

RECS - Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2019 • Volumen 10 • Número 1 • Enero – Junio • páginas 1 – 108

Editorial

La desconfianza en las vacunas y los medios de comunicación en España

Originales

Comportamiento de la ciudadanía respecto a la información sobre salud: exposición, acceso y usos

Autopercepción de Salud, Calidad de Vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores

El lenguaje y la educación alimentaria. Resultados de un cuestionario poblacional

La importancia de informar ante la ansiedad y la resiliencia de pacientes que van a ser sometidos a una colonoscopia

Utilidad de la teoría de la conducta planificada para entender el consumo de frutas y verduras: evidencia de estudios en adultos y adolescentes chilenos

Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” – más de 20 años construyendo telemedicina

Revisiones

Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática

Factores que afectan a la credibilidad en el sistema sanitario occidental y las decisiones en el tratamiento de la salud. Una revisión de la literatura

Perspectivas

Anticipación, herramienta informativa para unir periodismo y salud

Administrando la Comunicación de Riesgos en una Emergencia Sanitaria, “El caso de la erupción del Volcán Calbuco”, Chile 2015

Una mayor empatía al VIH/SIDA a través de la educomunicación

uc3m



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

E ISSN 1989-9882

Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2019, Volumen 10 – Número 1 - Enero - Junio - páginas 1 - 108

ISSN 2444-6513 (versión impresa)
ISSN 1989-9882 (versión electrónica)
Depósito Legal: M-29853-2015

Editada por:



Editor-Jefe

Dr. Daniel Catalán Matamoros, Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual, Universidad Carlos III de Madrid, España

Editores asociados

Dr. César Leal Costa, Universidad Católica de Murcia, España

Dr. Antonio López Villegas, Hospital Poniente de Almería, España

Comité editorial

Dr. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba, Universidad de Málaga, España

Dr. Carlos Elías Pérez, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. Patricia Rocamora Pérez, Universidad de Almería, España

Dra. María Teresa Icart Isern, Universidad de Barcelona, España

Dr. Carlos Javier vander Hofstadt Román, Universidad Miguel Hernández, España

Dra. Rosario Gómez Sánchez, Universidad Católica de Murcia, España

Comité Científico

Dr. Borja Arjona Martín, Universidad de Granada, España

Dr. José Luis Blanco Terrón, InCom-UAB, España

Dr. José Cerdán, Århus University Hospital, Dinamarca

Dr. Luís Manuel Cibanal Juan, Universidad de Alicante, España

Dr. Antonio Pithon Cyrino, Universidade Estadual Paulista, Brasil

Dr. Jesús Díaz del Campo Lozano, Universidad Internacional de la Rioja, España

Dr. Edgardo Escobar, ITMS-Telemedicina, Chile

Dr. Jeong-Nam Kim, University of Oklahoma, Estados Unidos

Dr. Javier Galán Gamero, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dr. Sergio Godoy Etcheverry, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Dr. Santiago Graiño Knobel, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. Liliana Gutiérrez-Coba, Universidad de La Sabana, Colombia

Dr. Melva Herrera-Godina, Universidad de Guadalajara, México

Dr. Knut Tore Lappegård, Universidad de Tromsø, Noruega

Dra. Remedios López Liria, Universidad de Almería, España

Dr. Carlos Macía Barber, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. M^a Carmen Neipp López, Universidad Miguel Hernández, España

Dra. Carmen Peñafiel Saiz, Universidad del País Vasco, España

Dr. Pedro Ramos Contreras, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Dra. Patricia Rocamora Pérez, Universidad de Almería, España

Dra. Carmen Roper Padilla, Fernihurst Nursing Home, Exmouth-Devon, Reino Unido

Dr. Carlos David Santamaría, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dr. Peter Schulz, University of Lugano, Suiza

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

Indexación en bases de datos

La revista RECS se encuentra indexada en las siguientes bases de datos:

- En la base de datos Emerging Sources Citation Index (ESCI), incluida en la plataforma Web of Science.
- En la base de datos ISOC y en las herramientas de análisis DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas) producidas por el CSIC.
- En las bases de datos ERIH Plus, CIRC y MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas).
- En la plataforma REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico).
- Incorporada a CUIDEN® es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index.
- Incluida en el catálogo LATINDEX. - Referenciada en Dialnet (Universidad de La Rioja).
- Indizada en Academic Search Premier (EBSCO).
- Indizada en DOAJ (Directory of Open Access Journals).

Nota de copyright

Los textos publicados en esta revista están – si no se indica lo contrario – bajo una licencia Reconocimiento - Sin obras derivadas 3.0 España de Creative Commons. Puede copiarlos, distribuirlos y comunicarlos públicamente siempre que cite su autor y la revista y la institución que los publica y no haga con ellos obras derivadas. La licencia completa se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/es/deed.es>

Los derechos de autor pertenecen al autor de la obra por el mero hecho de su creación:

- Los derechos de contenido moral son irrenunciables e inalienables.
- Los derechos de contenido económico, o derechos de explotación, pueden ser cedidos a terceros como ocurre con los trabajos publicados, en los que el autor cede parte o la totalidad de estos derechos a la editorial.

El autor puede autoarchivar sus artículos en un repositorio institucional, siempre que se cite su publicación en esta revista.

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Revista Española de Comunicación en Salud, publicación semestral.

Revista de acceso abierto y gratuito Suscripciones mediante envío de email a recs@uc3m.es

Contacto:

Prof. Dr. Daniel Catalán Matamoros

Despacho 18.2.E22

Universidad Carlos III de Madrid, Calle Madrid 133

28903 Getafe, Madrid España

e-mail: recs@uc3m.es

Web de RECS y envío de artículos: <http://www.uc3m.es/recs>

Contenidos

Editorial

- La desconfianza en las vacunas y los medios de comunicación en España/Vaccine hesitancy and the mass media in Spain
Daniel Catalán-Matamoros.....6-8

Artículos originales

- Comportamiento de la ciudadanía respecto a la información sobre salud: exposición, acceso y usos/The behavior of citizens regarding health information: exposure, access and uses
Gema Revuelta.....9-20
- Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores/Autoperception of Health, Quality of life and Psychological Well-being in a sample of major
María Hinojal Benavente-Cuesta, María Paz Quevedo-Aguado..... 21-29
- El lenguaje y la educación alimentaria. Resultados de un cuestionario poblacional/ Language and nutritional education. Results of a population survey
Francisco Javier Tejedor Martín, Begoña Pérez Llano, María Teresa Mijancos Gurruchaga, Pilar González Panero.....30-41
- La importancia de informar ante la ansiedad y la resiliencia de pacientes que van a ser sometidos a una colonoscopia/ The importance of reporting to the anxiety and the resilience of patients will undergo a colonoscopy
Juana María Olmo-Conesa, Magdalena Gómez-Díaz..... 42-49
- Utilidad de la teoría de la conducta planificada para entender el consumo de frutas y verduras: evidencia de estudios en adultos y adolescentes chilenos/Usefulness of the theory of planned behavior to understand the consumption of fruits and vegetables: evidence of studies on Chilean adults and adolescents
Macarena Peña-y-Lillo.....50-61
- Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” – más de 20 años construyendo telemedicina/Outreach Communication Office of Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” – more than 20 years building telemedicine
María Celeste Savignano, Mauro Castelli, Silvia Kassab, Antonio Luna..... 62-69

Revisiones

- Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática/Therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type II and use of basic mobile technology: a systematic review
Minerva Martínez Mateo, Daniel García Herrera.....70-80
- Factores que afectan a la credibilidad en el sistema sanitario occidental y las decisiones en el tratamiento de la salud. Una revisión de la literatura/Factors that affect credibility in the western health system and decisions in the treatment of health. A review of literature
Blanca María Muñoz.....81-86

Perspectivas

- Anticipación, herramienta informativa para unir periodismo y salud/ Anticipation, informative tool to join for journalism and health
Carlos Cachán-Alcolea.....87-93
- Administrando la Comunicación de Riesgos en una Emergencia Sanitaria, “El caso de la erupción del Volcán Calbuco”, Chile 2015/Managing the Risk Communication in a Health Emergency, “The case of the eruption of the Calbuco Volcano”, Chile 2015
Leonardo Díaz Bouquillard.....94-101
- Una mayor empatía al VIH/SIDA a través de la educomunicación/A greater empathy for HIV/AIDS through educommunication
Víctor Grande-López.....102-108

La desconfianza en las vacunas y los medios de comunicación en España

Vaccine hesitancy and the mass media in Spain

La desconfianza en las vacunas ha sido clasificada recientemente por la Organización Mundial de la Salud como una de las 10 amenazas de salud pública más importantes (WHO, 2019). Los nuevos brotes de sarampión ocurridos en España, 225 casos en 2018, han suscitado la alerta en los servicios de salud pública. A pesar de ello, la situación no es tan alarmante como en otros países europeos donde la incidencia ha sido notablemente mayor con 2913 casos en Francia, 2517 en Italia y 2293 en Grecia (ECDC, 2019). Sin embargo, es sorprendente observar cómo una enfermedad que se puede prevenir fácilmente con la vacunación, continúa ocasionando infecciones y muertes en países donde existen sistemas de salud aparentemente de calidad.

La bajada de la vacunación se achaca a varios factores considerándose un fenómeno complejo. El movimiento anti-vacuna, los problemas de cobertura en grupos vulnerables de la población, así como las controversias y polémicas sobre algunas vacunas, han favorecido que padres, sin haber sufrido los problemas ocasionados por las infecciones que previenen las vacunas, desconfíen y decidan no vacunar a sus hijos amparándose en el derecho de la libertad de elección.

El papel de los profesionales de los medios de comunicación es determinante en el ámbito de la vacunología social (Tuells, 2016). Los periodistas tienen una gran responsabilidad en generar confianza y no sembrar dudas hacia la vacunación. De hecho, los medios de comunicación son generadores de opinión pública (López Marrupe, 2019). En este sentido, es fundamental la colaboración con los científicos y expertos en salud pública para realizar un buen periodismo sanitario. Con tal fin, se ha reclamado la necesidad de mejorar la información científica que se publica en los medios de comunicación (Bosch, Escalas, Forteza, Serés, & Casino, 2018).

Es fundamental velar por una buena comunicación en salud no únicamente desde las organizaciones sanitarias sino también desde los medios de comunicación. Desde el equipo de investigación COMSALUD de la Universidad Carlos III de Madrid estamos desarrollando un conjunto de investigaciones observacionales para analizar la cobertura periodística sobre vacunas en nuestro país. Para ello, se han analizado las publicaciones durante un periodo de cinco años, 2012-2017, correspondiente a los dos periódicos de información general y de pago con mayor

tirada en nuestro país, El País y El Mundo. A continuación procedo a exponer algunos de los hallazgos más significativos que se han desvelado.

En primer lugar hemos revisado la investigación previa existente en la literatura científica sobre la comunicación pública sobre vacunas y cómo se presentan los mensajes en los medios de comunicación (Catalan-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2019a; Catalan-Matamoros, Santamaria-Ochoa, & Peñafiel-Saiz, 2019). La mayor parte de la investigación se ha realizado en Estados Unidos, aspecto que limita el conocimiento existente a dicho ámbito geográfico y socio-cultural. Estos estudios muestran que la información sobre vacunas contiene incorrecciones científicas y predomina un tono negativo hacia la vacunación. Los datos son preocupantes porque nos indican un desconocimiento de la cobertura sobre vacunas en medios de comunicación en otros países y, por otro lado, refleja una información de escasa calidad. En el caso de España, únicamente se encontraron tres publicaciones previas analizando aspectos concretos como los titulares (Camaño Puig & Martí Jiménez, 2017), así como las coberturas sobre la vacuna de la viruela (Martínez-Martínez, Tuells, & Colmenar-Jarillo, 2015) y del virus del papiloma humano en la prensa valenciana (Tuells et al., 2013). Nuestra investigación continua y amplía esta línea investigadora en España para profundizar en el análisis de todos los contenidos sobre vacunas en prensa nacional y generalista.

En primer lugar se investigaron las características generales de la cobertura sobre vacunas en prensa escrita en base a la teoría de la agenda setting. Los resultados revelaron numerosos debates sobre brotes epidémicos, avances en investigación, así como algunas crisis relacionadas con la distribución y disponibilidad de las vacunas. Artículos con tono positivo y neutro hacia la vacunación aumentaron significativamente durante el periodo de estudio, mientras que aquellos con tono negativo permanecieron sin cambios observándose una reducción de artículos alarmistas. Los términos más usados en los titulares se agruparon en las siguientes categorías: a) actores relacionados con la vacunación; b) vacunas específicas; c) acciones relacionadas con la vacunación; y d) avances en investigación (Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2019b).

También hemos analizado la práctica profesional de los periodistas especializados en salud y las diferencias con periodistas generalistas en relación a la cobertura sobre

vacunas. El 52% de artículos analizados fueron escritos por periodistas especializados en salud que se diferenciaron significativamente de los generalistas específicamente en que publicaron más reportajes, menos artículos de opinión, usaron una perspectiva neutral hacia la vacunación más frecuentemente y recurrieron a más fuentes científicas, especialmente aquellas de asociaciones profesionales y revistas científicas (Daniel Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2019c). Estos resultados aportan evidencia al valor añadido de la especialidad en periodismo de salud, e identifica algunos aspectos que pueden ayudar a mejorar la profesión periodística y la cobertura de temas sobre salud.

Otro análisis relevante fue el del contenido visual. Las imágenes son recursos esenciales para reforzar la atención, la comprensión, el recuerdo de información. Por ello, se analizó el contenido visual que aparece en los artículos sobre vacunas para identificar patrones clave que pueden influir en la actitud de los lectores hacia la vacunación. La fotografía fue el recurso visual más usado por los periodistas y los cuadros 'interés humano' y 'conflicto' fueron los más frecuentes. Los

Los periodistas tienen una gran responsabilidad en generar confianza y no sembrar dudas hacia la vacunación

temas predominantes que mostraban las imágenes fueron la acción de la vacunación, el recipiente de la vacuna, investigación y diferentes aspectos biológicos de las vacunas (Catalán-Matamoros & Peñafiel-Saiz, 2019d).

Se puede observar que la cobertura en medios generalistas en España es positiva y fomenta la vacunación. Por ello, nuestras futuras investigaciones se centran hacia el análisis de las redes sociales, para conocer si los contenidos sesgados y negativos sobre vacunas que promueven la desconfianza en las vacunas están presentes en estos medios. No podemos olvidar que 11 países europeos han establecido la vacunación obligatoria y que en estos países la falta de información y las noticias falsas fueron consideradas las razones principales influyentes en la caída de las tasas de inmunización (Bozzola et al., 2018). Con estas investigaciones pretendemos aportar mayor conocimiento a esta amenaza global de salud pública que puede provocar daños importantes en la población.

Daniel Catalán-Matamoros

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

 dacatala@hum.uc3m.es

Referencias Bibliográfica

- Bosch, F., Escalas, C., Forteza, A., Serés, E., & Casino, G. (2018). Lista de comprobación para mejorar la información sobre fármacos en la prensa: la importancia de informar sobre las fases y la incertidumbre de la investigación = A checklist for improving drug information in the general press: the importance of reporting on the phases and uncertainty of research. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 9(2), 203–214. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4498>
- Bozzola, E., Spina, G., Russo, R., Bozzola, M., Corsello, G., & Villani, A. (2018). Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: the position of the Italian pediatric society. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0504-y>
- Camaño Puig, R., & Martí Jiménez, E. (2017). La vacuna del Virus del Papiloma Humano en los titulares de prensa. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 22(2). <https://doi.org/10.5209/ESMP.54262>
- Catalán-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2019a). How is communication of vaccines in traditional media: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 34–43. <https://doi.org/10.1177/1757913918780142>
- Catalán-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2019b). Medios y desconfianza en vacunas: un análisis de contenido en titulares de prensa. *Revista Latina de Comunicación Social*, 74, 786–802. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2019-1357>
- Catalán-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2019c). Specialty matters. Analysis of health journalists' coverage about vaccines. *El Profesional de La Información*, 28(2), e280201. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.mar.01>
- Catalán-Matamoros, D., & Peñafiel-Saiz, C. (2019d). A visual content analysis of vaccine coverage in the print media. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, In press, 1–7. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1589289>
- Catalán-Matamoros, D., Santamaria-Ochoa, C.-D., & Peñafiel-Saiz, C. (2019). Message analyses about vaccines in the print press, television and radio: characteristics and gaps in previous research. *Journal of Communication in Healthcare*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/17538068.2019.1614377>

ECDC. (2019). *Monthly measles and rubella monitoring report*. Period covered: 1 January 2019 to 31 December 2018. Retrieved from European Centre for Disease Prevention and Control website: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/measles-rubella-monthly-monitoring-report-february-2019.pdf>

López Marrupe, I. (2019). El poder de la imagen de prensa. Análisis de la cobertura fotográfica de la crisis de refugiados en el periódico ABC = The power of the press photo. Analysis of the pictures coverage of the refugee crisis in the ABC newspaper. *Revista Española de Comunicación en Salud*, S1, 55–66. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4438>

Martínez-Martínez, P. J., Tuells, J., & Colmenar-Jarillo, G. (2015). [The late media emergency of smallpox vaccine, news coverage of Spanish press (1999-2004)]. *Revista Española de Quimioterapia*, 28(3), 125–131.

Tuells, J. (2016). Controversias sobre vacunas en España, una oportunidad para la vacunología social. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.006>

Tuells, J., Duro Torrijos, J. L., Chilet Rosell, E., Pastor Villalba, E., Portero Alonso, A., Navarro Ortiz, C., & Galiana de la Villa, E. M. (2013). Noticias sobre el virus del papiloma humano y su vacuna en la prensa valenciana (2006-2011). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 374–377. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.014>

WHO. (2019). *Ten threats to global health in 2019*. Retrieved February 7, 2019, from <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

Comportamiento de la ciudadanía respecto a la información sobre salud: exposición, acceso y usos

The behavior of citizens regarding health information: exposure, access and uses

Gema Revuelta^a

^a Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, España

Resumen

Introducción: Los comportamientos de la ciudadanía respecto a la información de salud pueden influir en sus relaciones con otras personas y en sus propias decisiones. **Objetivos:** Aumentar la comprensión sobre los cambios en los comportamientos de los ciudadanos españoles respecto a la información sobre salud (en cuanto a la exposición, acceso y uso de la misma) entre 2014 y 2018. **Metodología:** Se han realizado 6 grupos focales con ciudadanos en 2014 (N=31) y 4 con comunicadores especializados en salud en 2018 (N=23). Las transcripciones se han codificado y analizado con la ayuda del programa Atlas.ti 8. **Resultados:** En 2014, las redes sociales comenzaban a ocupar un papel central en el acceso a la información sobre salud, especialmente entre los más jóvenes. En 2018, en opinión de los comunicadores, aunque hay más contenidos de calidad online, las estrategias comerciales de las redes hacen que los ciudadanos estén más expuestos a noticias falsas o fake-news (incluyendo las pseudoterapias) y a contenidos superficiales (como la imagen corporal). Los temas que interesan a la población han cambiado y también su comportamiento respecto a la información. El uso de la información online en la relación médico-paciente no parece haber variado. **Conclusión:** En 4 años se han producido transformaciones en la exposición y el acceso a la información de salud que podrían implicar consecuencias en los comportamientos relacionados con la salud.

Palabras clave: comunicación de salud; redes sociales; relación médico-paciente; noticias falsas; fake-news.

Abstract

Introduction: The behavior of citizens regarding health information can influence their relationships with other people and their decisions. **Objectives:** To increase the understanding of behavioral changes of Spanish citizens regarding health information (exposition, access, and use of it) between 2014 and 2018. **Methodology:** Six focus groups were organized with citizens in 2014 (N = 31) and four with specialized health communicators in 2018 (N = 23). The transcripts have been coded and analyzed with Atlas.ti 8 software. **Results:** In 2014 social networks began to occupy a central role as a means of access to health information, especially among the youngest. From the opinion of communicators, in 2018 there is now more quality information online, but the commercial strategies of the social networks encourage the exposure of citizens to fake-news (including pseudo therapies) and superficial contents (i.e. body image). Citizens have changed their issues of interest and their behavior regarding health information. The use of online information within the doctor-patient relationship do not seem to have changed. **Conclusion:** In four years there have been changes in the exposure and access to health information that could have consequences on health behaviors.

Keywords: health communication; social networks; doctor-patient relationship; fake-news.

