10/03/2009]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/03/06/medicina/1236356300.html>
10. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. Disponible en: Http://ec.europa.eu/health/ph_determinats/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf
11. Organización Mundial de la Salud Europa. Plan Europeo de Actuación sobre alcohol (2000-2005). Consultado [10/03/2009]. Disponible en el Ministerio de Sanidad y consumo.
12. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol. 61ª Asamblea Mundial de la Salud 2008.
13. Eurobarometer attitudes towards alcohol. Bruselas, Comisión Europea, 2007. Trabajo de campo realizado en 2006 en los 25 Estados miembros de la Unión Europea. Consultado [13/04/2009]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinats/life_stile/alcohol/documents/ebs272_en.pdf

14. La alianza Europea por la Salud Pública.[Consultado 6/4/2009]. Disponible en: <http://www.eph.org/>
15. Montes-Santiago J, Álvarez- Muñiz ML, Baz Lomba A. Alcohol y publicidad en la prensa escrita en España. An. Med Interna 2007; 24(3):109-112.

Revisión

Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera.

Breaking bad news: nursing perspective.

R Mirón González^{1*}

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 15/10/2009 – Fecha de aceptación: 23/01/2010

Resumen

Introducción: La Comunicación de Malas Noticias (CMN) por parte del profesional sanitario ha sido uno de los principales retos en las últimas décadas. Esto es debido a una mayor demanda de información por parte de los pacientes y una percepción de inseguridad del colectivo sanitario a la hora de abordar dicha comunicación. Mientras que al colectivo médico se le daba la responsabilidad de la CMN, enfermería empezaba a ser valorada como una pieza valiosa que podía ser aprovechada. **Objetivos:** Identificar las funciones de médicos y enfermeros en la CMN. Determinar cuál debe ser la actuación ante la CMN. **Metodología:** Revisión bibliográfica de publicaciones comprendidas entre 1999 y 2009. **Resultados:** Análisis de un total de 20 artículos. **Discusión:** Enfermería ha ganado importancia en la CMN debido a su gran conocimiento sobre el paciente, incluso hay autores que ha llegado a plantear que sean ellos quienes realicen esta comunicación. Otros autores apoyan que la CMN es un proceso multidisciplinar que debe ser afrontado por aquel que tenga mayor información sobre el paciente y su proceso de salud. Se han encontrado varios protocolos para abordar la CMN como son: “SPIKES”, “ABCDE” y otros adaptados. **Conclusiones:** La CMN es un proceso multidisciplinar donde la enfermería es una pieza fundamental que sirve de apoyo tanto para el paciente como para otros profesionales. Pero con los nuevos cambios, la enfermería se ve muchas veces obligada a iniciar una CMN y podría beneficiarse de los protocolos que se han creado para tal fin por otras disciplinas.

Palabras clave: noticias, comunicación, enfermería.

Abstract

Introduction: Braking bad news for health professionals has been one of the major challenges in recent decades. This is due to increased demand for information from patients and a sense of insecurity from the health professionals to address such communication. While the physician group was given the responsibility of breaking bad news, nursing began to be appreciated as a valuable piece that could be exploited. **Aims:** Identify the role of doctors and nurses on breaking bad news. Determine how to break bad news. **Methodology:** Literature review between 1999 and 2009. **Results:** Analysis of a total of 20 articles. **Discussion:** Nursing has increased importance into the breaking bad news in accordance with their great knowledge of the patients, even some authors who have come to argue that they are the ones who carry this communication out. Other authors support the breaking bad news like a multidisciplinary process that must be faced by those who have more information about the patient and their health. Various protocols have been found to address the breaking bad news: “SPIKES”, “ABCDE” and other methods. **Conclusion:** Breaking bad news is a multidisciplinary process where nursing is a key element which supports the patient and other professionals. But with the new changes, nursing is often required to initiate in breaking bad news, then they could benefit from the protocols that have been created for that purpose by other disciplines.

Key words: news, communication, nursing, disclosure, truth disclosure.

* Correspondencia: rubenmg@gmail.com

Introducción

Hoy en día vivimos en una sociedad donde podemos encontrar en cualquier contexto malas noticias; en el telediario, la prensa, el trabajo, la familia, los amigos... y esto nos está creando una desensibilización hacia desgracias ajenas. Pero esto cambia cualitativamente cuando hablamos de la salud de uno mismo, de algún familiar o amigo, ya que nos va a afectar de una forma única y personal.

Desde el punto de vista sanitario, el concepto de mala noticia (MN) más aceptado es el de Buckman: *“la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”*¹. Otra definición más completa es la de Ptacek que las define como *“toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativos de reciente suceso”*².

Autores como Almanza Muñoz han entendido la comunicación de malas noticias (CMN) desde el punto de vista de la adaptación y nos habla que *“existe un vínculo entre recibir malas noticias y el despliegue de la capacidad de Coping”*³, el cual es *“el enfrentamiento a una dificultad inusual en una situación en la cual el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas es requerida”*⁴.

A la vez, esto está introducido dentro del marco comunicacional, que en las ciencias de la salud va mas allá de la simple transmisión de información considerándose como *“el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud”* (Healthy People, 2010).

Como podemos ver, al hablar de CMN estamos ante un hecho complejo que necesita un abordaje integral por parte del profesional que está implicado, ya que se tratan conductas humanas que no se caracterizan precisamente por su sencillez.

Por lo tanto, el profesional sanitario, debe tener los conocimientos y entrenamiento necesarios para tal intervención. Ante esta incertidumbre, se empezó a publicar respecto al tema; así una revisión bibliográfica publicada en 1998 por Almanza Muñoz⁵ que abarca literatura sobre CMN desde 1978, nos muestra cómo la mayoría de publicaciones eran realizadas por médicos ante la frustración de una falta de preparación en dicho campo. De este modo,, ya empezaba a surgir la creación de talleres a nivel de pregrado y posgrado, ya que se veía que esta habilidad no mejoraba con el paso del tiempo, sino que era necesario un conocimiento y entrenamiento. Además cada vez había más pacientes que querían conocer sus condiciones médicas, aún en estado terminal, y empezaban a surgir las primeras demandas legales hacia el colectivo médico.

La CMN estaba centrada principalmente en el paciente y en el médico, y el autor ya inferenciaba que esto se expandiría hacia la concepción de calidad de vida de la persona y a su satisfacción sobre los servicios de salud.

Respecto al personal de enfermería, se asumía que eran los que mayor contacto y cercanía tenían con pacientes y familiares, y que eran quienes afrontaban las actitudes de negación y evasión de los enfermos sobre su diagnóstico, se reflejaba por tanto la necesidad de formar hacia el manejo de dichas actitudes.

Así, Almanza Muñoz concluía ese estudio de 1998 diciendo se estaba creando *“un campo de conocimiento propio que va ganando terreno tanto a nivel del curriculum médico como en la práctica clínica cotidiana a nivel del grupo médico y de enfermería y con la participación creciente de todo el equipo de cuidados psicosocial”*.

Objetivos

Debido a este interés creciente bibliográfico y asistencial, se han planteado los siguientes objetivos:

1. Identificar las funciones de médicos y enfermeros en la CMN.
2. Determinar cuál debe ser la actuación ante la CMN.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados entre 1999 y 2009 llevada a cabo por bases de datos españolas (cuiden plus, enfispo, lilacs e IME) con los descriptores: *“comunicación”* y *“noticias”*. Se empleó *“malas noticias”* y *“noticias negativas”* pero daba resultados incluidos en los primeros.