Introducción

La información que consumimos, compartimos y producimos influye en las relaciones que establecemos con otras personas, pudiendo llegar a ser decisiva para reforzar o cambiar comportamientos. En el ámbito de la salud, la información que comparten (o no) médicos y enfermos en la denominada “relación médico-paciente” (RMP) puede llegar a determinar la buena marcha de dicha relación y, por tanto, tener consecuencias en la salud de ambos. Pero el ser humano no solo es paciente, sino que tiene también otros muchos roles en los que la importancia de la información es central: el rol de consumidor (y, por tanto, en el punto de mira de mensajes publicitarios), el de ciudadano (con sus derechos y deberes democráticos en torno a la información), el de prescriptor de información (por ejemplo, cuando valora y comparte una noticia en sus redes) (O’Neill, Ziebland, Valderas, & Lupiáñez-Villanueva, 2014), el de sujeto con curiosidad e interés intelectual o incluso el de productor de información (prosumidor). Cada uno de nosotros desempeñamos, en un momento y circunstancias determinadas, uno o varios de estos roles, en una medida o en otra. Por ejemplo, aunque todas las personas que están conectadas a internet y a redes sociales tienen la capacidad de producir contenidos (User Generated Contents, UGC), en realidad son pocos los que contribuyen activamente a dicha función (Moreno, 2013). Por otra parte, las transformaciones que se han producido en las últimas dos décadas en el ecosistema de la comunicación, ocasionadas fundamentalmente (aunque no únicamente) por el cambio tecnológico que representan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), afectan a cada uno de estos roles.

La salud es uno de los temas que suscita más interés y curiosidad en las personas. En España, los estudios de percepción social de la ciencia que realiza la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) cada dos años reiteran este hecho de manera constante (2015, p. 319-320; 2017, p. 344-346). También en los estudios del Centro de Investigaciones Sociológicas la sanidad aparece entre las primeras posiciones cuando se les pregunta a los ciudadanos cuáles son los problemas principales del país y, sobre todo, cuáles son los problemas que más les afectan individualmente (CIS, 2018). Por su parte, los estudios del Pew Research Institute, entidad referente en la monitorización de las transformaciones de TIC en Estados Unidos, han confirmado también reiteradamente el interés por la salud como uno de los principales temas de búsqueda de información online (Rice, 2006; Kennedy and Funk, 2015).

Diversos autores han analizado cómo y por qué los ciu-

dadanos acceden a información sobre salud en internet. En una revisión sobre el tema (Cline & Haynes, 2001), los autores concluían que los consumidores acceden a esta principalmente con alguno de los siguientes propósitos: buscar directamente información sobre salud, participar en grupos de apoyo o consultar a profesionales sanitarios. Según estos autores, buena parte de la investigación y de la literatura sobre esta cuestión se había centrado hasta entonces en el estudio de la calidad de la información (o la falta de ella) y en la descripción de la brecha digital, mientras que aún faltaba investigación sobre internet como medio de comunicación y sus posibilidades.

La calidad de la información online

En la primera década de internet, numerosos estudios analizaron la calidad de la información online sobre salud. En una revisión sistemática, Eysenbach et al. (2002) observaron que un 70% de los estudios concluían que la calidad era un problema en internet, un 9% valoraron que la calidad era buena y un 22% llegaron a una conclusión neutra. Sin embargo, la gran variedad de planteamientos, objetivos y diseños utilizados en dichos estudios podían por sí solos justificar la disparidad en sus resultados, según los autores de la revisión. Por mostrar un ejemplo, en un estudio sobre los contenidos en YouTube en relación a la pandemia de gripe H1N1, la valoración del material encontrado fue positiva (Pandey, Patni, Singh, Sood, & Singh, 2010), mientras que en otro artículo del mismo año (Steinberg et al., 2010), otro grupo de investigación concluyó que YouTube no era un medio adecuado para los pacientes que buscaban información sobre el cáncer de próstata y sus tratamientos. Cabe matizar, sin embargo, que al tratarse de patologías diferentes, las conclusiones de estos autores no son totalmente comparables.

Desde entonces, la investigación sobre el tema se ha multiplicado, aunque uno de los focos principales de la investigación sigue siendo la calidad de la información online. Desde distintas instancias, se ha intentado compensar el problema de la calidad mediante la creación de sistemas de acreditación. Uno de los objetivos de la acreditación es ofrecer al ciudadano herramientas para reconocer los sitios confiables. En España, merece la pena destacar el trabajo que están realizando en este sentido algunos grupos de investigación (Mayer, Leis, & Sanz, 2009; Peñafiel, Echegaray, & Ronco, 2017). En una reciente revisión sobre cáncer de vejiga urinaria, se vio que la mayor parte de las páginas que informaban sobre este tema no estaban acreditadas (Corfield, Abouassaly, & Lawrentschuk, 2018). El avance en la acreditación no es aún una práctica extendida. Son ejem-

plos de referencia internacional los sellos HON (Health on the Net Foundation 'Fundación Salud en la Red') o, en España y Latinoamérica, la Web Médica Acreditada (WMA) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Los recursos y los procesos en el acceso y la búsqueda de información

Algunos investigadores han centrado su atención en los canales y recursos concretos utilizados para acceder a la información, así como en las estrategias de búsqueda. Por ejemplo, se ha analizado el papel de Google y otros buscadores para llegar a la información de salud online (Ybarra & Suman, 2006). Se han explorado los usos de Facebook (Cole-Lewis et al., 2016; Gage-Bouchard, LaValley, Mollica, & Beaupin, 2017; Kross et al., 2013; Rodríguez-gonzález et al., 2013; Strelakova & Krieger, 2017; Valle, Tate, Mayer, Allicock, & Cai, 2013), Youtube (Basch et al., n.d.; Chou, Hunt, Folkers, & Augustson, 2011; Orihuel Pérez-Klett, 2016; Sood, Sarangi, Pandey, & Murugiah, 2011; Wen, Chia, & Hao, 2015), Twitter (Himmelboim & Han, 2014; Pemmaraju et al., 2017) y de otras redes.

Se han analizado también los procesos mediante los cuales los individuos juzgan la fiabilidad de la información que encuentran (ya sea online u offline). En este sentido, se ha propuesto un modelo en tres etapas para la información online (Sillence, Briggs, Harris, & Fishwick, 2006, 2007). Según los autores, se produce en primer lugar un procesamiento rápido de la información, descartando los sitios con diseños de poca calidad o de apariencia comercial. Los sitios de diseño de calidad pasan a una segunda fase en la que los pacientes juzgan la calidad de su información y la capacidad de ofrecerla de forma personalizada. Finalmente, se integra la información online con la obtenida offline a través de su personal sanitario, familiares y amigos. Las mujeres de este estudio explicaron que, aunque el médico continuaba siendo su principal fuente de información y consejo, internet les había ayudado a comunicarse mejor con los médicos que les atendían y a tomar mejores decisiones.

La información online y la relación médico-paciente

En una revisión sobre la comunicación interpersonal entre médico y paciente, Llamero (2017) analiza cómo los determinados momentos de la historia han influido en las relaciones de poder que se establecen en dicho escenario. Por ejemplo, el impacto de la institucionalización, de la medicalización o el efecto de la visión preventivista y educativa de la salud pública. La autora simpatiza con la visión de los profesionales sanitarios como apomediadores (en

contraposición al concepto de inter-mediador, al que se le presupone una mayor injerencia en las decisiones):

Los apomediadores actuarían como guías, dando pistas sobre dónde está la buena información primaria y dando elementos de contexto conceptual para entenderla. En medicina, un médico apomediario es aquel que se muestra receptivo hacia las iniciativas de sus pacientes sobre las consultas a internet y les ayuda a entender tanto el lenguaje técnico de la biomedicina como la compleja relación de aplicación de estudios genéricos a la evolución del cuadro clínico de un paciente en particular. (Llamero Llamero, 2017, p. 105)

Esta visión representaría un cambio importante en la conducta de médicos y pacientes, aunque lo cierto es que aún no se ha investigado lo suficiente sobre su extensión real en la práctica asistencial. De hecho, los pocos estudios que se han realizado sobre esta cuestión muestran que aún hay mucho camino por recorrer. En un estudio de Lupiáñez-Villanueva et al. (2010) el 56.9% de los médicos entrevistados pensaba que la información online podía mejorar los conocimientos de los pacientes y facilitar su tratamiento de forma considerable mientras que solo un 10.1% creía que no iba a añadir nada a dichos conocimientos. En el mismo estudio, solo el 10.7% de los médicos indicaron que discutían con la mayor parte de sus pacientes sobre información sanitaria que habían obtenido por internet. Para un 56.8% esto sucedía solo de vez en cuando y o para un 10.7% nunca. Por su parte, Diaz et al. (2002) observaron que el 59% de los usuarios de internet no discutían con sus médicos la información que habían encontrado en la red. En un estudio más reciente, un 57% de los pacientes habían buscado en internet información relacionada con su medicación, pero solo el 46,81% de estos pacientes la discutieron con sus profesionales sanitarios (Sanders & Linn, 2018).

Décadas atrás, tras una revisión de la literatura sobre RMP, Ong et al. (1995) habían concluido que los médicos tienden a subestimar el deseo de información de los pacientes. Estos mismos autores constataron también otras tres afirmaciones que siguen estando vigentes. (A) El intercambio de información es una de las funciones clave de la relación médico-paciente y consiste en un acto en el que "se da-información" y "se recibe-información". (B) La información es utilizada por el paciente como herramienta para satisfacer dos necesidades: la de conocer y comprender, por una parte, y la de dar a conocer y ser comprendido, por otra. (C) Los comportamientos de los médicos tienen consecuencias claras sobre los resultados en términos de salud, puesto que afectan a la satisfacción de los pacientes con la RMP, la adherencia al tratamiento, la comprensión de la información y, en general,

el estado de salud y la morbilidad.

Los pacientes tienden a considerar internet como un recurso adicional a las relaciones con sus médicos (Stevenson, Kerr, Murray, & Nazareth, 2007). En la misma línea, Ybarra y Suman (2006) indicaron que el 78% de los que habían buscado información online sobre sus propias enfermedades dijeron sentirse mejor respecto a la información que les había proporcionado su médico gracias a lo que habían encontrado en internet. Broom (2005) mostró que internet es un medio estratégico para muchos pacientes a la hora de recoger información y afrontar sus enfermedades, por lo que podría ayudar a “empoderar” a los individuos en su toma de decisiones. Sin embargo, el mismo estudio también dejó claro que para algunos especialistas médicos, los pacientes informados a través de internet suponen un desafío a su rol de poder en la consulta.

Por resumir este apartado, el desajuste entre las necesidades informativas de los pacientes y la infravaloración de dichas necesidades por parte de los médicos se traduce en deficiencias en la RMP; por su parte, la expansión de las TIC, con la posibilidad que plantea el entorno digital para acceder a información sobre salud y medicina, plantea cuestiones específicas y de envergadura en la RMP que deben seguir investigándose. La información online puede suponer una oportunidad en la RMP, pero, sin una adecuada comprensión y gestión de la misma, también puede constituir una barrera en el avance de la actual concepción de la medicina centrada en el paciente.

El objetivo de nuestro estudio es aumentar nuestra comprensión sobre los comportamientos de los ciudadanos españoles respecto a la información sobre salud en 2018 y en qué manera han cambiado estos respecto a 2014. En concreto, el estudio explora las siguientes preguntas de investigación (Q = Pregunta):

(Q1) ¿Cómo acceden los ciudadanos a la información sobre salud?

(Q2) ¿Cómo utilizan los diferentes medios de comunicación en el acceso y búsqueda de información (medios convencionales, redes, etc.)?

(Q3) ¿Por qué? ¿Qué motivos refieren los ciudadanos para realizar (o no) búsquedas de información de salud?

(Q4) ¿Cómo evalúan los ciudadanos la fiabilidad de una información online?

(Q5) ¿Cómo trasladan (o no) la información encontrada en internet a la RMP? ¿Cómo responden los profesionales sanitarios? ¿Cómo se sienten los ciudadanos, en tanto que pacientes o familiares de pacientes? ¿Qué consecuencias se derivan?

(Q6) ¿Ha habido cambios entre 2014 y 2018 en los

comportamientos de los ciudadanos en relación a la información de salud? ¿Cuáles? ¿Qué consecuencias podrían derivarse?

Métodos

Diseño

La investigación se basa en un diseño interpretativo cualitativo, utilizando para ello la técnica de los grupos focales. Se ha seleccionado esta técnica pues la intención no es analizar el qué o el cuánto, sino el cómo y el porqué; es decir, los procesos, las motivaciones personales, las experiencias personales, las opiniones y las percepciones. A diferencia de las entrevistas, los grupos focales permiten llevar al grupo a discusiones y debates en los que se comprenden mejor las distintas argumentaciones respecto a un tema. Además, los grupos focales permiten que sean los miembros del grupo quienes planteen nuevos temas despertando o no el recuerdo en el resto de los participantes o sometiéndolos a su valoración, lo que reduce la necesidad de intervención del investigador y limita la influencia de sus prejuicios y preconcepciones sobre el objeto de estudio.

En concreto, se han explorado las percepciones y experiencias de los ciudadanos sobre sus propios comportamientos, así como las visiones que tienen los expertos (en este caso, comunicadores especializados en salud y/o ciencia) sobre los comportamientos de los ciudadanos y de cómo han evolucionado en los últimos años (2014-2018).

Participantes

- **Grupos focales con ciudadanos.** Se han realizado 6 grupos focales durante el mes de abril de 2014. Un total de 31 personas participaron en el estudio (20 mujeres y 11 hombres). El número medio de participantes por cada grupo ha sido de 5 personas. Los participantes se han dividido en dos grupos: de edad igual a 35 años o más (N=16) y menores de 35 años (N=15). En total, se han organizado 3 grupos para cada uno de estos rangos de edad, dándose la posibilidad de acudir en horario de mañana o de tarde, para favorecer la participación de distintos perfiles profesionales y educativos. Los ciudadanos han sido reclutados a través de diferentes sistemas offline y online, incluyendo invitaciones a participar distribuidas por el campus de comunicación de nuestra universidad y los comercios del vecindario, así como en diversas redes sociales y medios online. Los participantes han sido informados del objeto de la investigación y han firmado los correspondientes consentimientos informados.

- **Grupos focales con comunicadores especializados en salud y/o ciencia.** Se han realizado 4 grupos focales durante el mes de septiembre de 2018. Un total de 23 personas han participado en el estudio (18 mujeres y 5 hombres). En uno de los grupos han participado 5 personas, en los otros grupos, 6. El participante de menor edad tenía 22 años y el mayor, 51. El reclutamiento de los participantes se ha realizado en el marco del Campus Gutenberg de la Comunicación y la Cultura Científica, un encuentro en el que se reúnen comunicadores especializados en estos ámbitos que proceden de distintas ciudades españolas. Los participantes han acudido de manera voluntaria y han sido informados de los objetivos del estudio y de sus usos, dando su consentimiento por escrito.

Instrumentos

Todos los encuentros han sido grabados, transcritos y codificados. En el caso de los grupos focales de 2014, la codificación ha sido manual, mientras que en el estudio de 2018 se ha utilizado el programa de apoyo a la investigación cualitativa Atlas.ti, versión 8. La investigadora responsable del estudio, autora de este artículo, ha diseñado las preguntas, ha moderado los grupos focales y ha codificado los contenidos en categorías. Por último, ha analizado e interpretado los resultados. A los ciudadanos (2014) se les ha preguntado directamente por sus experiencias personales y sus comportamientos, mientras que a los comunicadores (2018) se les ha preguntado por su percepción sobre los comportamientos de los ciudadanos y los cambios entre 2014 y 2018.

No se ha realizado tratamiento estadístico de los datos puesto que las muestras de sujetos estudiados no tienen pretensión de representatividad de la población. Los resultados se muestran de manera descriptiva, agrupando las respuestas según las categorías que han emergido de los propios datos durante el proceso de codificación.

Resultados

Grupos focales de ciudadanos

1. La salud como tema de interés general y en comparación con cuestiones de ciencia, tecnología y medioambiente

1.a. ¿Cuáles creéis que son los temas de mayor interés para los españoles?

En los grupos de 35 años o más, la mayoría de respuestas coinciden en temas de política, economía y empleo. La salud, los temas relacionados con la sociedad, el bienestar de cada uno y las medicinas alternativas,

son también mencionados espontáneamente en todos los grupos.

En todos los grupos de menos de 35 años aparecen en primer lugar, y de forma espontánea, la política, la economía, el empleo, la crisis y los temas relacionados con la salud (en dos de los 3 grupos de jóvenes se mencionan las dietas). En segundo lugar, se mencionan temas de ocio que les hagan “desconectar” (fútbol, programas de corazón, viajes).

1.b. ¿Os interesan a vosotros en particular los temas de salud, ciencia, medio ambiente y/o tecnología?

Los de 35 años o más. Excepto en dos casos, todos los participantes dicen estar interesados en temas de salud. No se observan diferencias en las respuestas dadas por hombres y mujeres. Los motivos mencionados para cada una de las temáticas son distintos. En el caso de la salud, diversos participantes especifican que les interesa en particular la información que tiene que ver con enfermedades que ellos mismos o personas cercanas a ellos padecen.

Participante 5: “Busqué si había algún avance con la diabetes porque mi hermana pequeña lo es. Me había comentado una conocida médica que sí había algunos avances, y busqué”.

La información sobre tecnología, más que despertar interés se considera necesaria para la vida actual para muchos de los participantes. Algunos mencionan que les interesa la información sobre temas medioambientales por la necesidad de educar a sus hijos en una cultura sostenible.

Los de menos de 35 años. Mientras que las 8 mujeres participantes muestran más interés por temas relacionados con la salud y el comportamiento humano (como la psicología), los 7 hombres muestran una clara inclinación hacia la tecnología (móviles, videojuegos) y algunas cuestiones específicas de la ciencia, como la astronomía, indicando en algunos casos específicamente que los temas de salud no les despiertan tanto interés.

1.c. ¿Recordáis alguna información reciente sobre ciencia y tecnología? ¿Y si incluimos aquí temas como el medio ambiente, las tecnologías o la salud y la medicina?

En general, en ambos grupos las noticias que se mencionan más frecuentemente (sobre todo al principio de la discusión) tienen que ver con catástrofes o situaciones de crisis naturales y/o ambientales (fracking, fuga de petróleo, ciclogénesis explosiva, etc.). En todos los grupos surge espontáneamente alguna noticia sobre salud. Al

aparecer esta, los demás participantes recuerdan también noticias de este ámbito con facilidad. En mayores hay más abundancia de ejemplos.

En primer lugar, recuerdan noticias médicas que salen fuera de lo normal, tales como técnicas espectaculares (trasplantes complejos, bioimpresoras, etc). Se mencionan asimismo avances en la investigación de problemas de gran prevalencia entre la población (cáncer, Alzheimer, dolor crónico). También se acuerdan de noticias sobre tratamientos alternativos y deficiencias del sistema sanitario.

Participante 23 (menos de 35 años): “Yo también me interesé por los avances en medicina respecto al Parkinson, Alzheimer y últimamente de quimioterapias que están saliendo para pacientes con muchos tumores que ya no tienen ninguno, etc.”.

En relación a las noticias tecnológicas, el salto desde la estratosfera es mencionado por varios participantes menores de 35 años. Diversas tecnologías móviles son referidas por ambos grupos, aunque con mayor frecuencia entre los jóvenes.

2. *Patrones de acceso y búsqueda de información*

2.a. ¿Cómo os llegó la información sobre estas noticias de salud que recordáis (referido a la pregunta anterior)?

Los de 35 años o más. La televisión e internet (en general, prensa digital) son los medios por los cuales la mayoría accedió a la noticia de salud que recuerdan. Una parte de los participantes tiene dudas acerca de si primero les llegó por alguna red social, alguna App o algún recurso instalado en su móvil o en su tableta. Dos participantes creen que fue a través de la radio. Una participante explica que no tiene televisión y que Facebook “es su telediarario”. Si bien los medios de comunicación (clásicos o nativos digitales) parecen ser la primera fuente de acceso a la información, en general todos coinciden que, si quieren profundizar más, buscan información a través de internet.

Participante 4: “Tengo muchos amigos por todo el mundo, me entero de lo que cuelgan y luego ya lo miro por Internet”.

Los de menos de 35 años. Internet es el medio unánime por el que obtienen la información. Aunque hay usuarios de prensa digital, la mayoría comenta que el medio por el que les llega mucha información es Facebook. Algunos comentan que, además de Facebook, por los telediararios de televisión también les llega información. Una persona ha reportado información vía prensa escrita gratuita en el transporte público.

2.b. ¿Qué hacéis cuando una información os llama la atención?

Los de 35 años o más. En general, explican que siguen buscando información y cuando lo hacen, principalmente usan buscadores de internet como Google en primera instancia. Si es necesaria información complementaria, algunos de los encuestados acuden también a la biblioteca o consultan a expertos.