Debido a la escasez de publicaciones en lengua española se hizo un barrido de bases de datos internacionales (Cinahl, Medline acceso ovid y pubmed) donde se utilizaron los descriptores: *“communication”*, *“bad news”*, *“truth disclosure”* y *“nursing”*. En el caso de las bases internacionales el número de publicaciones en lengua inglesa se disparaba, se aplicó perfiles de búsqueda más específicos y límites como la publicación entre 99-09 e idioma español.

Resultados

Los resultados de los perfiles de búsqueda se pueden ver en la tabla 1. Se seleccionaron aquellos artículos que podrían responder los objetivos del estudio. Debido a la falta de acceso a algunas revistas y a la repetición de artículos en las diferentes bases, se obtuvo un total de 34 publicaciones, de las cuales, se seleccionaron 20 para la siguiente revisión bibliográfica.

BASES DE DATOS ESPAÑOLAS								
PERFIL DE BÚSQUEDA	Cuiden +		EnFisPo		Lilacs		IME	
	E	S	E	S	E	S	E	S
Comunicación AND Noticias	28	9	2	1	10	5	17	6
BASES DE DATOS INTERNACIONALES								
PERFIL DE BÚSQUEDA	MEDLINE (PubMed)		MEDLINE (Ovid)		CINAHL			
	E	S	E	S	E	S		
Communication AND Bad news	404	-	277	-	184	9		
Truth disclosure AND Nursing	1077	-	7	5	398			
Truth disclosure AND Bad news	33*	8*	214	28	19	4		
<i>Límite: Español.</i>								
Truth disclosure	34	8			3	0		
E = Encontrados / S = Seleccionados / *Revisiones								

Tabla 1. Resultados de la búsqueda.

De los 20 artículos, 14 son escritos por médicos mientras que se encuentran 6 por enfermeros. Y respecto al tipo de estudio hay 17 que son artículos descriptivos basados en exposición bibliográfica, 2 estudios cualitativos y 1 cuantitativo.

Discusión

Función médica y enfermera en la CMN

Es de especial interés determinar quién es la persona más indicada para la CMN. Siempre se ha considerado esta intervención como “*una parte desagradable pero necesaria del ejercicio de la medicina*”⁶ por lo que siempre se le ha dado mucha importancia a la formación de los mismos. Ana Sobrino López⁷ nos cuenta que “*sea el profesional que atiende directamente al paciente y el que tenga mayor información sobre el proceso y las alternativas terapéuticas*” quien deba de comunicar la noticia, además “*puede hacerse solo o con ayuda de otros profesionales de su equipo*”.

Esta concepción ha ido cambiando con el paso de los tiempos con la incorporación de más profesionales al campo de la salud, donde las funciones asistenciales se han dividido en un mayor número de personas. Así M^a Luz Bascuñán⁸ expresa que *“no son los médicos quienes pasan más tiempo con él (paciente)... el paciente y sus familiares frecuentemente consultan las mismas interrogantes a distintos profesionales”* por lo que *“el equipo de salud debe definir de antemano quienes se harán cargo de esta tarea”*.

Esta misma autora realizó un estudio descriptivo mediante grupos focales de médicos que trabajaban en hospitales de Chile⁹, en uno de estos grupos se manifestaba que *“es problemático que distintos profesionales informen al paciente porque pueden haber contradicciones”*. Se empezaba a ver la preocupación de que las MN fueran dadas por otros profesionales, por lo que la autora proponía que *“la coordinación y definición de roles dentro del equipo de salud sea un desafío ineludible”*.

Una revisión bibliográfica realizada por Michael Farrel¹⁰ en 1999, encontró autores que hablaban de las enfermeras como una de las mejores opciones en la CMN, ya que eran quienes conocían mejor a los pacientes y sus familiares. Pero, sin embargo, la realidad es que los médicos son quienes daban la MN apoyados por una enfermera en el momento dado.

Un estudio realizado en Alemania¹¹ con estudiantes de medicina y enfermería, intentaba determinar cómo se sentían de capacitados a la CMN antes y después de un curso destinado a ello. Como resultados obtuvieron que los estudiantes de enfermería se sentían más seguros en la comunicación con pacientes de diagnóstico complicado y menos incómodos ante situaciones de silencio que los estudiantes de medicina.

Este interés ha despertado la curiosidad en enfermeros, como es el caso de Michal Rassing et al¹² que estudió a enfermeros, médicos y pacientes para conocer sus puntos de vista sobre la CMN. Se exponía que los enfermeros tenían predisposición a estar durante la CMN a lo que no daban mucha importancia médicos y pacientes. También se infería que los médicos tenían un mayor número de experiencias que los enfermeros en la CMN, pero el entrenamiento era prácticamente el mismo. Pero lo que más destacaba en el estudio era la sensación que tenían los pacientes de un mayor apoyo por parte del personal de enfermería que el colectivo médico. Por lo que los autores llegaban a la conclusión de que los enfermeros debían de estar incluidos en el proceso de CMN ya que los pacientes preguntaban a muchos profesionales de la salud la misma cuestión y podrían generarse contradicciones entre ellos. Arber¹³ enfatiza la importancia del personal de enfermería como una preciada colaboración en el manejo de la información para el paciente y la familia.

Entonces empiezan a surgir nuevas concepciones respecto al rol de enfermería en la CMN, entre los artículos encontramos unas palabras de Margarita del Valle¹⁴ que nos dice: *“El personal de*

enfermería debería saber cuando el médico va a dar la información diagnóstica, para poder planificar una estrategia de ayuda y un soporte emocional adecuado al paciente y/o familia... debemos entenderlo como un proceso y debería tener un abordaje multidisciplinar". Se empieza a ver la CMN como un proceso multidisciplinar enfocado a atender al paciente desde el enfoque de cada profesional.

Otro de los estudios¹⁵ refleja los roles de la enfermera pediátrica en la CMN:

- Líder: respecto a la organización de lo necesario para llevarse a cabo la CM en las mejores condiciones posibles.
- Facilitadora/Apoyo: Tanto a los familiares como al niño.
- Profesora/Educadora: Aportar toda la información que demande la familia.
- Defensora/Trabajo en equipo: Fomentar el trabajo en equipo.

Protocolos en la CMN

El protocolo más referenciado y utilizado¹⁶⁻²¹ es el **SPIKES** (ver gráfico 1) del oncólogo Buckman, que está enfocado a personal médico a la hora de dar un diagnóstico. Se basa en 6 etapas que deben ser seguidas de forma sucesiva:

1. **Preparación:** La primera consideración debe ser encontrar un lugar tranquilo, lo ideal es una despacho, pero si no es posible se puede crear un ambiente apropiado cerrando la puerta de la habitación, echando la cortina... además es muy importante el interés, la conducta, el comportamiento y la postura física de proximidad del profesional sanitario que vaya a dar la noticia. Con esto se pretende que la persona se sienta segura y evitar interrupciones por el contexto.

Setting
Perception
Invitation
Knowledge
Empathy
Strategy and summary

Gráfico 1. Protocolo SPIKES.

2. **Percepción:** Se basa en conocer qué sabe el paciente sobre su estado de salud mediante preguntas abiertas, como dice Buckman: "*before you tell, ask*", y fijarse en el lenguaje que emplea para ello. Puede pasar que la persona refiera saber menos de lo que realmente conoce, esto es debido a una reacción de negación hacia su estado de salud y lo que pretende es buscar explicación en varios profesionales para contrastar. Se debe de huir del paternalismo profesional y no dar nada por entendido.
3. **Invitar** a qué nos pregunte qué quiere saber: Con esto se pretende que conozcamos cuál es realmente la preocupación de la persona y qué es exactamente lo que le gustaría saber ("*verdad soportable*"²² según algunos autores). Aquí suelen aparecer discordancias entre lo que el profesional quiere comunicar y el interés del paciente, entonces se debe de acondicionar la

información que se va a dar a las demandas del paciente. Puede pasar que se muestre poco receptivo a ser informado, por lo que se le debe dar tiempo a que lo piense y dar la opción de hablar más tarde.