Los de menos de 35 años. La mayoría de los participantes de estos grupos afirman que, por lo general, esperan a que vuelva a aparecer de nuevo en Facebook o en medios digitales. Un participante explica que, al estar bombardeados constantemente de información, es más fácil dispersarse y cuesta más seguir un tema en concreto. Cuando siguen un tema concreto, localizan la información por internet, ya sea por buscadores, Facebook (Fanpage) o YouTube. En uno de los grupos de menos de 35 años se mencionó específicamente Twitter como medio de seguimiento de la información, pero el resto de participantes de su grupo coincidieron en que no les parecía un medio muy cómodo para seguir noticias concretas (no es tan visual como Facebook y requiere más dedicación y tiempo, según explicaron):

Participante 30: “No me aclaro mucho con él, así que no lo uso mucho. Facebook aún, por algunas empresas, ofertas de trabajo...”

2.c. ¿Has buscado recientemente (en los últimos 3 meses) información sobre salud en internet?

Prácticamente todos los participantes responden afirmativamente. En general, algo relacionado con algún problema de salud personal (síntomas, etc.). En todos los grupos, algún participante dice haber buscado información sobre medicinas alternativas. Algunos han buscado sobre los temas de la Marató de TV3 (programa de 24 horas de televisión que recoge fondos para investigar determinadas enfermedades).

3. *Fiabilidad y usabilidad de la información online sobre salud*

3.a. ¿Creéis que internet os permite encontrar información útil y fiable sobre salud?

Los de 35 años o más. En general se reconoce que en internet se puede encontrar información útil y fiable, pero que para llegar a esta es imprescindible un entrenamiento en la búsqueda de información. Para una parte de los participantes, internet puede ser también fuente de desinformación e incluso un peligro, por lo que muchos insisten en la necesidad de ser prudentes, no consultar temas

de salud en ciertos recursos (los foros no les parecen adecuados, mientras que Wikipedia les parece más fiable) o consensuar con el médico. Algunos creen que la salud merece un trato especial en internet y que debería haber más control o vetos a determinadas fuentes.

Participante 4: “Yo me quedo muy satisfecha, porque como voy investigando, al final encuentro lo que busco”.

Participante 25: “Soy escéptico en eso, porque la gente toma al pie de la letra Internet, y sobre todo en salud no es bueno, puede ser un problema. Gente que incluso se toma cosas porque lo ha leído en Internet”.

Los de menos de 35 años. Las respuestas son similares a las de los mayores, pero no se insiste tanto en la necesidad de entrenamiento previo y hay más opiniones que destacan las ventajas de buscar por internet información sobre salud (sobre todo, de cara a mejorar la comunicación con el médico).

Participante 6: “Por internet encuentras opiniones muy contradictorias y, al final, no sabes a quién hacerle caso. Siempre es más profesional que te diga algo un médico, es mucho más exacto que internet”.

Participante 7: “También depende del tema que busques. No es lo mismo buscar una definición de una enfermedad, que preguntar... ¿me pasa esto?, ¿qué hago? ¿Es grave? Ahí hay muchas más dudas”.

Participante 22: “Pero es diferente ir al médico teniendo preguntas concretas que no ir totalmente desinformado, porque igual no aprovechas del todo la visita”.

3.b. ¿Cómo reconocéis la información útil y fiable de aquella que no lo es?

Los dos grupos de edad coinciden en los mismos patrones de referencia. Las respuestas se dividen en 3 grupos de criterios. En primer lugar, los que tienen que ver con el diseño (aspecto de la página web, apariencia de rigurosidad y confianza en la primera página –colores adecuados a la lectura, tipo de letra, fotografías del autor, etc.–, texto claro y conciso, formas correctas de expresión, sin faltas de ortografía, actualizaciones y comentarios abundantes y recientes). En segundo lugar, los relacionados con la fuente de información (identidad del autor o medio: si es conocido, si es experto, si tiene trayectoria profesional en el tema). En tercer lugar, los que tienen que ver con la consistencia del contenido o contraste (si en la comparativa de diversas fuentes,

éstas coinciden en los puntos principales de la información requerida).

3.c. ¿Consultáis en foros o en redes sociales temas relacionados con salud?

En general, los grupos de distintas edades coinciden en que no consultan en foros temas de salud, aunque alguna vez sí los consultan para temas de ocio (cocina, viajes, etc.). En salud no inspiran confianza a ninguno de los encuestados.

Participante 15 (35 años o más): “Yo tampoco busco en foros, busco opiniones en temas de viajar, pero en ciencia, salud... no”.

Participante 30 (menos de 35 años): “No es útil, porque hay mucha falta de respeto a la hora de hablar en los foros. Falta alguien que modere, porque hay mucha gente que habla sin saber, y eso no se puede hacer”.

En redes sociales tampoco pregunta directamente ninguno de los encuestados. Los grupos de menos de 35 años, aunque son usuarios activos de redes sociales, no las usan para hacer preguntas acerca de su salud ni para seguir activamente un tema concreto, sino para informarse de manera general.

3.d. ¿Comentas con tu médico o médica la información que has encontrado?

Prácticamente todos los encuestados consultan con sus médicos la información que encuentran por internet. Las respuestas que dicen han recibido, por parte de los médicos, son en general positivas. Esta experiencia es percibida, sin embargo, como una excepcionalidad en algunos casos:

Participante 14 (35 años o más): “Yo, si es algo de salud sí se lo intento colar en la visita, y me he encontrado con médicos abiertos que me contestan, bien”.

Participante 3 (menos de 35 años): “Si pillas a un médico relativamente joven no hay problema, pero si es más mayor sí hay problema. Eso influye mucho”.

Los que comentan no hacerlo (4 personas, de un total de 31), es por una de las razones siguientes: a) porque no creen que “esté bien” consultar información médica en internet; b) porque consideran que la información buscada no reviste importancia (remedios caseros, detalles sobre la alimentación, etc.) o c) porque han consultado sobre medicinas alternativas y creen que a su médico no les va a gustar.

Grupos focales de comunicadores especializados

4. Los cambios principales en el periodo 2014-2018

¿Cuáles diríais que han sido los principales cambios (si es que los ha habido) en los comportamientos de la ciudadanía en su exposición, acceso y uso de la información sobre salud en los últimos 4 años?

El cambio que más se repite en los 4 grupos es la percepción de que, en comparación con lo que sucedía en 2014, ahora los ciudadanos están mucho más expuestos a informadores con pocos escrúpulos y a noticias falsas (o fake-news). En esta categoría, además de informaciones deliberadamente falsas, bulos y rumores sin contrastar, se incluyen también ejemplos de pseudoterapias (supuestos remedios o terapias sin base científica) y acerca de las supuestas perversidades del sistema sanitario (conspiración con la industria farmacéutica, ocultación de datos respecto a los riesgos de las vacunas o de la quimioterapia, etc.).

Participante 17: “Aunque lo que sí que se ha producido una emergencia por parte de esos grupos que intentan exponer la falsedad, pero de ahí a que tengan verdadero impacto... es difícil”.

Participante 10: “Recibimos más basura y fake-news, ya no sabes qué creer. En un chat con unos amigos estamos todo el día ¡Uy, perdona, parece que era fake! Y era evidente que no podía ser verdad, pero siempre hay alguien que cae y lo vuelve a enviar”.

En los cuatro grupos se repite la idea de que las fake-news generan desconfianza no solo ante el rumor o la noticia en sí, sino ante el sistema sanitario o la necesidad de acudir al médico si se sospecha que se tiene una enfermedad. En uno de los grupos, un participante se refiere a este problema en términos positivos; sin embargo, los participantes de su grupo se dividen a partes iguales entre los que están de acuerdo con esta opinión y los que no.

Participante 14: “Yo tengo la percepción de que hay un cambio, que la gente empieza a ser más consciente, no sé si es algo más reciente, no sé si hace 4 años... pero comienza a ser consciente de que en Internet hay información que no es veraz. Aquello de, ahora se ha puesto de moda, las fake-news, ¿no?, y el tema de la salud es un tema muy sensible, ¿no?”

En relación al problema de las fake-news y, en general, a la cuestión de la gran cantidad de información que exis-

te y a la que estamos expuestos, aparece en todos los grupos de manera espontánea la visión de que la sociedad (e incluso, los propios comunicadores en tanto que ciudadanos) no está, en términos generales, suficientemente preparada o educada para buscar y reconocer las mejores fuentes o las informaciones más fidedignas. En este sentido, se menciona en dos grupos que por eso se confía en figuras de referencia. Estos pueden ser desde personajes famosos hasta personas mayores del entorno familiar, que tienen criterios y opiniones sobre cuestiones de salud influyentes en las generaciones más jóvenes (los padres respecto a los hijos, por ejemplo).

Participante 2. “las personas son solitarias en sus búsquedas... Entonces [desde las empresas de comunicación y publicidad] están buscando gente que les meta pues toda la temática y estos influenciadores, - que son personajes públicos, médicos públicos, que les pagan por tener ciertas temáticas en la sociedad... - pero como esta persona no sabe, lo que hacen es empezar a seguirlas y tener más “conocimiento” de algunos temas”.

Otro cambio fundamental que mencionan los cuatro grupos, respecto a 2014, es la percepción de que ahora el consumo de la información se realiza en ritmos más rápidos y de que hay una pérdida de paciencia para profundizar, consumir recursos que tienen una duración larga, etc. La opinión generalizada es que este concepto del tiempo agrava el impacto de las fake-news.

Participante 15: “O sea, es como un consumo muy inmediato, muy “no puedo perder el tiempo” en determinados momentos, y las redes sociales, te puedes ver ahí atrapado. Incluso en valores o culto al cuerpo, al final es un tema superficial que no vaya contigo”.

En todos los grupos se mencionan también como cambios importantes las transformaciones tecnológicas y sus consecuencias. En concreto, en todos se habla de: a) el papel central de las redes sociales como nuevos distribuidores de la información (incluso cambiando la distribución de información elaborada desde los mass media), b) los cambios que estas redes han ocasionado en el propio ciudadano, en su consumo de información o en sus intereses temáticos (más tendencia a contenidos superficiales, como imagen corporal y culto al cuerpo), c) los cambios que han introducido los nuevos algoritmos de Facebook, Instagram y otras redes, con los que se llega directamente a los grupos que quiere el anunciante o emisor, y d) la gran visibilidad en redes de nuevos grupos de actores (grupos activistas, etc.). En dos grupos se habla explícitamente del cambio que representan los smartphones y la conexión 24 horas. En todos los grupos

se mencionan también las evoluciones y tendencias de las distintas redes sociales en las distintas edades.

Participante 1.: “Yo creo que totalmente, que lo ha cambiado todo. Es decir, ahora nos llega la información a través de las redes, ya no hace falta ni tenemos que ir a ver qué ha dicho tal o tal medio... y muchas veces ni siquiera hace falta ir a buscarlo a Google o a YouTube o Twitter... Nos llega por alguna de nuestras redes, claro que depende de la edad... unas redes”.

Participante 13: “Instagram también ha pegado un subidón muy grande y se basa en fotos, también es mucho más rápido de ver la foto y pasas, el culto al cuerpo, yo creo que por eso en estos años también ha subido muchísimo, hay muchísimos más gimnasios, más cosas relacionadas con dietas”.

Participante 13: “O acabas en medios de comunicación que ni conocías y piensas, ¿qué hago aquí?”. Participante 14: “A mí, al contrario, mucha parte dirigida a lo que yo busco”.

En menor medida, se mencionan otros cambios durante estos cuatro años. Entre estos, se comentan en al menos dos grupos la mayor necesidad de estar informados y la mayor exposición y acceso a fuentes especializadas.

5. La información online llevada a la RMP:

La información de internet que lleva el paciente o sus familiares a la consulta, a la relación médico-paciente: ¿Qué opináis, como especialistas en comunicación, pero también como usuarios de los sistemas sanitarios?

Los participantes explican – como pacientes – experiencias positivas y negativas en llevar la información online a la RMP, sin que se pueda generalizar una tendencia. Sin embargo, en general, coinciden – como expertos en comunicación – con la idea de que el médico debe ayudar a el paciente a reconocer la información útil, hacer de guía.

Participante 1: “Yo creo que los médicos deberían saber guiar al paciente, qué tiene que buscar en Internet, porque hay muchísima información”.

Pte. 16: “Como idea, hay por ejemplo en Cataluña, los pacientes están teniendo acceso a sus fichas médicas, tecnológicamente, y claro, podría ser o implantarse que el paciente tenga la posibilidad de escribir sus dudas con conceptos muy sencillos y el médico al consultar la ficha, ver cuáles son las preocupaciones de este paciente e interaccionar.”

Participante 16: “Nosotros, como pacientes, ya no solo como comunicadores nos hemos acostumbrado a que nos den un diagnóstico o a algún familiar sobre una

patología concreta y lo primero que hacemos nada más salir es coger el móvil y mirar en Internet.”

Pte. 12: “Yo lo que creo es que deben ser más proactivos, quiero decir, que no tienen que esperar que el paciente le haga una pregunta de algo que ha visto en Internet. Tiene que dar por supuesto que ha mirado”.

Discusión

La salud se sitúa como uno de los temas que suscita mayor interés entre los ciudadanos que han participado (aunque algunos hombres del grupo de los más jóvenes dicen no tener interés por el tema). El acceso a las novedades relacionadas con la salud se produce, por lo general, de forma pasiva (la información llega, simplemente, sin que la persona tenga que buscarla activamente). Las novedades que llegan al ciudadano son explicadas o bien por medios de comunicación –online u offline (como la televisión)– o bien por otros actores (por ejemplo, otros ciudadanos o bien empresas u otras organizaciones). Tanto en un caso como en el otro, los resultados de esta investigación muestran que las redes sociales ocupan un papel central en la distribución de la información y, por tanto, en la exposición de los ciudadanos a ella. Esta observación, que ya se apuntaba en los grupos focales de ciudadanos de 2014, es indiscutible hoy, según opinan los grupos de expertos de 2018. Estos últimos, además, añaden información sobre cómo en estos años los comunicadores, los publicistas y las empresas propietarias de las redes sociales han aprendido a estudiar mejor las audiencias y a distribuir estratégicamente los contenidos de manera cada vez más individualizada, así como exponer a cada individuo a los influenciadores que mejor se ajusten a su perfil.

En opinión de los comunicadores, las redes han propiciado que haya más exposición a contenidos falsos o no probados (fake-news), incluyendo pseudoterapias, y a contenidos superficiales (imagen corporal, etc.). Esto puede haber influido en los temas de interés actuales, pero no se sabe cuál puede ser su impacto real, y menos, a largo plazo.

Cuando una noticia interesa de manera particular, los ciudadanos (especialmente los de 35 años o más) explican que suelen buscar más información, usando preferentemente Google o incluso YouTube. Los más jóvenes, en general, no sienten esta necesidad de manera tan generalizada y confían en que sus redes les sigan actualizando sobre el tema. Respecto a la situación de 2014, en opinión de los especialistas, en 2018 ha aumentado la

sensación de que necesitamos estar informados, pero a la vez hay un ritmo de consumo más rápido y ha disminuido la paciencia del consumidor de información, por lo que es difícil la profundización en temas, sobre todo si son complejos.

Los criterios que utilizan tanto jóvenes como mayores para reconocer la fiabilidad de una información online son, en general, superficiales. Las cuestiones de diseño tienen mucha importancia, mientras que en segundo plano se evalúan otras cuestiones tales como la confiabilidad de las fuentes de información o la consistencia de los contenidos. En este sentido, esta investigación apoya los resultados de Sillence et al. (2006).

A diferencia de otros estudios (Lupiañez-Villanueva et al 2010), los participantes de los grupos de 2014 mayoritariamente explican que comparten la información con sus médicos y que éstos les responden de forma positiva. Sin embargo, al no disponer de datos relativos al nivel de estudios de los participantes, no podemos saber si este factor puede estar o no detrás de los hallazgos encontrados.

En los grupos de 2018, los comunicadores al ser interrogados, en tanto que pacientes, explican que prácticamente todos consultan información online sobre sus problemas de salud o los de sus familiares, y recuerdan experiencias personales positivas, pero también negativas. No se observa una tendencia en las respuestas recibidas por parte de sus médicos, por lo que no podemos afirmar que la conducta de los profesionales sanitarios vaya realmente en la línea de la apomediación (Llamero Llamero, 2017). Los comunicadores creen que los médicos deberían actuar como guía (ayudando a los pacientes a ser más efectivos en sus búsquedas), ser más proactivos, preguntar a los pacientes y dar por supuesto que estos han consultado o van a consultar la información online.

Por otra parte, la extensión en la búsqueda de información online por parte de los pacientes, de momento sigue sin representar una amenaza para el respeto al profesional médico (Lawson, R., Forbes, S., and Williams, J., 2011). Tanto en 2014 como en 2018, los participantes consideran que, aunque la consulta de información online les ayuda a interpretar mejor su enfermedad y a hablar con más claridad, la fuente de información y consejo que les merece más credibilidad son los profesionales sanitarios.

Antes de finalizar esta sección, es necesario recordar que los estudios cualitativos como el que se ha empleado

en esta investigación tienen múltiples ventajas, pero también las limitaciones propias de utilizar muestras pequeñas y no estadísticamente significativas.

Conclusión

Estos hallazgos sugieren que se han producido cambios en la exposición, acceso y uso de la información sobre salud por parte de los ciudadanos. En la actualidad, la exposición o no a la información ya no tiene tanto que ver con las estrategias de distribución de los medios de comunicación, sino con las de las empresas (prácticamente monopolios) propietarias de las redes sociales. Aunque en 2018 hay más volumen de información de calidad online (e incluso de fuentes muy especializadas) las estrategias de las redes hacen que los ciudadanos estén más expuestos a noticias falsas (o fake-news), a pseudoterapias sin fundamento y a contenidos superficiales (como los relacionados con la imagen corporal), por lo que sus intereses temáticos pueden estar cambiando.

La necesidad de sentirse informados es mayor, pero la percepción de urgencia y la diferencia entre la fácil accesibilidad a contenidos superficiales y la menor visibilidad de contenidos de mayor calidad hacen que sea difícil profundizar en un tema.

La búsqueda de información online, antes o después de hablar con el médico es una constante, por lo que intentar disuadir a un paciente de esta conducta carece de sentido.

Los resultados ponen también de relieve la importancia de que los médicos y los profesionales sanitarios entiendan qué transformaciones se han producido en el ecosistema de la comunicación pública sobre salud y aprendan a convertir los recursos informativos online y la curiosidad del paciente en una auténtica herramienta de apoyo a la RMP. Pero, para ello, es preciso que reciban formación y esta debería darse en las primeras etapas de sus estudios universitarios.

Financiación

Esta investigación ha sido financiada por la Fundación Española de Ciencia y Tecnología (FECYT), número de proyecto FCT-13-6863 (2014) y por la Fundación Vila Casas, en el marco del Proyecto Quiral (2018).