4. **Conocimiento:** Es el momento de hacerle entender que se le va a dar una mala noticia con frases como por ejemplo: "*Lamentablemente, tengo una mala noticia que decirle...*" o "*Siento tener que decirle...*". Entonces se dejarán pasar unos segundos para que se acondicione psicológicamente y entonces comunicarle la información intentando utilizar el vocabulario empleado por él para explicarse anteriormente y en pequeños pedazos, de tal modo que vaya comprendiendo poco a poco y no tener que repetir la información varias veces. Recordemos que el principal objetivo es que comprenda la nueva situación.
5. **Empatía:** Una vez comprendida la información por parte del paciente, se inician una serie de respuestas conductuales en el mismo que pueden ser: ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación o ambivalencia. Por lo que se debe de iniciar un proceso de escucha activa y empatía. Como dicen Ayarra y Lizarraga "*Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estaríamos moralmente autorizados a informarle*". Aquí lo importante es saber cómo se siente y a qué es debido, para así intentar ayudarle en la medida de lo posible.
6. **Resumen y planes de futuro:** Finalmente el paciente debe de estar en condiciones de que conozca la nueva situación para así establecer un plan terapéutico o medidas de futuro. Aquí el profesional deberá mostrar disponibilidad hacia el paciente y para concluir hará un resumen de toda la sesión para clarificar dudas.

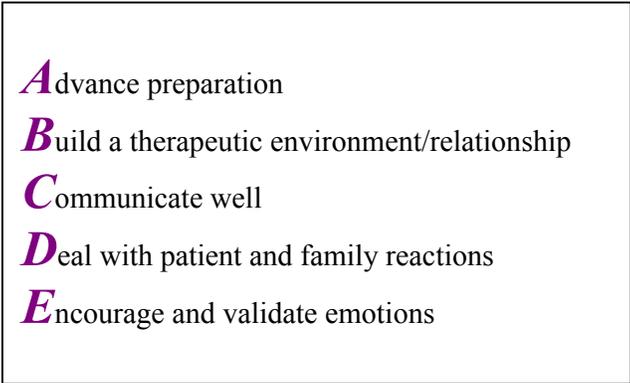
También existe otro protocolo que es el ABCDE (ver gráfico 2) de Rabow y McPhec²³⁻²⁴ basado en 5 puntos que se asemeja al anterior, por lo tanto destacaré algunos aspectos que lo caracterice.

- A. **Preparación del ambiente:** A parte del espacio físico también hace mención a la prepararse emocional y mentalmente de cómo dar las MN por parte del profesional.
- B. **Conocer cuánto sabe y qué quiere saber:** Es una fusión de los pasos 2 y 3 de Buckman.
- C. **Comunicarse correctamente:** Referente al acto de la CMN, recomienda llamar las cosas por sus nombres (ej. Cáncer o muerte) y no usar eufemismos. Al final de este paso se llega al resumen.
- D. **Comprender la reacción del paciente:** Estar atento a las reacciones emocionales y darle apoyo emocional.
- E. **Estimular y valorar las emociones:** Dar esperanzas realistas y hablar de las medidas que se van a tomar conjuntamente. Explorar qué siente el paciente en ese momento y realizar una atención multidisciplinaria.

Almanza, realizó una guía basada en la evidencia²⁵ de CMN a partir de la revisión bibliográfica que he comentado durante la introducción, dirigida hacia el colectivo médico pero abierto a otros profesionales. De tal modo que establece 10 puntos a modo de orientación:

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente.
2. Conocer cuidadosamente la historia médica.
3. Conocer al paciente como persona.
4. Preparación del sitio de la entrevista.
5. Organización del tiempo.
6. Aspectos específicos de comunicación.
7. Atención y cuidado de la familia.
8. Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas.
9. Abordar la dimensión humanística del paciente.
10. Trabajar en los propios sentimientos.

Y por último cabe destacar el protocolo propuesto por Villa López²⁶, basado en el SPIKES. Al paso seis ella le llama "plan de cuidados" y es donde el profesional de enfermería actualizaría el plan de cuidados y apoyaría al paciente. Propone además una séptima etapa denominada "autochequeo del profesional" que está enfocada a la reflexión sobre los sentimientos vividos por uno mismo a la hora de comunicar la MN para mejorar en un futuro con un espíritu de autosuperación.



*A*dvance preparation
*B*uild a therapeutic environment/relationship
*C*ommunicate well
*D*eal with patient and family reactions
*E*ncourage and validate emotions

Gráfico 2. Protocolo ABCDE

Conclusiones

Después de esta revisión, se ha podido determinar que la CMN es un proceso donde intervienen diferentes profesionales de la salud, que va más allá de la simpleza de informar al paciente sobre su nueva situación de salud. En este proceso no sólo están implicados médico y paciente, sino que en muchos casos intervienen enfermeros y familiares.

La función de enfermería es muy importante antes, durante y al final del proceso, ya que es el profesional que pasa mayor tiempo con el paciente y por lo tanto quien tiene la mayor confianza e información de él. Además como enfermeros, deberán de conocer cual es la nueva situación a la que se enfrenta el paciente para actualizar y adaptar el plan de cuidados, con el objetivo de crear estrategias de apoyo y adaptación beneficiosas, así como conocer sus posibles nuevas demandas de salud.

En este proceso se ve la importancia de la coordinación multidisciplinaria, ya no solo para mejorar la atención sino por demanda de los propios pacientes. Por lo tanto es de especial interés fomentar la comunicación entre los profesionales sanitarios, enriqueciendo así el proceso asistencial.

Por todos es conocido que son los médicos quienes se enfrentan en la mayoría de los casos a este proceso, pero no se debe olvidar que la enfermería también puede enfrentarse a dicho proceso por su mayor preparación en procesos comunicativos con el paciente y por la demanda de los profesionales. Existen situaciones independientes en la labor enfermera que pueden requerir la información de algo que puede resultar desagradable para el paciente, y por lo tanto las herramientas anteriormente planteadas podrían ser adaptadas para poder orientarse.

Se han publicado protocolos basados en la evidencia como son el SPIKES o el ABCDE, como otros adaptados, que han intentado dar respuesta a un problema que se ha presentado en el trabajo asistencial de muchos médicos. Pero éstos no están exentos de modificaciones por parte de otros profesionales para adecuarlos a su campo clínico; por lo que es interesante aprovecharlos para facilitar la creación de nuevos protocolos.

Para concluir, sería interesante mencionar el déficit en cuanto a número de publicaciones realizadas por enfermeros. Sería de especial interés estudiar cuales son las situaciones a las que se enfrentan para crear así protocolos de actuación enfermera. Cada vez son mayores las funciones que están llevando a cabo en España y esto requiere un mayor manejo de respuestas humanas. Lo que si es cierto es que aún sigue existiendo un vacío formativo en comunicación, herramienta básica en enfermería.