Referencias Bibliográfica

Basch, C. H., Yin, J., Kollia, B., Adedokun, A., Trusty, S., Yeboah, F., & Fung, I. C.-H. (2018). Public online information about tinnitus: A cross-sectional study of YouTube videos. *Noise & Health*, 20(92), 1–8. http://doi.org/10.4103/nah.NAH_32_17

- Broom, A. (2005). Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research*, 15(3), 325–345. <http://doi.org/10.1177/1049732304272916>
- Chou, W.-Y. S., Hunt, Y., Folkers, A., & Augustson, E. (2011). Cancer survivorship in the age of YouTube and social media: a narrative analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 13(1), e7. <http://doi.org/10.2196/jmir.1569>
- CIS. (2018). *Estudio 3223, Barómetro de Septiembre de 2018. Madrid*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3220_3239/3223/es3223mar.pdf
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671–692. <http://doi.org/10.1093/her/16.6.671>
- Cole-Lewis, H., Perotte, A., Galica, K., Dreyer, L., Griffith, C., Schwarz, M., ... Augustson, E. (2016). Social network behavior and engagement within a smoking cessation facebook page. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8). <http://doi.org/10.2196/jmir.5574>
- Corfield, J. M., Abouassaly, R., & Lawrentschuk, N. (2018). Health information quality on the internet for bladder cancer and urinary diversion: a multi-lingual analysis. *Minerva Urologica e Nefrologica. The Italian Journal of Urology and Nephrology*, 70(2), 137–143. <http://doi.org/10.23736/S0393-2249.17.02952-6>
- Diaz, J. A., Griffith, R. A., Ng, J. J., Reinert, S. E., Friedmann, P. D., & Moulton, A. W. (2002). Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, 17(3), 180–5. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11929503>
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Sa, E.-R. (2002). Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. *JAMA*, 287(20), 2691. <http://doi.org/10.1001/jama.287.20.2691>
- FECYT. (2015). *Percepción social de la ciencia y la tecnología*. (Cristobal Torres Albero, Ed.). Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. Recuperado de <https://www.fecyt.es/es/node/3118/pdf-viewer>
- FECYT. (2017). *Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología 2016*. (Josep Lobera, Ed.). Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, FECYT. Recuperado de <https://www.fecyt.es/es/node/4137/pdf-viewer>
- Gage-Bouchard, E. A., LaValley, S., Mollica, M., & Beaupin, L. K. (2017). Communication and Exchange of Specialized Health-Related Support Among People With Experiential Similarity on Facebook. *Health Communication*, 32(10), 1233–1240. Recuperado de <http://10.0.4.56/10410236.2016.1196518>
- Himelboim, I., & Han, J. Y. (2014). Cancer talk on twitter: community structure and information sources in breast and prostate cancer social networks. *Journal of Health Communication*, 19(2), 210–225. <http://doi.org/10.1080/10810730.2013.811321>
- Hitlin, P., Olmstead, K., Funk, C., & Caiazza, T. 419. (2018). *The Science People See on Social Media*. Washington, DC. Recuperado de www.pewresearch.org.
- Kennedy, B., & Funk, C. (2015). *Public Interest in Science and Health Linked to Gender, Age and Personality*. Washington, DC. Recuperado de www.pewresearch.org.
- Kross, E., Verduyn, P., Demiralp, E., Park, J., Lee, D. S., Lin, N., Shablack, H., Jonides, J., & Ybarra, O. (2013). Facebook Use Predicts Declines in Subjective Well-Being in Young Adults. *PLoS ONE*, 8(8), e69841. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>
- Llamero Llamero, L. (2017). Pacientes inquietos, médicos apomediadores. In U. Cuesta Cambra, C. Peñafiel Saiz, J. L. Terrón Blanco, E. Bustamante Ospina, & S. Gaspar Herrero (Eds.), *Comunicación y salud* (pp. 97–109). Madrid: Dextra. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6119671>
- Lupiáñez-Villanueva, F., Hardey, M., Torrent, J., & Ficapal, P. (2010). The integration of Information and Communication Technology into medical practice. *International Journal of Medical Informatics*, 79(7), 478–491. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.04.004>
- Mayer, M. A., Leis, Á., & Sanz, F. (2009). Health information on the internet and trust marks as quality indicators: Vaccines case study [Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: El caso de las vacunas]. *Atencion Primaria*, 41(10), 534–542. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.02.003>
- Moreno, C. (2013). Estudio de la percepción social de la ciencia en internet. In FECYT (Ed.), *Percepción Social*

- de la Ciencia y la Tecnología (pp. 125–158). Madrid.
- O'Neill, B., Ziebland, S., Valderas, J., & Lupiáñez-Villanueva, F. (2014). User-generated online health content: a survey of Internet users in the United Kingdom. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(4), e118. <http://doi.org/10.2196/jmir.3187>
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, *40*(7), 903–18.
- Orihuel Pérez-Klett, Á. (2016). *Youtube y salud adolescente ¿Cómo es la información de salud en Youtube?* Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10486/676541>
- Pandey, A., Patni, N., Singh, M., Sood, A., & Singh, G. (2010). YouTube as a source of information on the H1N1 influenza pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*(3), e1-3. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.007>
- Pemmaraju, N., Utengen, A., Gupta, V., Kiladjian, J.-J., Mesa, R., & Thompson, M. A. (2017). Rare Cancers and Social Media: Analysis of Twitter Metrics in the First 2 Years of a Rare-Disease Community for Myeloproliferative Neoplasms on Social Media#MPNSM. *Current Hematologic Malignancy Reports*, *12*(6), 598–604. <http://doi.org/10.1007/s11899-017-0421-y>
- Peñafiel, C., Echegaray, L., & Ronco, M. (2017). El tratamiento de la información de salud en el entorno 2.0 un compromiso ético y profesional. In U. Cuesta Cambra, Peñafiel Saiz Carmen, J. L. Terrón Blanco, E. Bustamante Ospina, & S. Gaspar Herrero (Eds.), *Comunicación y salud*, 2017, (pp. 525–547). Madrid: Dextra.
- Rice, R. E. (2006). Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *International Journal of Medical Informatics*, *75*(1), 8–28. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.032>
- Rodríguez-gonzález, A., Leis, Á., Ángel, M., Torres, J., María, J., & Armayones, M. (2013). Grupos sobre alimentación saludable en Facebook: características y contenidos. *Gaceta Sanitaria*, *27*(4), 355–357.
- Sanders, R., & Linn, A. J. (2018). A Mixed Method Study Investigating the Impact of Talking about Patients' Internet Use on Patient-Reported Outcomes. *Journal of Health Communication*, *23*(9), 815–823. <http://doi.org/10.1080/10810730.2018.1514443>
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P., & Fishwick, L. (2006). A framework for understanding trust factors in web-based health advice. *International Journal of Human-Computer Studies*, *64*(8), 697–713. <http://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2006.02.007>
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P. R., & Fishwick, L. (2007). How do patients evaluate and make use of online health information? *Social Science & Medicine*, *64*(9), 1853–62. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.012>
- Sood, A., Sarangi, S., Pandey, A., & Murugiah, K. (2011). YouTube as a source of information on kidney stone disease. *Urology*, *77*(3), 558–62. <http://doi.org/10.1016/j.urology.2010.07.536>
- Steinberg, P. L., Wason, S., Stern, J. M., Deters, L., Kowal, B., & Seigne, J. (2010). YouTube as source of prostate cancer information. *Urology*, *75*(3), 619–22. <http://doi.org/10.1016/j.urology.2008.07.059>
- Stevenson, F. A., Kerr, C., Murray, E., & Nazareth, I. (2007). Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice*, *8*(1), 47. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-8-47>
- Strekalova, Y. A., & Krieger, J. L. (2017). Beyond Words: Amplification of Cancer Risk Communication on Social Media. *Journal of Health Communication*, *22*(10), 849–857. <http://doi.org/10.1080/10810730.2017.1367336>
- Valle, C. G., Tate, D. F., Mayer, D. K., Allicock, M., & Cai, J. (2013). A randomized trial of a Facebook-based physical activity intervention for young adult cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, *7*(3), 355–368. <http://doi.org/10.1007/s11764-013-0279-5>
- Wen, N., Chia, S. C., & Hao, X. (2015). What Do Social Media Say About Makeovers? A Content Analysis of Cosmetic Surgery Videos and Viewers' Responses on YouTube. *Health Communication*, *30*(9), 933–942. <http://doi.org/10.1080/10410236.2014.913220>
- Ybarra, M. L., & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *International Journal of Medical Informatics*, *75*(1), 29–41. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.029>

Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores

Autoperception of Health, Quality of life and Psychological Well-being in a sample of major

María Hinojal Benavente-Cuesta^a, María Paz Quevedo-Aguado^b

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia de Salamanca, España

^b Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España

Resumen

Introducción: La OMS (2015) afirma que existe un incremento del envejecimiento en la población mundial al que además se le añaden situaciones de discriminación por motivo de la edad. Estas actitudes negativas, constituyen arraigados estereotipos que perjudican no sólo a la sociedad sino también al propio mayor. Por este motivo, es preciso que todos los agentes sociales y sanitarios trabajen bajo el paradigma del Envejecimiento Activo, que aboga por una vejez integrada en un contexto de desarrollo y participación social. **Objetivos:** Analizar la Autopercepción de salud, Calidad de vida y Bienestar psicológico de los mayores, así como, comparar si existen diferencias en relación al sexo, lugar de residencia (urbano/rural) y forma de percibir la jubilación. **Metodología:** Muestra: 91 sujetos (\bar{x} =74,07 años). Instrumentos: Cuestionario de Salud SF (36) y Escala de Bienestar Psicológico (Díaz et al., 2006). **Resultados:** Los participantes muestran una valoración muy satisfactoria en su Autopercepción de salud y Calidad de vida. En este aspecto se observan tendencias distintas según el hábitat, rural/urbano, donde reside el mayor. Por otro lado, también se hallan diferencias en las dimensiones del Bienestar psicológico según el Sexo de los sujetos y la manera que tienen de percibir el hecho de la jubilación.

Palabras clave: Autopercepción de salud; Calidad de vida; Bienestar psicológico; Envejecimiento; Envejecimiento Activo; Vejez.

Abstract

Introduction: WHO (2015) states that there is an increase in ageing in the world population, which is further compounded by situations of age discrimination. These negative attitudes constitute entrenched stereotypes that harm not only society but also the elderly themselves. For this reason, all social and health actors need to work under the paradigm of Active Ageing, which advocates an integrated old age in a context of development and social participation. **Objectives:** To analyse the health self perception, quality of life and psychological welfare of the elderly, as well as to compare whether there are differences in relation to sex, place of residence (urban/rural) and how to perceive retirement. **Methodology:** Sample: 91 subjects (\bar{x} =74,07 years). Instruments: Health Questionnaire SF (36) and Psychological Welfare Scale (Díaz et al., 2006). **Results:** The participants show a very satisfactory assessment in their own perception of health and quality of life. In this respect, different trends are observed according to habitat, rural/urban, where the largest resides. On the other hand, there are also differences in the dimensions of psychological welfare according to the sex of the subjects and the way they perceive the fact of retirement.

Key words: Autoperception of health; Quality of life; Psychological Well-being; Aging; Active Aging; Oldness.

Introducción

Antes de dar paso al objeto principal de este estudio, es preciso establecer un marco teórico que justifique el interés del mismo.

En primer lugar, hemos de aproximarnos a la realidad que vive la población mundial en torno al envejecimiento. Tomaremos como referencia, la información proporcionada por la OMS (2016) quien bajo un informe titulado “10 datos sobre el envejecimiento y la salud”, nos acerca a la situación real de este hecho. Destacaremos tan sólo cuatro de estos resultados relacionados con el objetivo de esta investigación: La población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050, las personas con más de 60 años de edad pasarán de 900 millones a 2000 millones. La salud en la vejez no es una cuestión de azar, aunque algunas variaciones que se observan en la salud de las personas mayores reflejan su herencia genética, la mayor parte se debe a su entorno físico y social, puesto que, además, este entorno determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud; Podría haber más discriminación por razones de edad que por el sexo o la raza; Todos los niveles y sectores gubernamentales han de contribuir al envejecimiento saludable.

Estos resultados pueden entenderse como una invitación al compromiso de trabajar por los mayores desde distintos ámbitos, con el fin de dar respuesta a las diferentes preocupaciones y necesidades que surgen de una sociedad cada vez más envejecida.

Es cierto, que sobre esta situación, se ha venido trabajando desde hace tiempo. Son muchas las estrategias que desde finales del siglo XX se han ido desarrollando en torno al nuevo paradigma del envejecimiento. Hemos de remontarnos a los años 60, cuando surge la idea de que mantener los patrones de actividad es un elemento esencial para envejecer óptimamente. Desde este momento se inicia un dilatado proceso de estudio tratando de descifrar el significado de la palabra “activo”.

En este sentido, han sido muchos los autores que desde enfoques distintos han hecho propuestas diferentes, dependiendo del aspecto sobre el que centraban su atención: condiciones de salud (envejecimiento saludable), resultados e intencionalidad del mismo (envejecimiento productivo) y beneficios individuales y más íntimos de cada persona (envejecimiento satisfactorio). Finalmente, el actual concepto de Envejecimiento Activo logra superar todas las concepciones anteriores ofreciendo una propuesta más sólida e integral, un paradigma con suficiente fuerza teórica y empírica, a partir del cual seguir evolucionando (Fernández-Ballesteros, 2009; Limón y Ortega, 2011).

Se define como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos, y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002, p. 79).

Detrás de esta definición se encierra una nueva perspectiva de la vejez, que destierra el Modelo Deficitario, que enfatiza sobre las pérdidas e involución de los aspectos biológicos, para dar paso al Modelo de Desarrollo, el cual identifica esta etapa como una época de progreso, ganancias y oportunidades (Limón y Ortega, 2011; Zamarrón, 2013).

Según uno de los últimos estudios llevados a cabo por la OMS (2016), todavía esta última creencia de vejez no es hoy en día dominante, ya que se ha podido comprobar que aún existen actitudes negativas y discriminatorias hacia las personas mayores. En la encuesta World Values Survey realizada a más de 83000 personas en 57 países, se evaluaron las actitudes hacia las personas mayores en todos los grupos de edad. En opinión del 60% de los encuestados, no se dispensa a los ancianos el respeto que merecen, siendo este problema más marcado en los países de altos ingresos, donde el grado de respeto por este grupo es más bajo. Según, John Beard, Director del Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS, este análisis confirma que el edadismo (o discriminación por motivos de edad) es un fenómeno muy extendido (OMS, 2016).

Por otro lado, debemos subrayar con especial atención, que estas actitudes negativas desencadenan, desigualdades sanitarias y sociales, en este sentido la Organización Mundial de la Salud (2002) y Naciones Unidas (2002) han trabajado emitiendo recomendaciones para erradicar las consecuencias que conllevan las falsas creencias sobre la vejez. Dichas consecuencias, no sólo se dan sobre la sociedad en general sino sobre el propio mayor quien ve seriamente perjudicada, su salud física y mental. Esta afirmación se encuentra avalada, ente otras, por la investigación de Levy (2003), quien tras múltiples estudios transculturales, experimentales y longitudinales, concluye que los estereotipos negativos que tienen las personas mayores sobre la vejez, influyen en su memoria, en las causas de estrés y formas de afrontarlo, e incluso, en que predicen menor sobrevivencia. En este último aspecto, se comprobó que las personas que ostentaban estereotipos más positivos de esta etapa vivieron 7 años más que aquellas que tenían imágenes más

negativas (Fernández-Ballesteros, 2008).

Ante estas evidencias, queda justificado el interés por seguir luchando a favor de una nueva imagen de vejez que enriquezca a toda la colectividad, ya que aún, en determinados sectores de la población continúa debilitada, al resaltar como características esenciales de la misma la dependencia y decrepitud.

Queremos contribuir al llamamiento que hace Naciones Unidas (2002) en su II Plan Internacional sobre el Envejecimiento, a promover la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital, rompiendo los estereotipos más negativos que margina a los sujetos mayores. Para ello nos centraremos en analizar por un lado la Autopercepción de salud y Calidad de vida, y por otro el Bienestar Psicológico, ya que estos han sido identificados en distintos estudios como predictores del envejecimiento con éxito (Depp y Jeste, 2006). Para conocer el grado de Bienestar Psicológico asumiremos la propuesta multidimensional de Carol Ryff (1989), la cual identifica seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal.

Finalmente, los objetivos propuestos en este estudio son: Analizar la Autopercepción de salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico de los mayores, así como, comparar si existen diferencias en relación al sexo, lugar de residencia (urbano/rural) y forma de percibir la jubilación.

Método

Participantes

Participaron 91 sujetos. Edad media 74,07 años. Sexo: Mujeres (53,85%) y Hombres (46,15%). Estado civil: Casados (60,4%), Viudos (17,6%), Solteros (11%) y Separados/Divorciados (3,3%). Nivel de estudios: Estudios primarios (38,46%), Universitarios (28,57%), Secundarios (24,18%) y Sin estudios (8,79%). Lugar de residencia: Zona rural (54,95%) y Zona urbana (45,05%). Con quien viven: Solos (18,7%) y Acompañados (81,3%), en su mayoría por el cónyuge (62,6%), y el resto se distribuye entre otros familiares. Forma de percibir la jubilación: Positiva (54,9%), Negativa (9,9%) e Indiferentes (35,2%).

Instrumentos

- Datos sociodemográficos.
- Cuestionario de Salud SF-36. (Short Form): Mide la calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por 36 ítems que valoran estados positivos y negativos de la salud. Los índices de fiabilidad según diferentes estudios

están alrededor de una Alfa de Cronbach de 0.7. (Arostegui y Núñez-Antón, 2008; Vilagut et al., 2005).

- Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, 1989): Instrumento para la evaluación del Bienestar Psicológico, utilizando la versión adaptada al español por Díaz et al., (2006). Consta de 39 ítems, valorados en una escala de respuesta tipo likert (1-5). Se distribuye en 6 dimensiones con los siguientes índices de fiabilidad: Autoaceptación (0.84), Relaciones positivas con otras personas (0.78), Autonomía (0.70), Dominio del entorno (0.82), Propósito en la vida (0.70) y Crecimiento personal (0.71).

Procedimiento

Se contactó con diferentes Asociaciones de mayores, de Salamanca capital y provincia a través de las cuales se aplicaron las escalas. Criterios de inclusión: tener 65 años o más, y ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Se utilizó para la investigación la declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Los datos han sido tratados con el paquete estadístico SPSS. Presentamos los análisis que han resultado significativos según los objetivos previamente planteados, pero quisiéramos señalar que las conclusiones extraídas de este estudio son entendidas con un alto nivel de prudencia debido al pequeño tamaño muestral, por este motivo, es asumido exclusivamente como un estudio piloto a partir del cual, iniciar un proceso más ambicioso aumentando el número de participantes, sin poder generalizar estos resultados.

Resultados y Discusión

Análisis descriptivo de la Calidad de vida según el SF-36

En este estudio, el 80,4% de los sujetos consideran que gozan de un estado óptimo de salud. Encontramos que el 63,7% no se sienten limitados para realizar esfuerzos moderados, el 30,2% un poco, y solo el 5% mucho, por lo que podría afirmarse que la mayoría goza de independencia y autonomía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria. Por otro lado, es importante matizar que el 75,8% ha experimentado dolor moderado en los últimos meses, lo cual indica que este fenómeno está muy presente en su vida diaria sin embargo si atendemos los resultados anteriores no parece tener un impacto tan fuerte sobre su percepción de salud que le haga valo-

rarla negativamente. La experiencia de dolor en la vejez, termina exigiendo al sujeto un proceso de adaptación para poder continuar con sus tareas, integrándolo en su vida cotidiana con el fin de mantener una cierta calidad de vida, como así ha quedado demostrado en otros estudios similares al nuestro (Rodríguez, 2017).

Respecto al grado de vitalidad, tan sólo el 4,4% considera que no ha tenido energía en las últimas semanas, por lo que estamos ante sujetos activos capaces de hacer frente de manera positiva a la vida, a pesar de que existan hechos adversos como la presencia de dolor o algún tipo de limitación, como hemos enunciado anteriormente.

Al analizar, la esfera afectiva, se encuentra en los resultados un alto control emocional. Respecto a cuánto tiempo se han sentido nerviosos en el último mes, el mayor porcentaje (67%) corresponde a aquellos que han experimentado este estado en algún momento, seguidos de los que nunca se han sentido así (17,6%), y por último, para quienes ha sido algo habitual (15,4%). También se valora el grado de tristeza y felicidad experimentada durante el último tiempo; el 29,7% nunca se ha sentido desanimado, el 65,9% alguna vez, y solamente para un 4,4% ha sido algo habitual. En cuanto al grado de felicidad, resultan datos muy alentadores; el 93,5% casi siempre ha tenido sensación de felicidad, el 5,5% solo alguna vez y tan sólo un 1% nunca se ha sentido así. Además, solamente un 8,7% han visto condicionada su vida social por alteraciones físicas y emocionales. Esto datos arrojan una visión positiva acerca de su estado emocional. Se confirma, como en otros estudios, que en esta etapa del ciclo vital no sólo existen pérdidas sino también ganancias, como por ejemplo, la capacidad de equilibrar los afectos positivos y los negativos (Heckhausen y Schulz, 1993; Mroczek y Kolarz, 1998; Navarro, Bueno y Buz, 2013).

Por último, ante afirmaciones como "Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas", el 46,2% la consideran falsa, el 38,5% no lo saben y el 15,4% afirman que es bastante cierta. Parece indicarse una tendencia de respuesta bastante alejada de lo que podría ser una actitud pesimista e hipocondriaca. En cuanto a si consideran que su salud puede enfermar, el 52,7% asumen una postura escéptica afirmando que no lo saben, el 31,9% entienden que puede ser, y el 15,4% creen que no. Una vez más, se corrobora esta autopercepción tan satisfactoria que tienen de su salud, quedando especialmente reflejada, al afirmar que creen que su salud es excelente el 55%, no lo sabe el 26,4% y el 18,6% no lo percibe así.

En definitiva de acuerdo a estos resultados se puede apreciar una valoración bastante positiva de los mayores en cuanto a su salud coincidente con los resultados de otros estudios (García y Lara, 2013).

Por otro lado, se analizan la existencia de diferencias entre los distintos grupos según las variables siguientes:

Diferencias en el Bienestar Psicológico según el lugar de residencia donde habita la persona (urbano/rural)

Se hallaron diferencias (Anova) con un grado de significación $p < 0.05$ para las dimensiones del Bienestar psicológico: Relaciones positivas y Autonomía, entre los que residen en zona urbana de los que los que viven en zona rural (Tabla 1), siendo los primeros los que obtienen medias más altas en comparación con los segundos. En cuanto a las Relaciones positivas, los sujetos que viven en la ciudad obtienen una media de 22,32 mientras que los que viven en el pueblo de 20,52. Esta diferencia hallada entre la percepción que tienen los dos grupos de sujetos, sobre sus relaciones interpersonales, puede deberse al fenómeno de despoblación que están viviendo las zonas rurales en las últimas décadas. Esto significa que disminuyen las oportunidades de relación, y más en este grupo de población. quienes por un lado, ven limitadas sus posibilidades de movilidad y por otro el propio proceso evolutivo les expone a un mayor riesgo de perder a sus contemporáneos (Abellán, Ayala, y Pujol, 2017).

Respecto a la Autonomía, sucede lo mismo que en el caso anterior, los que viven en la ciudad obtienen una medida de 28,85 mientras que los de zona rural de 27,04. Estos últimos se perciben menos autónomos; probablemente esto se deba a que en la ciudad las personas cuentan con mayores recursos y opciones de movilidad, favoreciendo experiencias de independencia que proporcionan al sujeto un mayor grado de bienestar personal.

Diferencias en el Bienestar Psicológico según el Sexo

Se realiza un Anova para ver si existen diferencias en el Bienestar psicológico atendiendo a la variable Sexo. Aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre hombres y mujeres para dos dimensiones: Dominio del entorno y Propósito en la vida (Tabla 2).

En cuanto al Dominio del entorno, los varones tienen una media de 23,2 en comparación con las mujeres que es de 21,2. Significa que los hombres poseen una mayor

sensación de control sobre el mundo y se sienten más capaces que las mujeres de influir en el ambiente que les rodea, hacen un uso más efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y son más capaces de crear o escoger entornos que encajan con sus necesidades personales y valores.

Respecto a la dimensión Propósito en la vida, también los hombres ($\bar{x}=25,95$) puntúan más alto que las mujeres ($\bar{x}=23,79$), indican que tienen una sensación mayor de que su vida se dirige a alguna parte, sienten que su presente y su pasado tienen significado, manteniendo creencias que dan sentido a su vida. Estos resultados deberían continuar siendo explorados ya que no se confirman con otros estudios (Meléndez, Tomás, y Navarro, 2011).

Diferencias en la Autopercepción de salud según el Lugar

Apreciamos diferencias significativas ($p<0.05$) en la autopercepción de salud entre los sujetos que viven en la ciudad y los que viven en el pueblo. Encontramos que las puntuaciones más altas son para estos últimos ($\bar{x}=3,32$) en comparación con los primeros ($\bar{x}= 2,68$). Esto se puede deber a la influencia que tiene el contexto rural sobre la salud, percibiendo los entornos naturales como más saludables, al estar estos más alejados de la contaminación y el estrés que se vive en las zonas urbanas más industrializadas. Estos resultados han de continuar siendo analizados ya que existe ciertas diferencias en relación con otros estudios (Lorenzo, Millán-Calentí, Lorenzo-López, Sánchez y Maseda, 2013).

Tabla 1. Anova Lugar de residencia /Bienestar psicológico

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Relaciones Positivas	Inter-grupos	72,401	1	72,401	5,277	,024
	Intra-grupos	1207,255	88	13,719		
	Total	1279,656	89			
Autonomía	Inter-grupos	72,802	1	72,802	5,379	,023
	Intra-grupos	1191,020	88	13,534		
	Total	1263,822	89			

*Nivel de significación al .05

Tabla 2. Anova Sexo/Bienestar Psicológico

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dominio del Entorno	Inter-grupos	80,701	1	80,701	13,596	,000
	Intra-grupos	516,400	87	5,936		
	Total	597,101	88			
Propósito en la Vida	Inter-grupos	103,694	1	103,694	6,613	,012
	Intra-grupos	1379,862	88	15,680		
	Total	1483,556	89			

*Nivel de significación al .05

Diferencias en la Autopercepción de salud según el Sexo

Al realizar el Anova entre estos dos grupos de sujetos, los resultados indican que no se han encontrado diferencias significativas en la autopercepción de salud entre hombres y mujeres para $p < 0.05$. Ambos la perciben de igual manera, resultado contradictorio con otros estudios (García, Lozano y Marcos, 2011 y Lorenzo et al., 2013). Por ello, sería conveniente seguir analizando este aspec-

to incrementando el N de la muestra, con una distribución más homogénea de ambos sexos.

Diferencias en el Bienestar Psicológico según las Formas de Percibir la Jubilación

Al realizar la prueba de Scheffé se observan diferencias significativas ($p < 0.05$) en algunas dimensiones del Bienestar Psicológico entre los sujetos que perciben la jubilación de forma distinta (positiva, negativa e indiferente) (Tabla 3).

Tabla 3. Comparaciones múltiples de las dimensiones del Bienestar psicológico y las distintas formas de percibir la jubilación.

Variable dependiente	(I) JUBILACIÓN	(J) JUBILACIÓN	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig
Autoaceptación	De forma positiva	De forma negativa	7,6800(*)	1,62221	,000
	De forma negativa	De forma positiva	-7,6800(*)	1,62221	,000
		No me ha influido	-6,7750(*)	1,66317	,001
		De forma negativa	6,7750(*)	1,66317	,001
Relaciones Positivas	De forma positiva	De forma negativa	6,5306(*)	1,53143	,000
	De forma negativa	De forma positiva	-6,5306(*)	1,53143	,000
Autonomía	De forma positiva	De forma negativa	5,9510(*)	1,59669	,002
	De forma negativa	De forma positiva	-5,9510(*)	1,59669	,002
		No me ha influido	-5,4937(*)	1,63549	,005
		De forma negativa	5,4937(*)	1,63549	,005
Crecimiento Personal	De forma positiva	De forma negativa	3,7800(*)	1,41071	,032
		No me ha influido	2,0675(*)	,68088	,013
	De forma negativa	De forma positiva	-3,7800(*)	1,41071	,032
		De forma positiva	-2,0675(*)	,68088	,013
Propósito en la Vida	De forma positiva	De forma negativa	8,0653(*)	1,62760	,000
		No me ha influido	2,6091(*)	,78796	,006
	De forma negativa	De forma positiva	-8,0653(*)	1,62760	,000
		No me ha influido	-5,4563(*)	1,66715	,006
		De forma positiva	-2,6091(*)	,78796	,006
		De forma negativa	5,4563(*)	1,66715	,006

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

En relación a la Autoaceptación, existen diferencias entre los que han percibido la jubilación de forma positiva ($\bar{x}=24,28$) y los que la han percibido de forma negativa ($\bar{x}=16,6$), puntuando más alto los primeros. Estos resultados se justifican entendiendo que los que viven la jubilación como un cambio positivo, asumen este hecho desde la propia aceptación de ellos mismos a todos los niveles, físico, psicológico y social, en comparación con los que la perciben de forma negativa, para quienes probablemente supone una amenaza a sus diferentes funciones físicas y sociales.

También hay diferencias significativas entre aquellos que han percibido la jubilación de forma negativa ($\bar{x}=16,6$), y aquellos a quienes no les ha influido ($\bar{x}=23,37$), obteniendo estos últimos niveles más altos de Autoaceptación en comparación con los primeros. En definitiva, las personas que perciben la jubilación como un hecho negativo tienen menores niveles de Autoaceptación, de los cuales se derivarán mayores sentimientos de malestar psicológico, por sus dificultades para aceptar los cambios que la propia vida conlleva.

En cuanto a las Relaciones positivas también existen diferencias entre los que la perciben de forma positiva ($\bar{x}=22,53$), y los que la perciben de forma negativa ($\bar{x}=16,00$), puntuando más alto los primeros. Probablemente, la diferencia se encuentra en que para unos significa un momento de oportunidades y para otros de pérdidas. En este sentido, la jubilación puede afectar principalmente a la esfera social del sujeto. Quienes la perciben de forma positiva establecerán nuevas formas de relación que ampliarán incluso su vida de relación, por el contrario quienes la perciban de manera negativa, se centrarán en la pérdida de su rol social dentro del ámbito laboral sin explorar otros posibles roles dentro de su esfera social. Sería interesante en posteriores estudios, analizar los diferentes recursos personales y sociales que movilizan las personas para mantener el bienestar en sus relaciones interpersonales, así como, valorar si ello se ha visto favorecido por los diferentes planes estratégicos de Envejecimiento activo que desde diferentes organismos se han tratado de promover e implementar en nuestra sociedad.

De la misma manera, aparecen diferencias significativas en la Autonomía, entre las personas que perciben la jubilación como un hecho positivo y aquellos que la perciben de manera negativa, y estos últimos, en comparación con aquellos que se muestran indiferentes ante este hecho. Como en anteriores dimensiones, puntúan más altos en Autonomía aquellos que viven la jubilación

como algo positivo ($\bar{x}=28,55$), que aquellos que la viven negativamente ($\bar{x}=22,60$).

La jubilación se reconoce como un momento importante del ciclo vital, pudiendo ser interpretada de manera diferente dependiendo de cada individuo. Para quienes la asumen desde una perspectiva positiva, supone un momento de mayor libertad, al disponer de más tiempo para gestionar su vida, logrando una mayor independencia, dejan de existir los compromisos laborales, para dar paso a nuevas formas de proyección personal, que fortalecerán su sentimiento de autonomía y competencia. A diferencia de los que la consideran como un hecho negativo, cuya pérdida de trabajo, es interpretada, como una puerta de entrada hacia la dependencia, y por consiguiente, a la pérdida de autonomía.

De la misma manera, también puntúan más bajo los que la perciben negativamente en comparación con los que mantienen una postura de neutralidad hacia la misma ($\bar{x}=28,09$).

Respecto a la dimensión Dominio del Entorno, aunque aparece significativo en un primer análisis, al hacer posteriormente la prueba de Scheffé no dan resultados concluyentes.

En cuanto al Crecimiento personal, surgen diferencias entre las personas que perciben la jubilación de forma positiva y los otros dos grupos. Los primeros tienen puntuaciones más elevadas ($\bar{x}=22,38$), pudiéndose considerar, que estos poseen mayor capacidad para generar contextos donde desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona, en comparación con los que la perciben de forma negativa ($\bar{x}=18,6$) y los que se muestran indiferentes ante este hecho ($\bar{x}=20,31$).

Finalmente, en cuanto a la dimensión Propósito ante la vida, existen diferencias significativas entre los sujetos que entienden la jubilación de forma positiva y los que la viven de manera negativa, teniendo puntuaciones más altas los primeros ($\bar{x}=26,26$), lo cual significa que este grupo de sujetos tienen más claridad en cuanto a los objetivos y metas vitales, sabiendo qué es lo que realmente quieren, mientras que si los comparamos con el otro grupo estos presentan una menor puntuación respecto a esta dimensión ($\bar{x}=18,20$).

No se han encontrado estudios que hayan analizado las dimensiones del Bienestar Psicológico según Ryff en relación a las diferentes formas de percibir la jubilación, aunque se hayan analizado estos aspectos desde una perspectiva individual, por lo que consideramos que es un aspecto sobre el que seguir analizando debido al nivel de repercusión que puede tener sobre el Bienestar Psicológico de la población mayor.

Conclusiones

En definitiva, tras los diferentes análisis y resultados obtenidos, se puede afirmar que nos encontramos ante un grupo de sujetos que muestran un nivel muy satisfactorio en relación a su Autopercepción de salud y calidad de vida. Estos datos nos hacen intuir un nuevo estereotipo de vejez que se aleja del declive y la inactividad, para dar paso a una visión más positiva y activa de esta etapa. Se puede entrever no sólo el esfuerzo personal de dichos sujetos sino también la implicación y el trabajo que están desarrollando las instituciones sociales y sanitarias por promover un Envejecimiento activo, capaz de prolongar la autonomía e independencia durante más tiempo. Por otro lado, aunque existe presencia de dolor físico, no parece suponer un hecho limitante para continuar con su actividad diaria, y lo mismo ocurre con su vivencia emocional, identifican situaciones de tensión pero muestran también un alto control de las mismas.

El lugar de residencia es una variable que parece condicionar dos dimensiones del Bienestar psicológico: la Autonomía y las Relaciones positivas. El hábitat urbano favorece que el sujeto se sienta más independiente a la hora de desarrollar su actividad diaria además de beneficiar su mundo de relaciones interpersonales. De forma contraria sucede con la valoración general que hacen los sujetos de su estado de salud, los que viven en zonas rurales alcanzan niveles más altos en este sentido que los que se encuentran en la ciudad.

En cuanto al Sexo, los varones se desmarcan con puntuaciones más elevadas en dos dimensiones del Bienestar Psicológico respecto a las mujeres: Dominio del Entorno y Propósito en la vida. Éstos muestran un mayor control y satisfacción del contexto donde se mueven y además metas más claras y definidas. En lo que se refiere, a la Autopercepción de salud y Calidad de vida, no se observan diferencias.

Por último, aparecen diferencias significativas en 4 de las dimensiones que constituyen el Bienestar Psicológico, al comparar los sujetos de acuerdo con la forma de percibir el hecho de la jubilación. Principalmente, se encuentran esas diferencias, entre los sujetos que la entienden como un hecho positivo y aquellos que la entienden de forma negativa. Podríamos decir, por tanto, que aquellas personas que viven esta realidad de manera positiva poseen niveles más altos de Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Propósito en la vida y Crecimiento personal, en comparación con aquellos que la sienten como un hecho amenazante. Este sería un aspecto para seguir investigando, tratando de analizar de forma más exhaustiva la relación entre estas variables.

En definitiva, este estudio nos lleva a proyectar una imagen más positiva de esta etapa de la vida, en la que los propios mayores comunican un estereotipo de vejez, donde la salud es entendida no tanto por el número de patologías que presentan sino por la autopercepción que tengan de las mismas, la limitación impuesta por la edad es reconvertida en adaptación y control fuente de bienestar psicológico. Estas aportaciones pretenden contribuir a todo el trabajo que se está llevando desde la comunidad científica para favorecer la vida de los mayores creando nuevos programas de intervención (Jiménez, Izal y Montorio, 2016).

Referencias bibliográfica

Arostegui, I., y Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud short form-36 (SF36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.

Abellán, A., Ayala, A., y Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15. Fecha de consulta 16 de junio de 2017. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17>.

Deep, C.A., y Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez: Una Psicogerontología Aplicada*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

García Alonso, M.I., y Lara Ortega, F (2013). Las personas mayores, salud, dependencia y actividades. *International of Developmental and Educational Psychology*, 2, 1, 259-270.

García, M., Lozano, M. R., y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107.

- Heckhausen, J., y Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International J. Behavioral Development*, 16, 115-124.
- Jiménez, M.G., Izal, M., y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma psicológica*, 23, 51-59.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J. Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349
- Limón, M.R., y Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
- Lorenzo Otero, T., Millán-Calentí, J.C., Lorenzo-López, L., Sánchez, A., y Maseda, A. (2013). Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48, 6, 272-275.
- Meléndez Moral, J.C., Tomás Miguel, J. M., y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1) 164-169
- Mroczek, DK., y Kolarz, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect. *J. Personality and Social Psychology*, 15, 1333-1349.
- Naciones Unidas (2002). *Plan Internacional de Acción sobre el envejecimiento*. Nueva York: UN.
- Navarro Prados, A.B., Bueno Martínez, B., y Buz Delgado, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 41-57.
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- OMS (2016). *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/es/>
- OMS. (2002). *Envejecimiento activo*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- Rodríguez Sepúlveda, S.E. (2017). Percepción de la calidad de vida en ancianos con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*, 28(4), 168-172.
- Ryff, C. (1989). Happiness in everythin, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-81.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Zamarrón, M.D. (2013). Envejecimiento Activo: Un reto individual y social. *Sociedad y Utopía*, 41, 449-463.

El lenguaje y la educación alimentaria. Resultados de un cuestionario poblacional

Language and nutritional education. Results of a population survey

Francisco Javier Tejedor Martín^a, Begoña Pérez Llano^a, María Teresa Mijancos Gurruchaga^a, Pilar González Panero^b

^a Facultad de Educación, Universidad Internacional de la Rioja, España

^b Facultad de Educación y Salud, Universidad Camilo José Cela, España

Resumen

Introducción y Objetivos: Se pretende valorar el conocimiento y uso de expresiones relacionadas con la alimentación como «comida basura», «guarrerías» y «snacking», y su importancia en la educación alimentaria.

Metodología: Se ha realizado un estudio poblacional utilizando un cuestionario entre individuos residentes en España. **Resultados:** Se ha observado una identificación entre las expresiones «comida basura» y «comida rápida», y un alto grado de acuerdo entre «comida basura» y «alimentos poco saludables». Los principales alimentos incluidos son «refrescos», seguidos de «perritos calientes», «hamburguesa», «patatas fritas» y «pizza». Hay un amplio acuerdo en los dos principales motivos por los que se denomina «basura» a un tipo de comida: porque «favorece la obesidad», y porque «puede producir problemas cardiocirculatorios». El 96.3% conoce el término «guarrerías» relacionado con la alimentación, se asocia a «alimentación no saludable». Se relaciona con «chucherías», «golosinas», «bollería», y menos con «patatas chips», «snack salados» o «palomitas». «Snacking», sólo es conocido por el 52.87% de los encuestados, relacionado con «picoteo entre horas» y «consumo habitual de snacks». **Conclusión:** el uso de expresiones «comida basura» o «guarrerías» puede ser útil en campañas de concienciación sanitaria en el ámbito de la educación alimentaria.

Palabras Clave: Lenguaje; Alimentación; Educación alimentaria; Comida basura; Guarrerías; Snacking.

Abstract

Introduction and Objectives: It is intended to assess the use and meaning of food-related expressions in Spanish language such as «comida basura» (junk food), «guarrerías» or «snacking». **Methodology:** A questionnaire has been developed and answered by residents in Spain. **Results:** An identification has been observed between the expressions «junk food» and «fast food», and a high agreement between «junk food» and «unhealthy food». The main foods included in this term are «refreshing drinks», followed by «hot dogs», «hamburger», «chips» and «pizza». There is broad agreement that the reason «food» is called «junk» is because it «promotes obesity», and because «it can cause cardiocirculatory problems». The term «guarrerías» related to food is known by 96.3% of surveyed, is related to foods such as «candies», «goodies», «buns», «chips», «salty snacks» or «popcorn». The consumption of «guarrerías» is associated with «unhealthy food». «Snacking» is only known by 52.87% of participants, is related to «eat between meals» and «habitual consumption of snacks». **Conclusion:** The use of expressions such as «junk food» (comida basura) or «guarrerías» can be useful in nutritional and health education.

Key words: Language; Healthy nutrition; Nutritional education; Junk food; Snacking.

Introducción

Existen distintos términos de uso popular relacionados con la alimentación que no están estandarizados como: «comida basura», «snacking», «guarrerías». Resulta imprescindible conocer qué entiende la población al hablar de cada uno de estos términos para poder usarlos con eficacia en actividades de educación sanitaria y orientación en la inclusión y frecuencia de determinados alimentos en la dieta.

El término «junk food» se popularizó en EE.UU. en la década de los 70, para designar un tipo de dietas poco saludables relacionadas con los factores nutricionales recién descubiertos entonces de enfermedad coronaria; la contribución de los medios de comunicación fue realmente eficaz en la difusión de estas nuevas expresiones. En España este término se tradujo por «comida basura», y su llegada al gran público no se produjo hasta finales de los años 80, casi siempre identificándola con las dietas de comida rápida de origen americano (Westall, 2013). En algunos países hispanoamericanos era más empleado el término «comida chatarra».

Las comidas cortas entre horas o «snacking», que podemos definirlo como la ingesta de una comida con duración menor a 15 minutos, puede ser un factor de equilibrio de la energía ingerida y su ajuste a los requerimientos momentáneos (Bellisle, 2014), pero de forma habitual se relaciona con un aumento de la ingesta calórica con resultado de sobrepeso u obesidad (Bellisle, 2014; Bo et al., 2014), considerándose un componente esencial de la actual «epidemia de obesidad». Sin embargo, existen diferentes definiciones de este término y esta falta de consenso en su definición complica y limita el desarrollo de recomendaciones para los consumidores basadas en evidencias científicas (Johnson, 2010).

El cómo definamos esas ocasiones en las que se comen productos fuera de las comidas habituales puede influenciar las elecciones de comida que cada individuo hace (Hess et al., 2016). Es decir, por un lado no está claro cómo debemos denominar a estas comidas «extras» y por otro resulta difícil valorar su impacto en la dieta, por la gran variedad dietética y de concepciones utilizadas en la literatura para definir este término.