Referencias

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?. *Br Med J.* 1984; 288: 1597-9.
2. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA.* 1996; 14: 276(6): 496-502.
3. Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Méx.* 1999; 53(2): 160-164.
4. Rowland JH, Holland JC. *Handbook of psychooncology; psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press. 1989; 313: 71-72.
5. Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Mex.* 1998; 52(6) Nov-Dic: 372-378.
6. Núñez S, Marco T, Burillo G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin. Barcelona.* 2006; 127(15): 580-583.
7. Sobrino López, A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2003; 9: 111-122.
8. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile.* 2005; 133: 693-698.
9. Bascuñán ML. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra.* 2007; 51(2): 28-31.
10. Farrel M. The Challenger of breaking bad news. *Intensive and critical care nursing.* 1999; 15: 101-110.
11. Schildmann J, et al. Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. *Support Care Cancer.* 2006; 14: 1157-1161.
12. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors and nurses' point of view. *Cancer Nursing.* 2006; 29(4): 302-308.
13. Aber A, Gallagher A. Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9(4): 166-72.
14. Del Valle García M. Enfoque comunicacional de los profesionales de la salud: Malas noticias. Publicación oficial SEDENE. 2006; 23: 23-25.
15. Price J, McNeilly P, Surgenor M. Short report: breaking bad news. *Paediatric Nursing,* 2006; 18(7): 37.
16. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology.* 2005; March-April: 138-142.
17. Alves de Lima A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Arg de Cardiología.* 2003; 1(3): 217-220.
18. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2001; 24 (supl.2): 55-63.
19. Gordon M, Buchman D, Buchman SH. "Bad News" Communication in palliative care: a challenge and key to success. *Annals of long term care.* 2007; 15(4): 32-37.
20. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva.* 2006; 30(9): 452-459.
21. Lizarraga Mansoa S, Ayarra Elia M, Cabodevilla Eraso I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Aten Primaria.* 2006; 38: 7-13.

22. González Barón M, Poveda J. Criterio de información al paciente oncológico terminal: la verdad soportable. Seminario Internacional sobre la información del diagnóstico al enfermo con cáncer. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. 1992: 137-153.
23. Melet A. Las malas noticias en oncología. Rev Venez Oncol. 2004; 16(3): 175-177.
24. Vandekieft GK. Breaking bad news. Amercian family physician. 2001; 64(12): 1975-1978.
25. Almanza Muñoz JJ. La comunicación de las malas noticias en la práctica médica. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2003; 36(4): 165-176.
26. Villa López, Beatriz. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. Nure Investigación. 2007; 31(nov-dic). Recurso electrónico disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf_protocolo_31.pdf

Revisión

Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades.

Communication techniques for disease prevention and control.

D Catalán Matamoros^{1*}, M Muñoz-Cruzado y Barba², MT Fuentes Hervías²

¹ Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.

² Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Fecha de recepción: 15/10/2009 – Fecha de aceptación: 29/01/2010

Resumen

La comunicación puede influir notablemente en la salud de la población. En Atención Primaria de Salud (APS), la comunicación adquiere un carácter esencial debido a que es necesaria en la realización de la mayoría de los objetivos de dicho nivel de salud tales como en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud. Los tipos de comunicación son el verbal y el no verbal, ocupando este último un papel más activo en el proceso de comunicación. Nuestro cuerpo, el tono, las pausas, las risas, etc. son elementos no verbales de importancia en el proceso de comunicación interpersonal con el paciente. En cuanto a la comunicación de masas, el uso correcto de medios impresos y medios de comunicación de masas puede ayudar al profesional sanitario de APS a desarrollar campañas sanitarias de salud dirigidas a la población en general. Las características que debe tener todo proceso de comunicación efectiva para garantizar la calidad en dicho proceso son definidas. Se presentan varias situaciones en APS donde el uso de la comunicación se hace necesario dándose una orientación y pautas a seguir. La comunicación para la salud es una herramienta clave en la labor del profesional de APS. 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. Es necesaria una mayor formación por parte de los profesionales de Atención Primaria en técnicas de comunicación.

Palabras clave: *comunicación, campañas sanitarias, Atención Primaria de Salud.*

Abstract

Communication could highly influence to the health of the population. In Primary Health Care (PHC), communication get an essential character due to that it is necessary in developing most of these health level purposes, like disease prevention and health promotion. The types of communication are the verbal and non-verbal, being the last one more active in the process of communication. Our body, tone, pauses, laughs, etc. are important non-verbal elements in the process of interpersonal communication with the patient. Regarding to mass communication, the right use of print media and mass media may help the health professional in PHC to develop health campaigns addressed to the general population. The characteristics of every process of communication to ensure quality are defined. Some situations are showed in PHC where the use of communication becomes necessary giving counselling and steps to follow. Health communication is a key tool in the PHC professional work. The use of effective communication would increase the health results, especially in health promotion and disease prevention. More training for health professionals in communication techniques is needed.

Keywords: *communication, health campaigns, primary healthcare.*

* Correspondencia: dcatalan@ual.es

Introducción

La comunicación es un fenómeno polivalente que define una serie de acciones por la que unas partes se ponen en común. Según el Diccionario de la RAE, el término engloba muchas acepciones, por lo que la idea etimológica es la más exacta a nuestras necesidades, quedando reducida a la transmisión de un punto a otro y puesta en común de ambos elementos.

El ser humano es comunicante porque tiene la capacidad de comunicar, es comunicativo porque tiene deseos de comunicar, y es comunicador porque realiza actos comunicativos. Los actos humanos están cuajados de comunicación.

Todos los seres humanos necesitan relacionarse, intercambiar información, sentirse vivos, en definitiva comunicarse^{1,2}. Dicha necesidad primaria radica en la condición innata de interactuar con el entorno que les rodea. La comunicación es la acción social que todos los seres humanos realizan en más ocasiones a lo largo de la vida². En esta línea se ha demostrado¹ que en las grandes ciudades, la mayoría de la gente pasa aproximadamente el 70% del tiempo de vigilia en alguna forma de comunicación, ya sea, leyendo, escuchando, hablando o escribiendo. No es posible el desarrollo humano individual si permanecemos mental, social o físicamente aislados.

La comunicación juega un papel muy importante en la sociedad de hoy día y la salud es uno de los ejes principales en esta sociedad. Salud y comunicación son dos conceptos que no pueden entenderse sin estar íntimamente vinculados, pues la comunicación puede afectar positiva o negativamente a la salud personal o social del mismo modo que el estado de salud influye en la comunicación.

No cabe duda que las Ciencias de la Salud imponen una clara necesidad por parte del profesional sanitario en poseer un buen conocimiento científico y técnico del tratamiento a aplicar, pero además, y para conseguir unos mejores resultados, se debe cuidar otros factores de indudable influencia en el cometido profesional. Uno de estos factores determinantes del resultado final en la intervención profesional del sanitario es la *comunicación*.

El presente artículo presenta la comunicación como un arma que el personal sanitario tiene que utilizar como parte integral en su intervención profesional. Además, se observará en el transcurso de la misma cómo en la Atención Primaria de Salud, el uso de la comunicación se hace aún más necesario para conseguir una praxis efectiva y de calidad.

Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar³. La APS, a la vez que constituye

el núcleo del sistema nacional de salud forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad, siendo sus funciones principales la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mediante la realización de intervenciones y campañas sanitarias.

Comunicación

En la literatura se pueden encontrar gran cantidad de definiciones sobre el término ‘comunicación’. Proviene del latín ‘communicatio’ y significa intercambio mutuo y ‘communico’: compartir. Las más representativas son las siguientes:

- La comunicación se presenta en diversos formatos. La comunicación interhumana es el conjunto de procesos según los cuales se transmiten y se reciben diversos datos, ideas, opiniones y actitudes que constituyen la base para el entendimiento o acuerdo común^{2,4}.
- Es el trato o correspondencia entre dos o más personas⁵.
- Es el proceso a través del cual los individuos condicionan recíprocamente su comportamiento⁴.

Aristóteles definió el estudio de la comunicación como la búsqueda de “todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance”⁶. Analizó las posibilidades de los demás propósitos que puede tener un orador; sin embargo, dejó muy claramente asentado que la meta principal de la comunicación es la persuasión, es decir, el intento que hace el orador de llevar a los demás a tener su mismo punto de vista.