En cualquier caso lo que sí está claro es que se ha observado un aumento de este comportamiento (Jahns, 2001) en consonancia con el aumento de los datos epi-

demiológicos de obesidad infantil. E igualmente, los adultos consumen cada vez más energía fuera del desayuno, la comida, y la cena. Dicho de otro modo, el «snacking» es una práctica extendida, que se ha incrementado en los últimos años.

Los alimentos consumidos entre horas suponen un aumento de la ingesta de carbohidratos, grasa y calcio (Jahns, 2001), con un menor consumo de vegetales/fruta, y mayor consumo de azúcares (incluyendo bebidas azucaradas) (Larson et al., 2016) obteniendo un aumento sustancial del consumo energético, con déficit en algunos minerales, vitaminas y fibra. Así mismo se correlaciona con un mayor riesgo de síndrome metabólico (Pimenta et al., 2015).

Con los objetivos de: Ampliar y estudiar el conocimiento sobre la influencia del lenguaje en la educación alimentaria; y de Valorar el conocimiento y el uso de algunos términos usados en materia de alimentación como: «comida basura», «guarrerías» y «snacking», a efectos de evaluar su empleo en programas de educación sanitaria, se ha diseñado un estudio a través de un cuestionario que indaga las ideas y las acepciones asociadas a dichas expresiones. Dicho cuestionario se dirigió a población residente en España, y se difundió vía web y redes sociales.

Material y métodos

Para realizar la evaluación de la opinión y percepción de las personas acerca de los términos propuestos se diseñó un primer cuestionario de ocho preguntas que fue sometido a un doble proceso de validación, por un lado fue respondido por 30 sujetos y sus resultados preliminares fueron sometidos a un proceso de validación por cuatro expertos ajenos a este equipo de investigación (UNIR y Universidad de Valladolid). Posteriormente, atendiendo a las correcciones propuestas en la validación se diseñó el cuestionario actual que consta de 8 preguntas (Tabla 1), 6 de ellas son preguntas de tipo Likert, en las que se solicita el grado de acuerdo con cada una de las respuestas ofrecidas con la opción de puntuación de 1 a 5. Las preguntas 4 y 7 se responden con SI/NO.

En la misma encuesta se han recogido datos sobre edad, sexo, nivel de estudios, comunidad autónoma y país de origen de los encuestados. La encuesta se ha llevado a cabo de forma aleatoria y anónima, utilizando la herramienta de Formularios de Google (tabla 1).

Tabla 1. Estructura del cuestionario utilizado en este trabajo.

Nº	PREGUNTA	RESPUESTAS
1	Con cuál de estas expresiones relaciona el término «comida basura»	<ul style="list-style-type: none"> • Comida Rápida o «fast food» • Comer restos de otras comidas en casa • Alimentos poco saludables • Menús de algunos restaurantes baratos • Alimentos en mal estado • Alimentos baratos • Menú desequilibrado
2	Qué tipo de alimentos incluiría en el término «comida basura»	<ul style="list-style-type: none"> • Pipas • Pizza • Patatas fritas • Refrescos • Cerveza/vino • Hamburguesa • Legumbres • Pasta • Bocadillo • Perritos calientes • Frutos secos
3	Porque cree que se denomina «basura» a un tipo de comida	<ul style="list-style-type: none"> • Porque favorece la obesidad • Porque puede producir problemas intestinales • Porque emplea alimentos de baja calidad • Porque puede producir problemas cardiocirculatorios • Porque se elabora y consume con rapidez • Porque es muy barata • Porque tiene muchas calorías
4	Ha oído el término «guarrerías» aplicado a la alimentación	• SI / NO
5	A qué tipo de alimentos cree que se puede referir el término «guarrerías»	<ul style="list-style-type: none"> • Golosinas • Chucherías • Bollería • Snack salados • Patatas chips • Sobras de comida • Barritas energéticas • Fruta de baja calidad • Embutidos grasos • Palomitas
6	Con cuál de estas expresiones relacionaría el término «guarrerías»	<ul style="list-style-type: none"> • Tapeo • Picoteo entre horas • Cena informal • Cena de sobras • Alimentación no saludable • Comida Rápida
7	Conoce el término «snacking»	• SI / NO
8	Con cuál de estas expresiones relacionaría el término «snacking»	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo habitual de snacks • Picoteo entre horas • Tapeo con una bebida • Alimentación no saludable • Comida o Cena informal • Guarrerías • Fast Food o comida rápida

Análisis estadístico

La muestra final que ha respondido a la encuesta está formada por 194 cuestionarios válidos.

Para analizar la consistencia interna de la estructura de la encuesta se ha realizado un análisis de fiabilidad mediante el estadístico Alfa de Cronbach, con un resultado obtenido de 0,835 que nos indica que la fiabilidad del cuestionario es alta, es decir que la estructura de preguntas propuesta nos devuelve la información que buscábamos con el cuestionario (Hair, 2007).

Con los datos obtenidos en las respuestas a cada pregunta, estudiamos la distribución resultante de las opciones de respuestas (1-2-3-4-5) elegidas mediante:

- La frecuencia de elección de las diferentes opciones de respuesta (1-2-3-4-5).
- Las medias de las opciones de respuesta elegidas y su error estándar.

Las dos preguntas dicotómicas se analizan en función del porcentaje de respuestas Si/No.

Para ver si existen diferencias significativas entre las medias de las diferentes opciones de respuesta a las preguntas se realizó una comparación de medias. La distribución de estas variables no es normal según la prueba de Kolmogorov Smirnov (sig. 0.0001). Por tanto se ha utilizado la prueba o test estadístico no paramétrico de los rangos de Friedman (Y) para comparar muestras relacionadas y que es apto para variables ordinales. En este caso se comparan las valoraciones de las respuestas propuestas a la pregunta en un mismo grupo de sujetos. Las respuestas propuestas están relacionadas unas con otras, al ser elegidas por un mismo sujeto. Por esta razón las hemos considerado muestras relacionadas.

El análisis de rangos (suma de los valores de cada columna de datos) nos muestra si existen diferencias significativas entre los rangos observados en las respuestas de cada una de las preguntas.

El análisis estadístico se ha realizado utilizando el programa SPSS, versión 20 para Windows.

Resultados

En las gráficas adjuntas se representa el resultado de las contestaciones a cada una de las preguntas formuladas, en función del grado de acuerdo (del 1 al 5) con cada una de las respuestas propuestas.

Se aprecia una alta relación (gráfica 1) entre el término «comida basura», y el término «comida rápida o fast

food» (media 4.38 sobre 5, +/- 0.07, suma de respuestas 4 y 5 del 86%) y también con el concepto de «alimentos poco saludables» (4.57 +/- 0.06, 91% respuestas 4+5); por el contrario, las respuestas «comer restos de otras comidas en casa» (1.28 +/- 0.05) y «alimentos en mal estado» (1.79 +/- 0.10) son mayoritariamente rechazadas.

En un término medio estarían las respuestas «alimentos baratos» (2.22 +/- 0.09) y «menús de algunos restaurantes baratos» (2.60 +/- 0.09). El análisis de rangos (suma de los valores de cada columna de datos) de Friedman nos muestra que existen diferencias significativas ($p < 0,0001$) entre los rangos observados en las respuestas de la pregunta 1.

Es de destacar la dispersión que genera la opción «menú desequilibrado», con una media de 3.65 (+/- 0.09), si bien el 62% de los encuestados eligen la respuesta 4 ó 5. Su distribución se expone en la gráfica 2.

En cuanto a los alimentos considerados dentro del término «comida basura» (gráfica 3), el análisis de rangos de Friedman nos muestra diferencias significativas ($p < 0,0001$) entre los rangos observados en las respuestas de la pregunta 2. Se mencionan como los principales con los rangos promedio más altos los «refrescos» (4.25, +/- 0.07; 81.2% de respuestas 4 ó 5); seguido de «perritos calientes» (4.09 +/- 0.07; 77.6%), la hamburguesa estaría en tercer lugar con una media de 3.82 (+/- 0.08) y 63.9%, seguida de las patatas fritas (3.74, +/- 0.08) y la pizza (3.54 +/- 0.08). En el lado contrario, los alimentos que mayoritariamente no se relacionan con este término estarían las legumbres (1.19 +/- 0.05), los frutos secos (1.44, +/- 0.07), la pasta (1.69 +/- 0.07), las pipas (1.81 +/- 0.07), cerveza/vino (1.93 +/- 0.07) y bocadillo (2.04, +/- 0.07).

Respecto a la pregunta ¿Por qué cree que se denomina «basura» a un tipo de comida? (gráfica 4), también se observan diferencias significativas ($p < 0.0001$) entre los rangos; el acuerdo mayoritario corresponde a la respuesta «porque favorece la obesidad» (media 4.24 +/- 0.08; 81.8% de respuestas 4+5), seguido de «porque puede producir problemas cardiocirculatorios», (4.18, +/- 0.08 y 78.3%), y de «porque tiene muchas calorías» (4.12 +/- 0.08), y «porque emplea alimentos de baja calidad» (3.90 +/- 0.09), el consenso disminuye con las respuestas «porque se elabora y consume con rapidez» (3.48 +/- 0.10); y se observa una relativa aceptación de la respuesta «porque puede producir problemas intestinales» (3.29 +/- 0.10; 49.7%), quedando en último lugar la respuesta «porque es muy barata» (media 2.73 +/- 0.09).

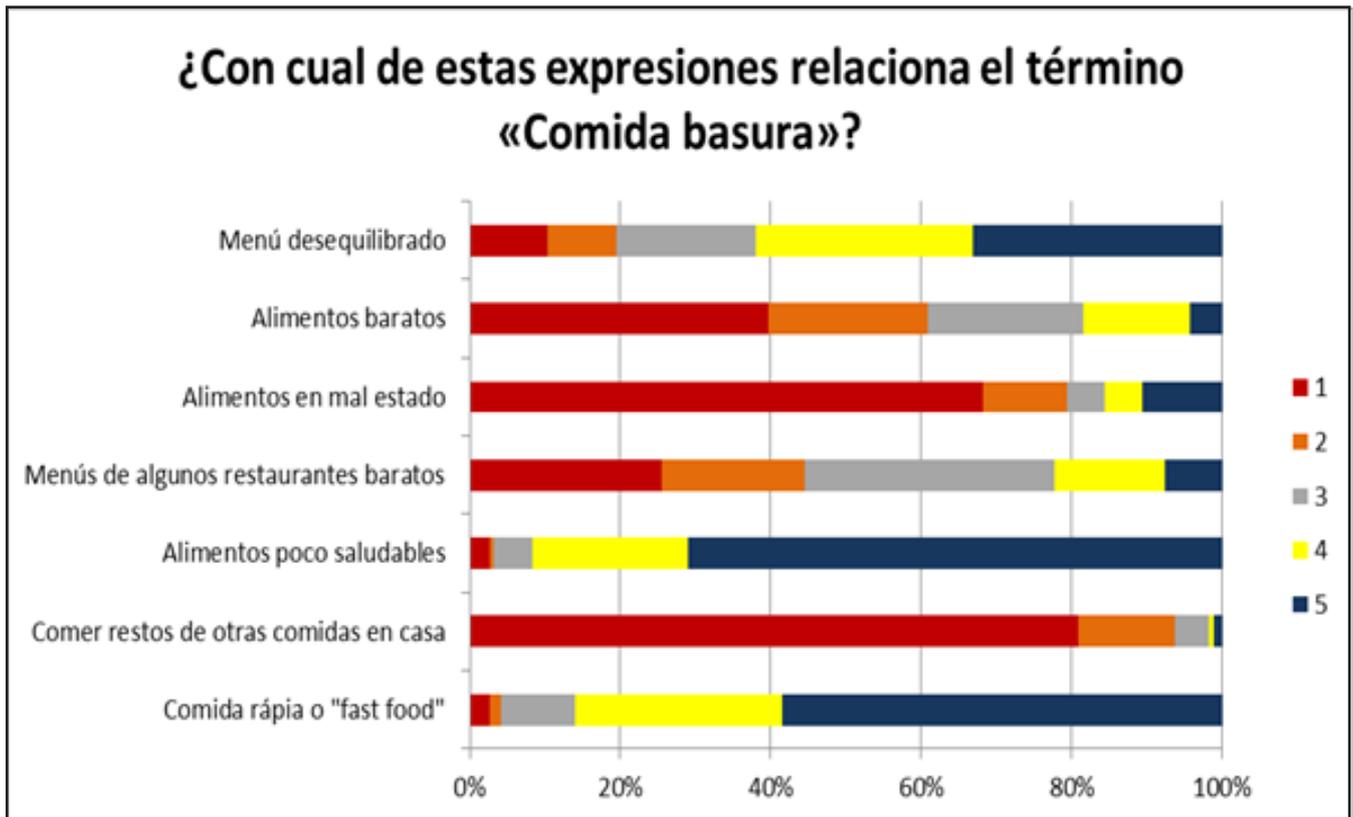


Gráfico 1 Porcentajes de opciones de respuesta (1 a 5) a los ítems de la Pregunta 1

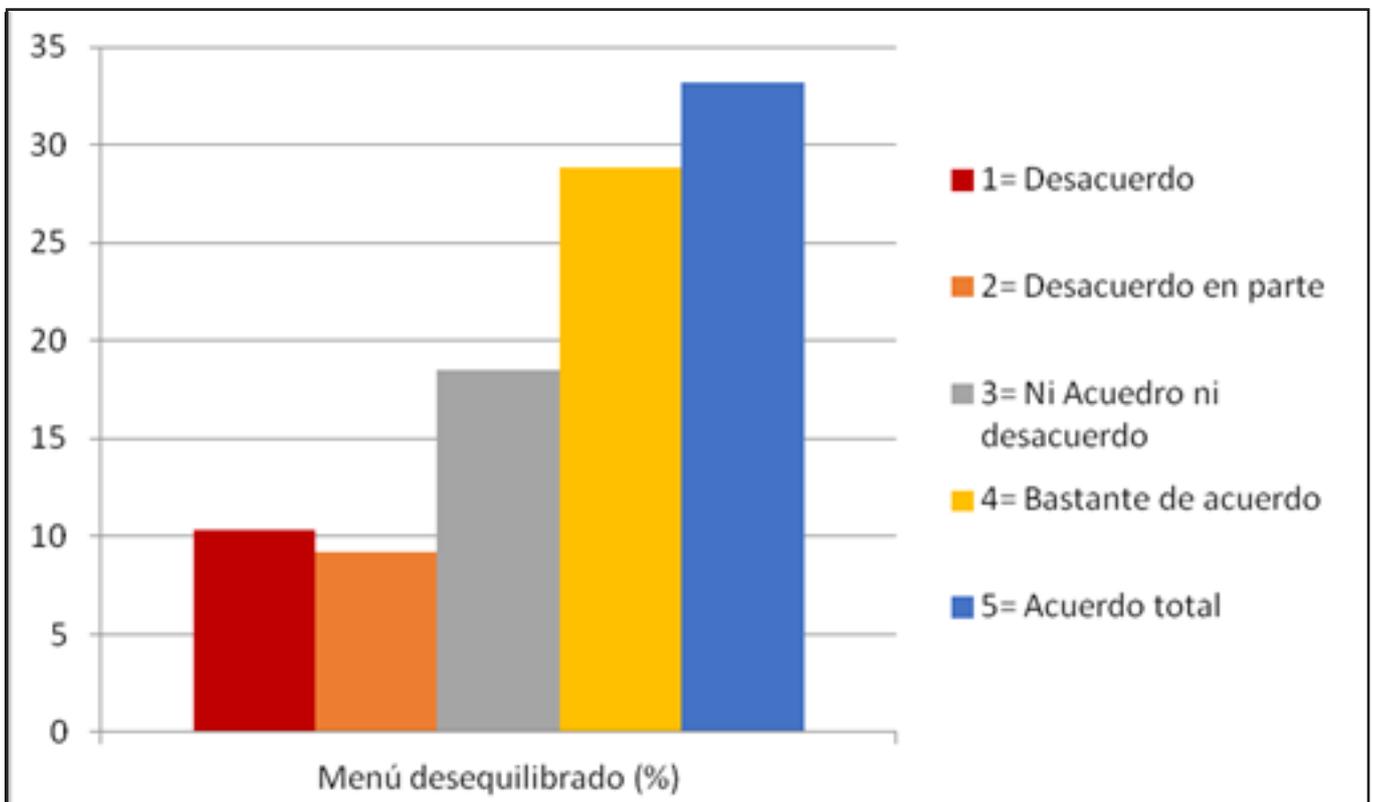


Gráfico 2. Distribución de las opciones de respuesta «menú desequilibrado», relacionado con «comida basura».

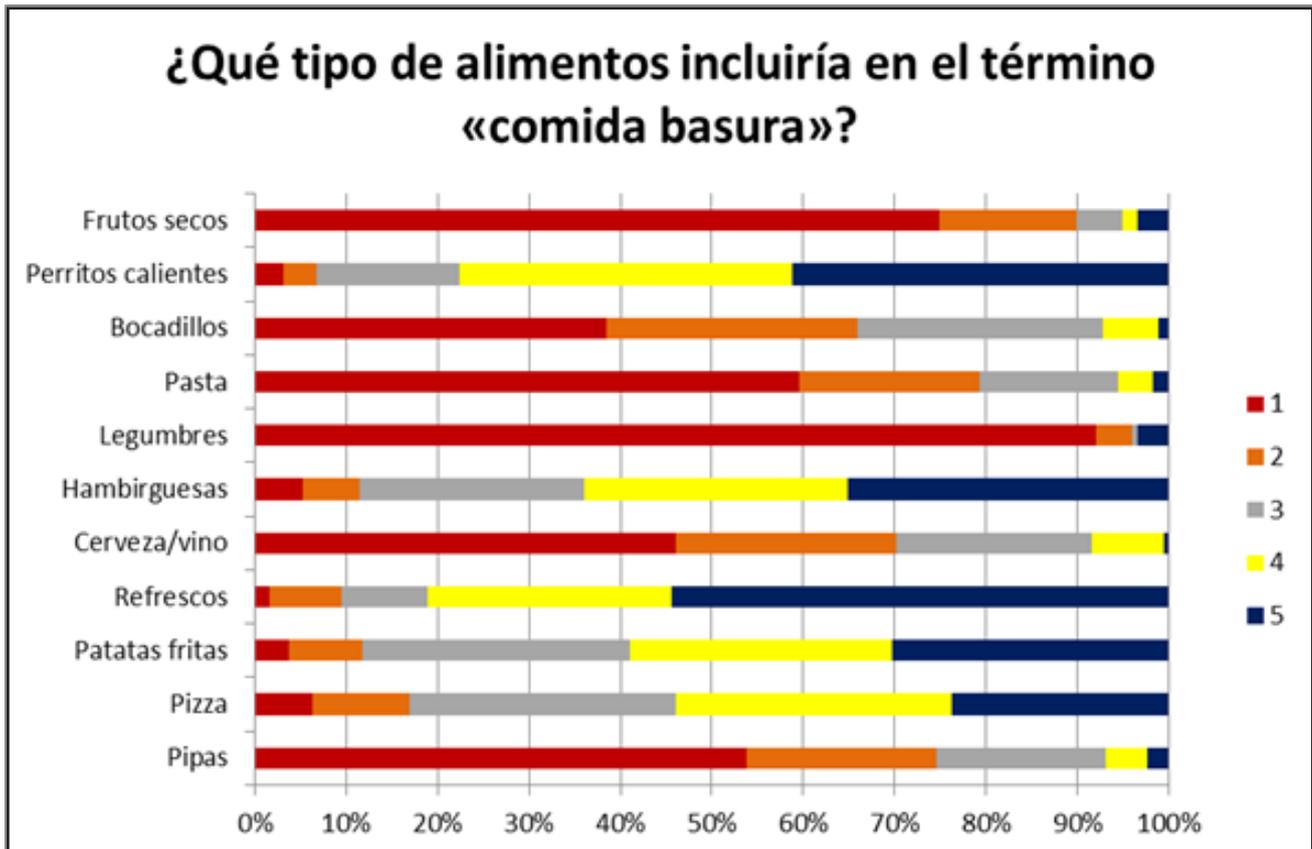


Gráfico 3 Porcentajes de opciones de respuesta (1 a 5) a los ítems de la Pregunta 2.