Breve teoría de la comunicación

El proceso de la comunicación

Laswell es uno de los autores considerados padres de la comunicación. En el 1942 definió el modelo de las cinco W⁷:

Quién (Who)	dice Qué (says What)	a Quién (to whom)	Con Qué medio (which channel)	para Qué efectos (why effects)
emisor	mensaje	receptor	canal	objetivos

Figura 1. Modelo de las cinco W de Laswell (1942)

En 1960, Jakobson⁷ mejoró el modelo inicial de Laswell, introduciendo el término de ‘retroalimentación’ en el proceso de la comunicación, de tal forma que, para que exista verdadera comunicación, el receptor ha de enviar un mensaje al emisor, lo que constituye la retroalimentación o *feedback* necesaria para que el proceso comunicativo sea completo y efectivo.

Componentes básicos de la comunicación

a. Emisor:

El emisor es el sujeto que diseña y dirige un contenido con información. El contenido debe ser lo más apegado a la realidad, separando los hechos reales de las opiniones subjetivas. El emisor debe disponer de habilidades comunicativas, recursos culturales, aducativos, etc.

El mensaje deberá ser transmitido con la mayor exactitud, claridad y sencillez, de manera que la reacción producida por el impacto de éste sea decisiva y liquide toda posible resistencia al cambio o cualquier otro mecanismo de defensa del receptor.

b. Mensaje:

Seis son los requisitos que debe contener un mensaje, a fin de evitar toda posible deformación de lo que verdaderamente se desea transmitir:

- Credibilidad. La comunicación establecida por el mensaje presentado al receptor debe ser real y veraz, de manera que éste descubra fácilmente el objetivo de nuestra labor, y elimine actitudes preconcebidas que deformarían la información.
- Utilidad. La finalidad de la comunicación será el dar información útil para aquél a quien va dirigida.
- Claridad. Para que el receptor entienda el contenido del mensaje, será necesario que lo transmitamos con simplicidad y nitidez.
- Continuidad y consistencia. Para que la información ofrecida pueda ser captada, muchas veces es necesario emplear la repetición de conceptos, de manera que a base de la continuidad y consistencia podamos penetrar en la mente del receptor para vencer las posibles resistencias que éste establezca.
- Adecuación en el medio. En el proceso para establecer comunicación con los receptores en una organización será necesario emplear y aceptar los canales establecidos oficialmente, aún cuando estos sean deficientes u obsoletos.
- Disposición del auditorio. Es válido el siguiente principio 'la comunicación tiene la máxima efectividad, cuando menor es el esfuerzo que realiza el receptor para captar'. De tal manera que, una comunicación asequible dispone al auditorio a captar la noticia. Una forma oscura, que implique grandes esfuerzos por parte del receptor, lo predispone negativamente a los mensajes.

Pero, además, existen diversos factores que influyen en la comprensión del mensaje y que deben considerarse en todo proceso comunicacional:

- El género.
- La edad.

- El nivel de educación.
- La capacidad de comunicación.

c. Canal

Por canal de comunicación se entiende el vehículo o medio que transporta los mensajes: memoranda, carta, teléfono, radio, conferencias, películas, internet, televisión, etc. Existen varias formas en las que los mensajes pueden transcurrir por los canales:

- Informales, surgen espontáneamente. No son planeados y siguen las corrientes de simpatía y acercamiento entre las personas. Pasan de una persona a otra y se deforman en cada transmisión. Están constituidos por rumores, chismes, comentarios, etc.
- Formales, los cuales deben planearse y estructurarse adecuadamente. Puede decirse que a más comunicación formal, será menor la informal.
- Verticales, tanto ascendente como descendente.
- Horizontales.

d. Receptor

Es la persona que recibe y capta la información transmitida. Se debe tener en cuenta que en toda comunicación subsiste la tendencia a desarrollar mecanismos de defensa por parte del receptor, sobre todo cuando las informaciones llevan a cabo alguna modificación del *status quo* en que se vive y se actúa. De esta forma, todo lo que significa cambio puede correr el riesgo de ser rechazado, produciéndose consciente o inconscientemente barreras que obstaculizan la verdadera información o, en su defecto, la modifican, de manera que esto sea aceptable. En tal situación, podemos hablar del receptor en términos de sus habilidades comunicativas. Si éste no posee la habilidad de escuchar, leer y pensar, no estará capacitado para recibir y comprender los mensajes que la fuente ha transmitido. La cultura y situación en el sistema social del receptor, su *status* y su conducta afectan la recepción e interpretación de los mensajes.

Extraordinaria importancia tiene la reacción (respuesta o carencia de ella) del receptor ante la comunicación. Si no se afecta en el sentido planeado, pueden existir barreras o distorsiones. Para determinar si la respuesta es o no la deseada, resulta indispensable observar la conducta del receptor. Es necesario que el emisor obtenga cierta "retroalimentación" para que se produzca un verdadero proceso de comunicación.

Procedimientos e instrumentos en comunicación

El proceso interactivo de la comunicación humana se mantiene a través de los *canales biológicos naturales* (Sistema senso-perceptor y *Sistema emitivo*, formado por el habla, los gestos y otras formas expresivas).

En opinión de los sociólogos, al igual que el resto de los animales, el ser humano dispone de un “esqueleto de la conducta” heredado filogenéticamente, aunque el humano ha desarrollado un sistema comunicacional propio que nos diferencia del resto de los animales.

El antropólogo intenta aclarar que el desarrollo de la comunicación humana va unido al propio desarrollo humano. Así, en el libro “El mono al desnudo”, el antropólogo Desmond Morris dice que el proceso por el que el homínido llega a ser “*homo sapiens-sapiens*” (hombre sabio) u “*homo loquens*” (hombre hablante) u “*homo faber*” (hombre fabricante), es porque llega al máximo desarrollo en el proceso de *hominización*, por un lado, y en el de *humanización*, por otro⁸.

En efecto, hace más o menos quince millones de años, parece ser que la reducción de la masa arbórea en el planeta tierra hizo que los seres habituados a vivir en el medio arbóreo tuvieran que readaptarse al medio terráqueo, a pesar de que su equipamiento natural estaba adaptado a aquel otro medio arbóreo. De esta manera, el ser humano se vio obligado a sobrevivir en un medio distinto al que por naturaleza estaba preparado, momento en el que se cree que se produjo la diferenciación del desarrollo del humano con respecto a otros antropomorfos.

En opinión de los antropólogos, la hominización consiste en que el ser humano fue cambiando su fisonomía para adaptarse al nuevo medio (pierde pelo, adquiere la posición erecta, liberando la mano de la función motora de apoyo para adaptarse a la manipulación de objetos, aumenta la capacidad y el tamaño cerebral, etc.). Pero esto tuvo también consecuencias negativas, como el estrechamiento del agujero pélvico, que hace que el parto sea más difícil y aparezcan más prematuramente los hijos, que pudiera ser la causa de que el humano precise de una infancia más larga que el resto de sus antropomorfos, lo que conlleva también el que las madres deban dedicar más tiempo a su cuidado, lo que, a su vez, implica un aumento de la sociabilidad y de la capacidad comunicativa en el humano con respecto a otros animales superiores.

Son muy numerosos los estudios y clasificaciones sobre los procedimientos e instrumentos que se usan para la comunicación^{3,4,9}. Se suelen clasificar en el lenguaje verbal y las conductas y sistemas no-verbales. A este respecto hay que atender a unos conceptos básicos, lo verbal y lo no-verbal que, en la realidad no aparecen separados más que de forma excepcional pero que a partir de ahora, por simple funcionalidad, consideraremos de forma diferenciada. Los mensajes no-verbales pueden contradecir a los verbales, matizarlos, regularlos o reforzarlos⁷.

1. Lenguaje verbal:

Se presenta en forma oral o escrita. Es el lenguaje en su sentido más simple, siendo el método utilizado con mayor frecuencia, aunque tiende a tener menor efectividad. Recordemos la frase "las palabras se las lleva el viento". Se ha de tener en cuenta que la comunicación verbal se complementa con el lenguaje corporal y que debe haber homogeneidad entre ellos, que la postura y gestos no deberán contradecir lo que verbalmente se está comunicando. Es importante mencionar que en la emisión verbal del mensaje, la vista de la persona debe estar enfocada hacia los ojos del receptor. En caso de que sean varias las personas a las que se les dirige la palabra, la vista del emisor deberá alternar los ojos de las diferentes personas.

2. Conductas o sistemas no-verbales:

Diversos estudiosos se han ocupado de forma de comunicación no-lingüística que constituye la parte principal de la comunicación diaria, el "cara a cara". Para el antropólogo social Edward T. Hall, el "60% de nuestras comunicaciones no son verbales"¹⁰, lo que viene a significar que utilizamos los gestos en una proporción mucho mayor de lo que somos conscientes.

Nuestro cuerpo es muy expresivo, un experto en comunicaciones, Mario Pei, calcula que podemos producir alrededor "de 700.000 signos físicos diferentes", lo cual, si bien es una cifra impensable, no parece excesiva si tenemos en cuenta que sólo la cara según otro estudioso, Birdwhistell, puede producir ella sola 250.000 expresiones distintas¹⁰. De esta inmensa masa expresiva, se llevan catalogados unos 5.000 gestos definidos y unas 1.000 posturas distintas^{6,10}, por lo que queda un ancho campo para la investigación científica. No es extraño, entonces, que resulte tan difícil establecer patrones de comunicación gestual, ya que sus excepciones son mucho más que las reglas que hasta el momento se pueden enunciar.

A pesar de lo anteriormente expuesto, resulta interesante conocer las investigaciones que se han hecho al respecto. Si bien es imposible, en el estado actual del conocimiento científico, establecer reglas válidas para la mayoría de los casos, ello no impide que se pueda alcanzar un cierto avance en el reconocimiento de gestos y mejorar, simultáneamente, la eficacia de nuestra comunicación personal. Como sucede en la práctica con otras facultades humanas, el total de lo que se usa es infinitamente menor que su potencial. Tendemos a seguir rutinas y modas; sin contar que existe una fuerte presión social para estandarizar los gestos, a fin de hacer más sencilla la interacción. En suma, que si bien las alternativas que disponemos para transmitir, voluntaria o inconscientemente, un mensaje se cuenta por miles, en la vida cotidiana se reducen a unas cuantas decenas que se repiten y se combinan sin cesar¹⁰.

Herbert I. Schiller, primer autor que se refiere en sus escritos al "imperialismo cultural", distingue entre los sentidos de lo próximo y los sentidos de lo lejano. El tacto, por ejemplo, y el gusto y el olfato

precisan de la proximidad, mientras que la vista y el oído no la necesitan. El 90% de las sensaciones que adquirimos nos llegan por la vista y por el oído¹¹.

La mirada, junto con las expresiones faciales, constituye uno de los canales con mayor valor comunicativo. Las zonas faciales que más se miran son los ojos y la boca. Cuando miramos a nuestro paciente, le indicamos que es objeto de nuestro interés. Evitar su mirada tendrá el efecto contrapuesto e, incluso, a veces un claro signo de falta de interés o distanciamiento. Evitar persistentemente el contacto visuofacial es una característica de los pacientes deprimidos de forma severa. Por el contrario una mirada fija puede ser utilizada para incrementar la autoimagen, intimidar, señalar nuestra posición de superioridad o mostrar nuestra hostilidad. En una interacción dual y a una distancia de unos dos metros, el tiempo medio de mirada hacia el otro representa alrededor del 60% del tiempo, siendo este porcentaje algo mayor cuando se escucha que cuando se habla⁶. La conducta visual tiene también un papel relevante en la regulación de los turnos para hablar o escuchar, dando permiso al otro para hacer uso de la palabra, advirtiéndole que esperamos su atención, etc.

La posición corporal permite describir el grado de implicación durante la entrevista^{6,9}. Es frecuente observar una ligera inclinación hacia delante y apoyando lateralmente sobre la mesa en las actitudes de cooperación o, por el contrario, adoptando una posición cerrada, con los brazos y/o las piernas cruzadas, frente a desacuerdo con lo tratado o ante la presencia de resistencias emocionales.

El paralenguaje hace referencia a las características vocales del habla e incluye el tono, el timbre, la intensidad, la velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, etc^{2,4,9}. El conjunto de cualidades del habla es proporcional al verdadero significado de las palabras, dando mayor crédito a “cómo lo ha dicho” que a lo que “efectivamente ha dicho”. Una de las cualidades del entrevistador avezado debe ser “saber leer entre líneas” el verdadero significado de lo dicho por el paciente.

Esta forma de comunicación puede ser clasificada en conductas y sistemas no-verbales:

A. Conductas no- verbales (humanas y animales)

- Entonacional (tono, timbre, acento, volumen).
- Paralingüísticos (vocalizaciones, pausas, risas, toses).
- Cinesis, movimientos o expresión corporal (emblemas, gestos, ilustradores, muestras de afecto, mirada, reguladores y adaptadores).
- Conductas táctiles.
- Proxemias (distancias).
- El atractivo personal y los caracteres físicos.
- Artefactos (ropa, maquillaje).

B. Sistemas no-verbales (contextuales)

- Presencia/ausencia de otros.

- Ambientes naturales.
- Rasgos arquitectónicos y de diseño artificial y mixto.
- Elementos icónicos.

La comunicación en salud

Esta disciplina se define como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud. Incluye la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la atención sanitaria, la administración de recursos y la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de sus comunidades”¹². La Organización Panamericana de la Salud la define como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que indirectamente promuevan la salud, prevengan enfermedades o protejan a los individuos del daño” o “como un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé como resultado comportamientos individuales y sociales sanos”¹³.

La comunicación para la salud abarca varios niveles, siendo los principales:

a. La comunicación interpersonal. Se refiere a varios tipos de comunicación:

- Vertical: comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. Ésta puede ser individual o grupal.
- Horizontal: aquella comunicación del profesional dentro de su Equipo Básico de Salud, o del paciente con su entorno más próximo (familiares, amigos, vecinos, compañeros, etc.).

b. La comunicación de masas. Es aquella comunicación que se transmite a un elevado número de población por los canales denominados “medios de comunicación”, por ejemplo, televisión, radio, prensa, etc.

Existen muchas y distintas expectativas (o necesidades) del enfermo con respecto a la comunicación. Son aspectos de gran impacto de satisfacción de los usuarios¹⁴, pudiendo sintetizarse en:

- Recibir *información* suficiente, accesible y comprensible.
- *Apoyo y orientación* en la toma de decisiones.
- Garantía de *confidencialidad* sobre los contenidos.
- Respeto a la *intimidad* de las personas implicadas.

Este tipo de comunicación interpersonal con el paciente se caracteriza habitualmente por la asimetría de la relación entre el profesional y el paciente¹⁵. Ello es debido a dos causas fundamentales: enfermedad frente a salud, e ignorancia frente a saber profesional, con lo cual unos, los enfermos, dependen de los

otros, profesionales de la salud, que tienen poder sobre ellos (el de cuidarlos y curarlos). Una clave fundamental en este punto es la de evitar que esta dependencia se convierta en inferioridad y haya agresiones a la dignidad personal⁹.