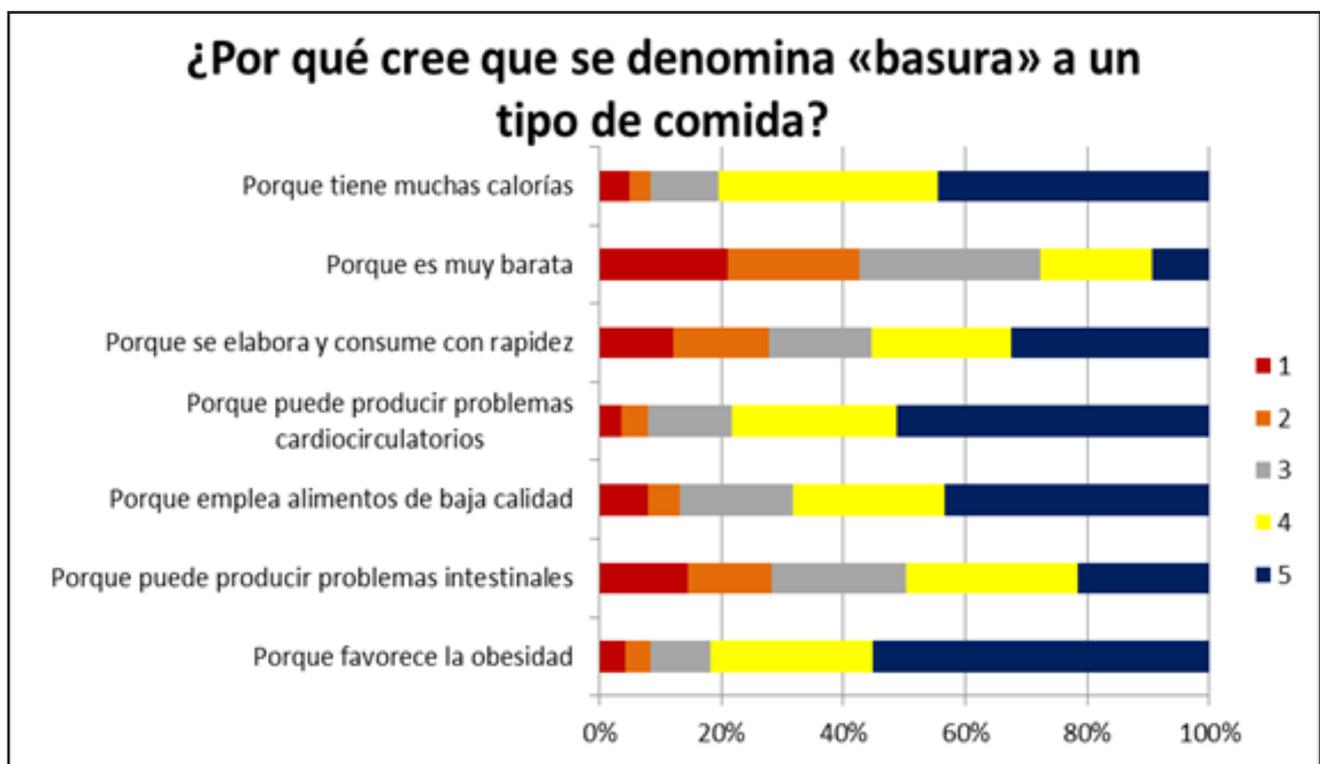


Gráfico 4 Porcentajes de opciones de respuesta (1 a 5) a los ítems de la pregunta 3.

El término «guarrerías» relacionado con la alimentación es conocido por el 96,31 % de los encuestados.

Y lo refieren (gráfica 5) a alimentos como «chucherías» (4.72 sobre 5, +/- 0.05; 96.9% respuestas 4+5), «golosinas» (4.61, +/- 0.06; 92.6%), «bollería» (4.15, +/- 0.08), «patatas chips» (3.88 +/- 0.08), «snack salados» (3.65, +/- 0.09; 60.7%), «palomitas» (3.45, +/- 0.09), lejos están «embutidos grasos» (2.45 +/- 0.09), y como alimentos claramente fuera de este concepto estaría la «fruta de baja calidad» (1.47, +/- 0.06), las «sobras de comida» (1.51, +/- 0.07) y las «barritas energéticas» (1.92, +/- 0.08). Los rangos observados presentan diferencias significativas ($p < 0.0001$).

El consumo de «guarrerías» (gráfica 6), los encuestados lo asocian principalmente a «alimentación no saludable» (4.51 +/- 0.06; 89.7%) y a «comida rápida» (3.97

+/- 0.08; 71.5%), y ya algo menos al «picoteo entre horas» (2.79, +/- 0.11; 38.0%), no relacionándose con una «cena de sobras» (1.38 +/- 0.06), el «tapeo» (1.46 +/- 0.06) o una «cena informal» (1.57 +/- 0.07). En este caso también la significación fue $p < 0.0001$.

Respecto al anglicismo «snacking», sólo es conocido por el 52.87% de los encuestados. Y se relaciona mayoritariamente (gráfica 7) con el «picoteo entre horas» (3.79 +/- 0.09; 70.3%) y el «consumo habitual de snacks» (3.75 +/- 0.10; 62.9%), en tercer lugar lo asimilan al consumo de «guarrerías» (3.45, +/- 0.10; 55.9%), «alimentación no saludable» (3.26, +/- 0.11; 46.8%) o «fast food o comida rápida» (3.0 +/- 0.10); con lo que no se asocia es con el «tapeo con una bebida» (2.07, +/- 0.09) ni con «Comida o cena informal» (1.93, +/- 0.09) ($p < 0.0001$).

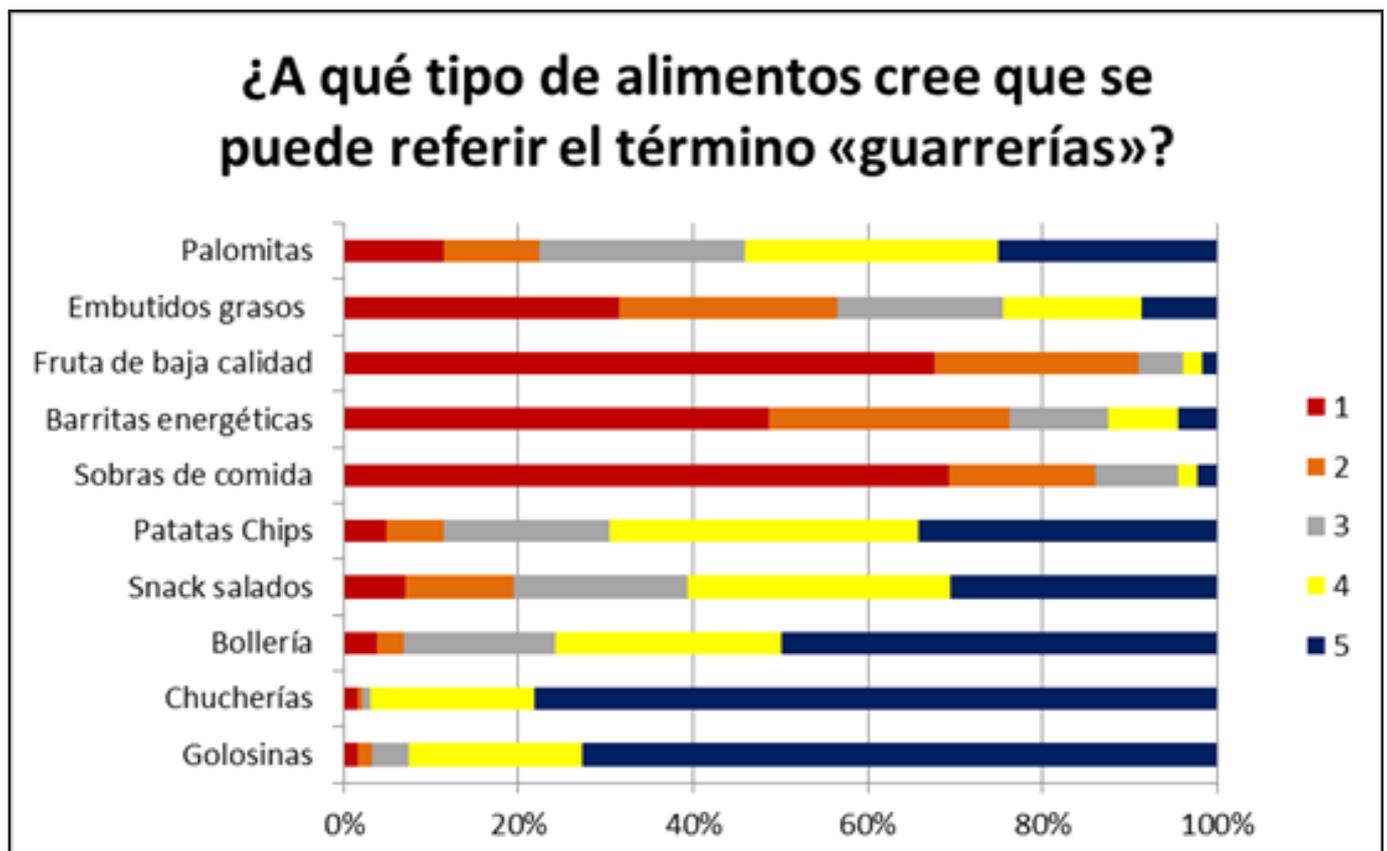


Gráfico 5 Porcentajes de opciones de respuesta (1 a 5) a los ítems de la Pregunta 5.

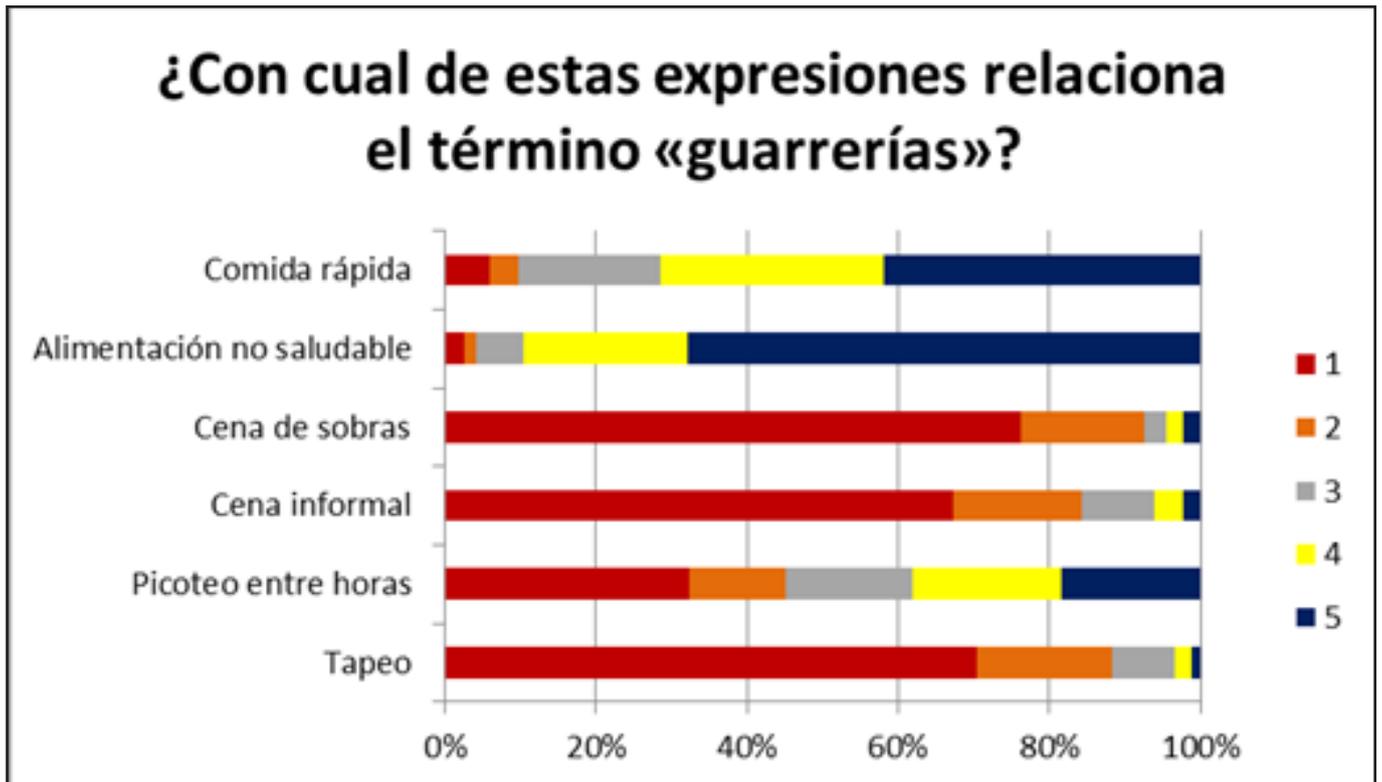


Gráfico 6 Porcentajes de opciones de respuesta (1 a 5) a los ítems de la Pregunta 6.

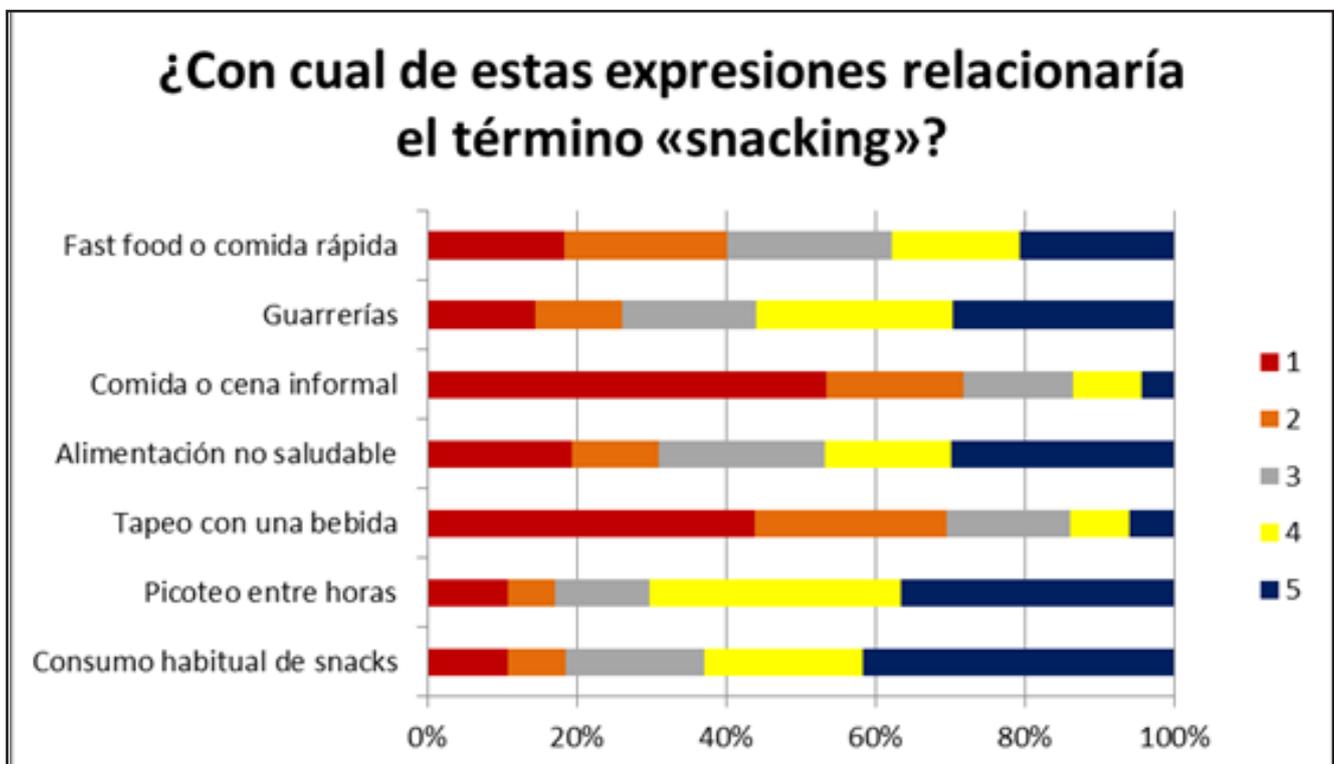


Gráfico 7 Porcentajes de opciones de respuesta (1 a 5) a los ítems de la Pregunta 8.

Discusión y conclusiones

Son muy escasas las publicaciones que relacionan el uso de términos desagradables usados para referirse a una dieta o alimento, con la concepción por parte de la población de sus efectos perjudiciales para la salud, y casi todas ellas se ciñen a ámbitos publicitarios y periodísticos. No cabe duda de la utilidad que puede tener en campañas sanitarias y en educación alimentaria el uso de este tipo de terminología.

Nuestro estudio certifica el amplio conocimiento del término «comida basura» por la población española, relacionada en el 91.5% de los encuestados con «alimentos poco saludables». Otros términos similares usados, como «comida rápida» o «fast food», lo relacionan ampliamente los encuestados con el de «comida basura», lo que indica que de forma general existe una conciencia de que este tipo de dietas son poco saludables.

Sólo el 64% lo identifican con «menús desequilibrados», cuando es una de las principales peculiaridades de este tipo de dietas, de lo que se deduce que no está suficientemente difundida esta característica, y es un aspecto en el que sería necesario insistir, tanto en campañas institucionales como en educación alimentaria en el sistema educativo, dado que posiblemente este concepto sea de más difícil comprensión entre la población.

El hecho de que sean las bebidas azucaradas (refrescos) el principal alimento incluido por los encuestados en el término «comida basura», indica un alto grado de concienciación de la cualidad de este tipo de alimentos como «no saludables». Le siguen los «perritos calientes», alimento típico de «comida rápida» y de origen americano, y con una considerable cantidad de grasa saturada (26 g de grasa por cada 100 g de alimento, de las cuales 9.33 g corresponde a A.G. saturados, según base de datos BEDCA relativo a la salchicha tipo Frankfurt –www.bedca.net-). La hamburguesa estaría en el tercer lugar en esta lista, si bien con diversidad de opiniones, debido a sus diferentes variedades y formas culinarias, tanto en establecimientos de restauración, como en el hogar, vemos que el ejemplo típico de «fast food», se considera en tercer lugar entre los menos saludables, y ello probablemente debido a que los encuestados consideran que los productos «caseros» podrían tener una mayor garantía de salubridad. Las patatas fritas, un complemento típico de los menús tipo «fast food» se encuentran en cuarto lugar de los alimentos incluidos en el término «comida basura», posiblemente por su alto contenido graso y energético, posibilidad de contener ácidos grasos «trans» y elevado porcentaje de sal. Por último los encuestados consideran también a la pizza, entre los alimentos poco saludables

incluidos en el término de «comida basura», consideramos que puede ser debido a su relación también con restaurantes de comida rápida, (al igual que la hamburguesa) y que la alta proporción de queso en su composición y cereales muy procesados, la hacen también un alimento con alto contenido energético sin desdeñar una elevada proporción de sodio.

En cuanto a alimentos no considerados dentro del término estudiado están las legumbres, frutos secos o pasta, también las pipas (alimento con alta concentración de sal, pero que no suele estar presente en los menús), la cerveza y el vino, o los bocadillos.

En general todos los alimentos señalados por los encuestados dentro del término «comida basura» son alimentos con alta concentración energética, bien por tener alta proporción grasa, o de azúcares (como los refrescos), con muy baja (o nula) cantidad de fibra, y escasa (algunos incluso nula) proporción de algunas vitaminas.

Ello concuerda con las respuestas a la pregunta «¿Por qué cree que se denomina «basura» a un tipo de comida?», cuya respuesta principal ha sido «porque favorece la obesidad», comprobando una amplia concienciación con este problema entre el colectivo encuestado. Esta asociación entre «comida basura» o «fast food» con obesidad también ha sido relatada por distintos autores (Gargallo et al., 2011). Le sigue la referencia a sus efectos sobre el sistema cardiocirculatorio y la elevada cantidad de calorías que proporciona. Lejos quedan las respuestas que inciden en la calidad de los alimentos, con la respuesta sobre «porque se emplean alimentos de baja calidad» se mostraron de acuerdo el 68.3 % de los encuestados.

El hecho de que sean «comidas que se elaboran y consumen con rapidez», muestra el acuerdo de un 55.4%, evidentemente no todo lo que se elabora o consume con rapidez es poco saludable, pero sí que es una característica de los menús englobados en la denominación «basura». Casi la mitad de los encuestados, atribuyen el término también a que este tipo de dieta puede originar problemas gastrointestinales. Aunque esta respuesta es una de las últimas en ser elegida, se observa que este porcentaje es bastante elevado, dado que no están acreditados este tipo de problemas en los menús que se relacionan, siempre que las condiciones higiénicas de elaboración y conservación sean las adecuadas. Con lo que claramente no se relaciona el término «comida basura» es con su precio: la respuesta «porque es muy barata» ha sido elegida sólo por el 27.6%. Esto representa un punto a favor del conocimiento de la población sobre la poca relación entre el precio de los alimentos y su calidad nutritiva.