Algo reconocido y evidente en el mundo sanitario es la conocida existencia de diferentes 'lenguajes' entre los interlocutores en la comunicación interpersonal entre el profesional y el paciente. Encuentra su justificación en los contextos tan distintos desde los que se abordan la relación de los usuarios y enfermos, de una parte, y de los profesionales sanitarios, de otra. A veces se usan códigos tan dispares que la comunicación se hace muy difícil cuando no imposible.

La comunicación en Atención Primaria de Salud

Según la definición de comunicación para la salud¹², promocionar la salud y prevenir la enfermedad son dos funciones principales de esta disciplina. Para conseguirlo, es necesaria una modificación en los hábitos de vida o en las conductas y la comunicación contribuye en aportar información al individuo, favoreciendo así el nivel de conocimientos sobre un determinado tema. Pero este aumento de conocimientos no ha demostrado que, por sí sólo, modifique las conductas a otras más saludables. En realidad, la comunicación por sí sola únicamente produce un aumento en la información proporcionada al paciente, pero nunca un cambio de su conducta. Los siguientes estudios lo afirman:

- McQuail (1997) concluyó en sus investigaciones que tener conocimientos no es suficiente para cambiar conductas¹⁶.
- Biener y Siegel (1997) afirmaron que sus análisis de datos rara vez han encontrado una estrecha correspondencia entre cambios de conocimientos y cambios de conductas¹⁷.

Una comunicación eficaz asociada con estrategias a nivel social y político, es la fórmula que numerosos estudios han demostrado ser efectiva para conseguir un cambio de conductas hacia otras más saludables.

La comunicación eficaz en Ciencias de la Salud

Algunos de los defectos que se producen de forma frecuente en el ámbito de la comunicación para la salud son:

A. Desde el emisor.

- No organizar el pensamiento antes de hablar.
- Expresarse con imprecisiones no comprensibles por el receptor.
- Introducir demasiadas ideas en un juicio.
- No apreciar la falta de eco, la capacidad de comprensión del interlocutor.

B. Desde el receptor.

- No prestar la atención debida, al emisor o a su mensaje.
- Estar pensando en la respuesta que hay que dar antes de terminar de oír lo que dicen.

- Fijarse más en el detalle en lugar de recoger el sentido global del mensaje.
- Intentar encajarlo todo en los propios esquemas mentales sin ver ni comprender al otro.

Una efectiva comunicación para la salud debe disponer un contenido con las siguientes características¹²:

- Exactitud. El contenido del mensaje debe ser sin errores de interpretación o que de lugar al receptor a realizar conclusiones falsas.
- Disponibilidad. El contenido debe estar disponible al público objetivo de la forma más apropiada de recepción que presente este público.
- Comparación. El contenido debe reflejar las ventajas y puntos positivos.
- Consistencia. El contenido principal debe estar presente de forma redundante a lo largo del tiempo.
- Nivel cultural. El contenido ha de estar adaptado a las características que presente el público objetivo (educación, etnia, discapacidad, etc.).
- Basado en la evidencia. El contenido debe estar basado en un riguroso y relevante control científico.
- Alcance. El contenido debe llegar o estar accesible al mayor número de población del público objetivo.
- Seguridad. La fuente del contenido debe ser segura y actualizada.
- Repetición. El contenido debe ser enviado o accesible de forma continuada en el tiempo.
- Oportunismo. El contenido debe ser entregado o disponible cuando el público esté más receptivo.
- Comprensión. El nivel del lenguaje y formato del contenido deben estar adaptados a una audiencia específica.

El uso de la comunicación en Atención Primaria de Salud

El trato, la relación con el paciente y la comunicación que se mantiene con él, adquieren una gran importancia durante la intervención sanitaria que está recibiendo. La comunicación para la salud es un arma esencial en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, funciones principales de la APS. Es por ello que la comunicación adquiere una especial relevancia en este campo.

En la actividad del profesional de Atención Primaria se debe hacer uso de una comunicación eficaz en diversas actividades diferentes destacando las siguientes:

1. La comunicación interpersonal:

- Entrevista clínica en consulta.
- Talleres grupales.
- Relaciones con el Equipo Básico de Salud en Atención Primaria (EBAP).

2. La comunicación de masas:

- Campañas sanitarias en los medios de comunicación.

La comunicación interpersonal

1. Entrevista clínica en la consulta.

Debe ser dividida en dos partes fundamentales, la exploratoria y la resolutive. En la parte exploratoria se pretende fundamentalmente delimitar la demanda, obtener los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema, las creencias y las expectativas del paciente. En la parte resolutive se procederá a transmitir la información obtenida, compartir con el paciente un plan de actuación, lograr el cumplimiento de las medidas propuestas, persuadir y negociar, verificar la comprensión de las instrucciones proporcionadas y toma de precauciones.

2. Talleres grupales.

En Atención Primaria se realizan talleres grupales de forma bastante frecuente. La comunicación debe ser sumamente cuidada debido a que los receptores suelen ser de 5 a un máximo de 15 personas (18), lo que requiere que el profesional domine y responda a las demandas planteadas con una comunicación eficaz en todo momento.

En estas actividades el profesional sanitario realiza una función docente que se encuentra involucrada en un proceso de enseñanza siendo basada en una intervención comunicacional. Por lo tanto, si es eficaz deberá lograr cambios en el receptor o paciente.

El grupo desempeña un papel fundamental y determinante en la formación de actitudes (15). Por ello la adhesión a un grupo favorece el desarrollo de motivaciones que refuerzan las actitudes del individuo.

El mensaje debe ser comprensible y no sobrecargado de información, siendo preferible dar un mensaje claro a dar varios de forma rápida. Es recomendable ofrecer a los participantes un texto en el que puedan consultar y recordar siempre que quieran lo que se les ha comunicado en el taller grupal.

Las técnicas de grupo permiten trabajar con (19):

- Creatividad.
- Trabajo.
- Interactividad.
- Autonomía.
- Diversificación e intercambio de competencias.
- Empatía.

De las técnicas de comunicación que se pueden realizar a nivel grupal destaca el “*torbellino de ideas*”. Esta técnica estimula a los participantes para que, a partir de un concepto o problema, expresen ideas originales y novedosas, mediante el mecanismo de libre asociación de ideas. Tiene dos tiempos:

- En una primera fase los participantes deben expresar libremente lo que se les ocurra sin preocuparse de que sea descabellado o una tontería. El tiempo es variable pero no más de 15 a 20 minutos. Cuando deja de haber productividad es conveniente cerrar.
- En la segunda fase se efectúa un análisis crítico. Las ideas se leen y analizan.

3. Relaciones con el Equipo Básico de Atención Primaria.

El profesional de Atención Primaria, como parte integrante del EBAP, debe mantener unas relaciones basadas en una comunicación fluidas con los distintos profesionales que atienden al paciente desde sus diversas perspectivas.

La forma idónea de trabajo en equipo es la basada en el modelo transdisciplinar, teniendo presente que el trabajo en equipo siempre va a producir un beneficio en el paciente. En este modelo de trabajo transdisciplinar, en el que a la afluencia de conocimientos interdisciplinares que supone la confluencia de saberes desde las diversas profesiones de los componentes del equipo se añade un deseable solapamiento de actuaciones que, sin llegar a incurrir en el intrusismo, beneficia los resultados, la comunicación en el equipo debe ser clara, objetiva, veraz, fluida y empática.

La comunicación de masas

El uso de los medios de comunicación para difundir información para la salud puede ser una vía eficaz para aumentar la salud poblacional. Los medios de comunicación se caracterizan por el gran número de público objetivo al que dirigen el mensaje (17). El mensaje puede ser enviado por diversos canales a las grandes masas de población, siendo los más característicos:

1. El panel, póster o folleto.

Este medio puede resultar muy fácil de elaborar, siendo además el más barato. Tiene la limitación que difícilmente llega a la población analfabeta. Es por ello que debe estar acompañado de ilustraciones simples y aclaratorias.

Estos materiales deben reclamar la atención y, a la vez, ser económicos. Deben ser distribuidos en gran cantidad, de modo que llegue a muchas personas, lo cual requiere mantener el coste a nivel bajo. Uno de sus principales inconvenientes es que se trata de un recurso solo apto para población alfabetizada, aunque en el caso del póster o panel, la iconografía empleada puede vehicular un mensaje apto incluso para analfabetos. El contenido debe ser simple y claro; las ilustraciones tendrán por objeto atraer la atención, lanzar un mensaje y/o aclarar la información. Estos materiales no se distribuirán

nunca sin un programa, que debe acompañar siempre a cualquier intervención; por ejemplo, un folleto se puede distribuir después de una charla o un taller grupal, para ayudar a recordar las ideas y la información, sirviendo de refuerzo a lo aprendido.

2. Prensa escrita.

Se caracteriza porque puede ser leída por grandes audiencias de forma muy rápida. Al ser una información que la lleva el lector consigo, puede ser leída en numerosas ocasiones. Este medio también permite profundizar en la información de forma más extensa que en otros. También se puede compartir la lectura con familiares, compañeros o amigos, por lo que el mensaje puede llegar a más población. Además tiene la limitación en personas analfabetas.

3. Radio.

La radio es el medio de comunicación de masas de mayor cobertura, puesto que llega prácticamente a todos los hogares. También se escucha mucho en los automóviles, oficinas, fábricas, etc. Esta gran capacidad de cobertura, incluso superior a la de la televisión, es su principal ventaja. A ello hay que añadir la transportabilidad del receptor, lo que hace que sea un medio cuyos mensajes pueden recibirse en prácticamente cualquier lugar.

Una importante ventaja de la radio es que el oyente no debe poseer ninguna capacidad especial para recibir el mensaje, a diferencia de lo que ocurre con los medios impresos, cuya comprensión, generalmente, exige que el educando sepa leer y tener un cierto nivel de instrucción.

A través de la radio, pueden retransmitirse cuñas radiofónicas, noticiarios, charlas, programas dialogados, etc.

Entre los inconvenientes de la radio, cabe citar que es un medio que no sirve para enseñar métodos, es decir, para instruir de forma práctica cómo pasar a la acción de la conducta deseada, por lo que, en general, debe limitarse a inculcar conceptos e ideas y despertar el interés de los oyentes por el tema.

Otro inconveniente es que el mensaje suele ser de corta duración, excepto en los programas dialogados en forma de discusión entre varios expertos y un moderador, por lo que los mensajes deben ser repetidos para que tengan efecto, sobre todo los de corta duración (cuñas radiofónicas).

Aunque la radio tiene la desventaja sobre la televisión de que carece del impacto visual, lo que le confiere menos incidencia entre el público receptor, las ventajas mencionadas anteriormente hacen que sea un medio a tener presente en educación sanitaria, sobre todo al comienzo de las campañas masivas de promoción de la salud, con objeto de informar, concienciar y sensibilizar a la población sobre el tema.

4. Internet.

Este nuevo medio permite a la audiencia acceder a una gran cantidad de información. Presenta el problema que la fuente puede ser de dudosa procedencia provocando errores en el contenido y falsas interpretaciones. Actualmente es el medio que más está innovando en cuanto a comunicación para la salud, siendo de gran utilidad para aquellas zonas rurales de gran dispersión y a la que los profesionales no tienen un acceso fácil.

5. Televisión.

Es el medio de comunicación por excelencia en España. Posee unos ratios de audiencia superiores al resto de los medios.

La televisión utiliza conjuntamente la imagen, el sonido, el movimiento y el color para transmitir su mensaje a la audiencia de televidentes. Su único inconveniente es que es un medio unidireccional, es decir, no puede obtenerse un reflujo del receptor al emisor mediante preguntas y respuestas. A pesar de ello, la televisión es el medio de comunicación de masas de mayor potencial para educación sanitaria.

En España, según una encuesta (16) realizada en 2003, cada español dedica de promedio tres horas y doce minutos diarios a ver la televisión. La televisión es, con toda seguridad, el medio de comunicación de masas de mayor influencia en nuestro país.

En la televisión (20) el mensaje de educación sanitaria puede transmitirse a la población mediante spots publicitarios sobre información sanitaria, entrevistas, sesiones de discusión, películas documentales, programas específicos de educación para la salud, y películas argumentales con mensaje sanitario.

Conclusiones

1. La comunicación para la salud es una herramienta clave en la labor del profesional de Atención Primaria de Salud.
2. El uso de una comunicación eficaz, incrementará los resultados positivos del profesional de APS, sobre todo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. La comunicación interpersonal individual y grupal tiene que ser utilizada por el profesional continuamente en su práctica diaria, por ello debe estar capacitado para realizar una comunicación efectiva.
4. El uso de los medios de comunicación de masas por parte del profesional de Atención Primaria podría ser una estrategia muy efectiva para hacer llegar sus mensajes sanitarios a gran parte de la población de su Zona Básica de Salud.

5. Se impone una mayor formación por parte de los profesionales de Atención Primaria en técnicas de comunicación.

Referencias

1. Atkin, Ch., 1990. *Mass Communication and Public Health*. Sage Editions: Londres.
2. McQuail D. Introducción a la teoría de comunicación de masas. Paidós Ibérica: Barcelona, 1999.
3. Organización Mundial de la Salud. *La Declaración de Alma-Ata*. Conferencia internacional de atención primaria, 1978.
4. Olson J., 1992: *Using Communication Theory. An introduction to planned Communication*. Chapter, Sage: London.
5. Grunig and Grunig, 1992. *Models of Public Relations and Communications. Excellence in Public Relations and Communication Management*. LEA: Hillsdale, NJ.
6. Pierre Simón y Lucien Albert. *Las Relaciones Interpersonales*, Barcelona, Herder. Biblioteca de Psicología, 3, 1979.
7. Habermas J., 1991. *Moral consciousness and communicative action*. MIT Press: Cambridge.
8. Morris Desmond. *The Naked Ape: A Zoologist's Study of the Human Animal*. NY: Paperback, 1999.
9. Loscertales Abril F. y Gómez Garrico A. 1999. *La comunicación con el paciente*. Ed. Alhulia: Granada.
10. Roger E. Axtell, *Gestos*, Editorial Iberia, S.A. Barcelona 1993.
11. Schiller H. *Mass Communication and American Empire*. Kelley Publishers: NY 1976.
12. Healthy People 2010. *Area focus number 11: Health Communication*. Tomado de: <http://www.health.gov>. Consultada el 2 de mayo 2006.
13. Jackson L.D. y Duffy B.K., 1998. *Health Communication Research*. Westport, CT: Greenwood.
14. Berrio J., 1983. *Teoría social de la persuasión*. Mitre: Barcelona.
15. M., 1997. *Técnicas grupales: elementos para el aula flexible*. Novedades Educativas: Madrid.
16. McQuail D, Windhal S. Modelos para el estudio de la comunicación colectiva. Eunsa: Navarra, 1997.
17. Biener L, Siegel M. Behavior intentions of the public after bans on smoking in restaurants and bars. *Am J Public Health*. 1997 Dec;87(12):2042-4.
18. David J., 1990. *Juegos y trabajo social: un nuevo auxiliar de la práctica*. Humanitas: Buenos Aires.
19. López C., 1993. *Talleres ¿Cómo hacerlos?*. Troquel: Buenos Aires.
20. Jernigan D.H. y Wright P.A. *Media advocacy: lessons from community experiences*. *J Public Health Policy* 1996;17:306-30.