En cuanto a la segunda expresión propuesta en la encuesta, el término «guarrerías» es conocido por el 96.3% de los encuestados, porcentaje que consideramos suficientemente amplio, y que, aunque bastante menos utilizado en la literatura, en la prensa o en campañas publicitarias, puede ser comparable al conocimiento de la anterior expresión de «comida basura». Se le relaciona fundamentalmente con alimentos dulces como «chucherías», «golosinas» o «bollería». Si bien las dos primeras acepciones pueden considerarse sinónimas y ambas tienen un amplio porcentaje de asimilación al término respectivo de «guarrerías», la palabra «golosinas» parece que tiene una leve mejor prensa que la de «chucherías», en este contexto. Un segundo grupo de alimentos se incluiría en esta acepción, ya con algo menos de consenso, serían productos salados como las patatas chips o los snacks salados. En una posición intermedia estarían las palomitas. Ya con mucho menos acuerdo, estarían los embutidos grasos y los alimentos que claramente no estarían incluidos en este término serían las barritas energéticas (únicamente lo incluyen un 12.4%), las «sobras de comida» y la «fruta de baja calidad».

Se observa que sobre alimentos tan energéticos como la bollería o las barritas energéticas, los encuestados tienen una opinión muy distinta de los mismos, a favor de las últimas. Ello puede ser debido a la clásica inclusión de la bollería industrial en la parte superior de la Pirámide nutricional, por su alta concentración energética, por uso de grasas y de harinas muy refinadas con efecto adverso sobre la obesidad y el colesterol sérico, en contraposición con las barritas que se publicitan exitosamente como cereales, aunque realmente también tienen una alta concentración energética y de hidratos de carbono simples con muy elevado índice glucémico.

Lo mismo puede atribuirse a la peor percepción de los aperitivos dulces respecto de los salados, cierto que hay que luchar contra un exceso de azúcares simples en la dieta, pero el exceso de sodio también es un problema importante, y las recomendaciones de la OMS respecto de este nutriente suelen verse ampliamente sobrepasadas, por lo que convendría intensificar las acciones de educación sanitaria sobre el consumo de este tipo de alimentos.

El término «guarrerías» es relacionado con «alimentación no saludable» por el 89.7% de los encuestados, por lo que al igual que la anterior expresión de «comida basura», consideramos que puede ser utilizado de manera exitosa en campañas de concienciación de salud pública y en educación alimentaria, para delimitar estos alimentos que se toman fuera de una comida formal, pero que

contribuyen a elevar de forma significativa la cantidad de energía total ingerida, azúcares simples, sal o grasas de baja calidad sanitaria.

No se relaciona este término con otras actitudes o hábitos alimentarios como el «tapeo», «cena de sobras» o «cena informal», aunque en cierta medida sí que se consideraría el «picoteo entre horas» y más claramente lo relacionan también con «comida rápida».

En cuanto al anglicismo «snacking» sólo es conocido por un 52.87% de los encuestados, de ellos el 70.3 %, lo relacionan con «picoteo entre horas» y algo menos con el «consumo habitual de snacks».

El 55.9% asimilan el término «snacking» con el de «guarrerías» y sólo el 46.8% con el de «alimentación no saludable»; en menor proporción ya lo ligarían con «comida rápida o fast food» y no se consideraría de forma mayoritaria su similitud con «tapeo con una bebida» ni con «comida o cena informal».

El término «snacking» es ampliamente usado en la literatura científica, tanto en inglés como en castellano, identificándolo con ingesta fuera de las comidas formales, (Bo, et al., 2014) , o con una comida con una duración menor de 15 minutos (Bellisle, 2014), y se suele relacionar con incrementos del IMC, y con desplazamiento de la dieta mediterránea (Bach-Fary y Serra, 2013).

En este sentido podemos considerar relacionado el término aquí propuesto de «guarrerías», con el de «snacking», refiriéndose el primero a los alimentos poco saludables que se toman principalmente (aunque no exclusivamente) entre comidas , y el segundo al propio hábito de consumo, toda vez que los alimentos incluidos en ambas acepciones, son prácticamente similares (salvando las distancias culturales según el origen del trabajo que se consulte), predominando en ambos los alimentos con alta densidad energética (azúcares simples, grasas) o sal, muy escasos en fibra, de consumo muy rápido y fuera de las comidas estructuradas en una jornada habitual. Y además con probados efectos adversos sobre la salud correlacionados con el aumento de la obesidad, aumento de índices séricos de colesterol LDL, aumento o predisposición a hipertensión arterial, todos ellos factores predisponentes de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y alteraciones cardiocirculatorias.

Si bien sí que se considera aceptado que las comidas tipo «fast food» contribuyen a la aparición de obesidad (Gargallo et al., 2011), hay diversidad de opiniones sobre los efectos del consumo de «aperitivos» entre horas, debido a la variabilidad de alimentos que se pueden utilizar en este propósito (Gargallo, 2011), diversos estudios (Sánchez Villegas, et al., 2002; Marín-Guerrero, et al.,

2008; Bes-Rastrollo, et al., 2010; Bellisle, 2014; Bo et al., 2014) sí que hallan mayor probabilidad de sobrepeso entre la población con este tipo de prácticas.

Por ello se consideran necesarias campañas de educación que difundan la peligrosidad de este hábito, mucho menos conocido y considerado que el consumo de otros alimentos en el marco de una comida formal, y que de realizarse, se fomente el consumo de alimentos saludables (frutas, frutos secos con poca sal, cereales integrales, etc), y esto tanto a nivel de autoridades de salud pública como a través del sistema educativo. Y para ello se considera útil el uso de términos conocidos como el propuesto, que además se correlacionan directamente por la población con la falta de salubridad de los hábitos y alimentos considerados poco recomendables o de consumo esporádico.

Por tanto, podemos concluir que se observa una amplia relación entre las expresiones «comida basura» y «guarrerías», con el hecho de ser unos hábitos negativos para la salud.

Los alimentos incluidos en ambas expresiones son mayoritariamente ricos en hidratos de carbono procesados, grasas saturadas y trans, y azúcares o sal, todos con alta concentración energética y que se han relacionado con el aumento de problemas como obesidad, aumento del colesterol sérico, problemas cardiocirculatorios o diabetes (síndrome metabólico).

Es por ello factible el uso de las expresiones «comida basura» o «guarrerías» en campañas de salud pública y en el ámbito de la educación alimentaria a nivel escolar, como representativas de hábitos poco saludables de ciertos menús (la primera) o fuera del contexto de una comida formal (la segunda), incidiendo claramente en los alimentos que incluimos dentro de dichas expresiones y que se recomiendan consumir de forma esporádica.

Por otro lado son recomendables estudios más profundos sobre el uso de estos términos en dichas campañas de educación sanitaria, sus efectos sobre el conocimiento de hábitos alimentarios correctos, y su realización efectiva por parte de la población objetivo.

Referencias Bibliográfica

Bach-Fary, A. y Serra-Majem, L.I. Dieta mediterránea en el siglo XXI. Posibilidades y oportunidades. En Libro *Blanco de la Nutrición en España*. F.E.N. 2013 (pp 221-229).

Bellisle, F. (2014). Meals and snacking, diet quality and energy balance. *Physiology and Behaviour*, 134, 38-43. No DOI found.

Bes-Rastrollo, M., Sánchez-Villegas, A., Basterra-Gortari F.J., Núñez-Córdoba J.M., Toledo E. y Serrano-Martinez, M. (2010). Prospective study of self-reported usual snacking and weight gain in a Mediterranean cohort: the SUN project. *Clin Nutr.*, 29, 323-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2009.08.017>

Bo, S., Carli, L., Venco, E., Fanzola, I., Maiandi, M., Michieli, F., ... Ganzit, G. (2014). Impact of Snacking Pattern on Overweight and Obesity Risk in a Cohort of 11- to 13-Year-Old Adolescents. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 59(4), 465-471. <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000000453>

Gargallo Fernández, M., Basulto Marset, J., Breton Lesmes, I., Quiles Izquierdo, J., Formiguera Sala, X., & Salas Salvadó, J. (2011). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. (Consenso FESNAD-SEEDO). *Revista Española de Obesidad*, 9, sup 1. No DOI found

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (2007). *Análisis multivariante*. 5ª Ed. Pearson Educación S.A. Madrid.

Hess, J.M., Jonnalagadda, S. S. y Slavin, J.L. (2016). What Is a Snack, Why Do We Snack, and How Can We Choose Better Snacks? A Review of the Definitions of Snacking, Motivations to Snack, Contributions to Dietary Intake, and Recommendations for Improvement. *Advances in Nutrition*, 7, 466-475. <http://dx.doi.org/10.3945/an.115.009571>

Jahns, L., Siega-Riz, A.M. y Popkin, B.M. (2001). The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *The Journal of Pediatrics*, 138(4), 493-498. <http://dx.doi.org/10.1067/mpd.2001.112162>

Johnson, G.H., y Anderson, G.H. (2010). Snacking definitions: impact on interpretation of the literature and dietary recommendations. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 50(9), 848-71. <http://dx.doi.org/10.1080/10408390903572479>

Larson, N., Miller, J., Watts, A., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Adolescent Snacking Behaviors Are Associated with Dietary Intake and Weight Status. *The Journal of Nutrition*, 146(7), 1348-1355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.038>

Marín-Guerrero, A.C., Gutiérrez-Fisac J.L., Guallar-Castillón P., Banegas J.R., y Rodríguez-Artalejo F. (2008). Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain. *Br J Nutr.*, 100(5), 1142-8. <http://dx.doi.org/10.1017/S0007114508966137>

Pimenta, A., Bes-Rastrollo, M., Gea, A., & Sayón-Orea, C. (2015). Snacking between main meals is associated with a higher risk of metabolic syndrome in a Mediterranean cohort: the SUN Project. *Public Health Nutrition* 19(4), 658-666. No DOI found

Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M.A., Toledo E., de Irala-Estévez J., y Martínez J.A. (2002). Influencia del sedentarismo y el hábito de comer entre horas sobre la ganancia de peso. *Medicina Clínica*, 119, 46-52. No DOI found

Westal, D. (2013). La Generación de la comida basura: Americanisms in a Corpus of Spanish Obesity News. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 95, 298–307. No DOI found

La importancia de informar ante la ansiedad y la resiliencia de pacientes que van a ser sometidos a una colonoscopia

The importance of reporting to the anxiety and the resilience of patients will undergo a colonoscopy

Juana María Olmo-Conesa^a, Magdalena Gómez-Díaz^b

^a Unidad de Digestivo, Servicio Murciano de Salud, España

^b Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España

Resumen

Introducción: La colonoscopia es una técnica beneficiosa pero no deja de ser un procedimiento incómodo, donde el dolor y el miedo a lo desconocido han hecho que este procedimiento genere cierto grado de ansiedad en el paciente. **Objetivos:** Se trata de evaluar el nivel de ansiedad y resiliencia en los pacientes que van a ser sometidos a colonoscopia, y comprobar si el conocimiento y la información recibida influye en dichas variables. **Metodología:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en una muestra de 100 pacientes, 50 sometidos a la prueba con sedación consciente y 50 con sedación profunda, que acudieron a la realización de una colonoscopia. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y el Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). **Resultados:** El 52% de los pacientes obtuvieron una ansiedad-estado elevada. Este nivel de ansiedad se relacionó de manera estadísticamente significativa con haber recibido información o no ($p=.00$) y con el nivel de la misma, suficiente o insuficiente ($p=.00$). Y los pacientes más resilientes resultaron ser aquellos que sí conocían la prueba o recibieron información sobre la misma. **Conclusión:** Podemos observar que a más información menos ansiedad y mayor nivel de resiliencia frente a una colonoscopia.

Palabras clave: ansiedad; resiliencia; colonoscopia; enfermería; información; sedación consciente; sedación profunda.

Abstract

Introduction: Colonoscopy is a highly demanded technique due to its benefits, but it is nevertheless an uncomfortable procedure where pain and fear of the unknown can create a certain degree of anxiety. **Objectives:** The main objective of this study is to evaluate the level of anxiety and resilience in patients going to undergo colonoscopy, and check if the received information and knowledge affects these variables. **Methodology:** This is an observational, descriptive, transversal and prospective study. The study sample included 100 patients, 50 tested with conscious sedation and 50 with deep sedation, who underwent a colonoscopy. The assessment tools used were: State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). **Results:** 52% of the sample experienced a high degree of anxiety. This level of anxiety related statistically significantly with receiving information or not ($p = .00$) and with the same level, sufficient or insufficient ($p = .00$). And patients more resilient turned out to be those that yes knew the test or were briefed on it. **Conclusion:** We can conclude that more information less anxiety and greater level of resilience against a colonoscopy.

Keywords: anxiety; resilience; colonoscopy; nursing; information; conscious sedation; deep sedation.

Introducción

El profesional sanitario no solo está presente en la realización de la colonoscopia sino que debe prestar atención los días previos, para asegurar una adecuada preparación, y los días posteriores por la posibilidad de la aparición de complicaciones. No obstante, una adecuada atención sanitaria, en concreto la atención enfermera no termina en unas destrezas técnicas, sino que se fundamenta en el cuidado humano desde un enfoque profesional y desde un punto de vista integral, situando a la persona en el centro de todo el proceso asistencial bajo una visión holística abarcando todas sus dimensiones, biológica, psicológica, social, espiritual y ecológica (Mateos, 2015).

La colonoscopia es una prueba diagnóstica y terapéutica a la vez, y constituye el estudio con mayor sensibilidad y especificidad de la patología colónica, por lo que se ha convertido en el método de elección en la mayoría de los pacientes adultos con síntomas intestinales (De la Torre-Arrieta, Roy-Guerrero, & Artajona-Mata, 2014). La colonoscopia, en teoría, puede ser realizada sin sedación, y no hay reglas fijas para la premedicación. Sin embargo, esta mejora las condiciones del examen tanto para el médico como para el paciente.

En la actualidad se emplean dos modalidades de anestesia: Sedación consciente que se realiza mediante la administración de benzodiazepinas y opiáceos como el midazolam y el fentanilo (Martínez et al., 2014; Nunes Pereira das Neves et al., 2016). Y sedación profunda cuyo objetivo es aliviar el dolor y disminuir la incomodidad y los recuerdos en pacientes sometidos a un proceso doloroso. Gracias a la disponibilidad de nuevos fármacos como el propofol, se ha ido extendiendo en los últimos años la realización de la colonoscopia bajo este tipo de anestesia (Martínez et al., 2014).

El someterse a cualquier prueba diagnóstica como es la colonoscopia, lleva implícito en el paciente efectos perjudiciales o negativos a nivel emocional, desde que el paciente es citado para la prueba hasta el resultado, pasando por el desarrollo de la misma (Cardenal et al., 2008). Entre estas reacciones emocionales podemos encontrar la ansiedad, ocasionada por el miedo al dolor o el temor ante el futuro; la depresión o problemas de adaptación; o problemas de rebeldía frente a un destino no deseado (López Ibor, 2007). Los factores que influyen en esas reacciones son diversos, como la personalidad, el tipo de enfermedad, o la edad, entre otros. Es muy importante la comunicación con el paciente, donde la enfermera (a través de un lenguaje comprensible) proporciona al paciente

la facilidad de participar en su recuperación (Escudero, Viña, & Calleja, 2014).

También influye la resiliencia, definida como la capacidad de adaptarse a experiencias negativas (Rutter, 1985), que involucra procesos genéticos, biológicos, psicológicos y dinámicos (Monroy-Cortés, & Palacios-Cruz, 2011). La resiliencia se ha llegado a considerar también como una característica esencial e inherente a la enfermera para el desarrollo de su asistencia diaria (Tusaie, & Dyer, 2004), como consecuencia de la constante exposición a un continuo entorno laboral adverso al que debe hacer frente (Arrogante, Pérez-García, & Aparicio-Zaldívar, 2015), siendo los profesionales clave para enseñar dicha capacidad resiliente a los pacientes (Bermejo Higuera, 2015).

El objetivo general del presente estudio es mostrar el nivel de ansiedad y resiliencia de los pacientes que van a ser sometidos a colonoscopia, y demostrar que la información recibida sobre la prueba influye en estos niveles, además de ver la relación entre ambos factores. A nivel específico el objetivo es identificar las diferencias existentes en ansiedad y resiliencia entre hombres y mujeres; y analizar si el tipo de sedación utilizado en la colonoscopia se relaciona con el nivel de ansiedad de los pacientes.

Método

Diseño

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Participantes

Los participantes del estudio fueron pacientes que acudieron, para la realización de una colonoscopia, al Servicio de Digestivo y Endoscopias del Hospital Universitario de Santa Lucía y Hospital Santa María del Rosell de Cartagena (Murcia). Fueron 100 el total de los participantes, 38 hombres y 62 mujeres con edades comprendidas entre 27 y 88 años ($M=59,45$, $DT=13,75$). La estrategia de muestreo fue por conveniencia, según llegaban al servicio los pacientes, en el periodo de estudio de junio a julio de 2015. A 50 se les realizó la prueba bajo sedación consciente y a 50 bajo sedación profunda. Se incluyeron a pacientes ambulatorios y hospitalizados mayores de edad que iban a ser sometidos a la realización de una colonoscopia por sintomatología (un 53%), por antecedentes familiares (un 15%) o por revisión (un 32%), bajo sedación consciente o sedación profunda, y que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado. Los criterios de ex-

clusión fueron: limitaciones cognitivas que impidiesen a los pacientes entender y contestar a las preguntas del cuestionario, o que fuesen sometidos a la prueba por un proceso de urgencia.

Instrumentos

Para identificar las características o los aspectos socio-demográficos, así como el conocimiento previo acerca de la colonoscopia se elaboró un cuestionario de elaboración propia, ad-hoc, formado por 8 ítems con variables cualitativas y cuantitativas que se consideraron, tras una revisión exhaustiva de la literatura, más relevantes para el estudio. Estas variables son: tipo de sedación (consciente o profunda); sexo (hombre o mujer); edad; motivo por el que se realiza la colonoscopia (por antecedentes familiares, por sintomatología o por prevención); si se tiene conocimiento de la prueba (sí o no); si se ha recibido información sobre la colonoscopia (sí o no); quién ha informado (amigos/familiares, personal sanitario u otros); y cómo considera el nivel de la información (suficiente o insuficiente). Para la recogida de las variables psicológicas, se utilizaron la escala de ansiedad STAI y la escala de resiliencia RISC-10.

El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene, fue adaptado al español por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Este instrumento mide a través de 40 preguntas la Ansiedad Estado (AE) y la Ansiedad Rasgo (AR). Tiene un alfa de Cronbach de 0,90 para la ansiedad rasgo y un 0,94 para la ansiedad estado (Guillén-Riquelme, & Buela Casal, 2011). La AE recoge los sentimientos subjetivos y transitorios de tensión, aprensión y miedo que pueden variar a lo largo del tiempo y fluctuar de intensidad. La AR refleja un estado emocional relativamente estable, refiriéndose a la tendencia general de la persona a percibir como amenazadoras situaciones cotidianas (Pifarré et al., 2011).

Para medir la resiliencia hemos utilizado la escala The Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC-10 (Campbell-Sills, & Stein, 2007), versión abreviada de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson. Consta de 10 ítems y el alfa de Cronbach de la versión adaptada y validada al castellano fue de 0,85, el mismo valor que se obtuvo en el instrumento original (Notario-Pacheco et al., 2011).

Procedimiento

Para la recogida de datos se les entregó a los pacientes, de forma individual, a la llegada al servicio, antes de la realización de la colonoscopia, un cuestionario de tipo autocumplimentado en presencia del investigador; que

recogía las variables anteriormente mencionadas. Mientras esperaban para la realización de la prueba se les explicaba en qué consistía la investigación y si querían participar contestando a dicho cuestionario, dejándolo relleno antes de entrar a realizarse la colonoscopia. Los criterios de inclusión fueron firmar el consentimiento informado, no tener problemas con el idioma y completar la totalidad del cuestionario, quedando excluidos los casos en los que no reunían estas características.

El proyecto de este estudio cuenta con la aprobación de la Comisión de Investigación del Área 2 de Salud de la Región de Murcia. Los sujetos participantes lo hicieron de forma voluntaria y fueron informados del estudio que se iba a desarrollar, como hemos mencionado anteriormente. Leyeron y firmaron una carta de consentimiento con la que verificaban su voluntariedad de participar en el estudio. De esta manera, se codificó cada cuestionario con el fin de preservar el anonimato y confidencialidad de los datos recogidos según la declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Para procesar la información se elaboró una base de datos con el programa informático SPSS® v21. Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas así como del conocimiento previo acerca de la colonoscopia se utilizaron estimadores de tendencia central (media y desviación típica) y proporciones y porcentajes, según el tipo de variable. Para la comparación de variables cuantitativas entre grupos se empleó la T de Student, y la Chi-Cuadrado de Pearson para la comparación de las variables cualitativas. Antes de realizar las pruebas se comprobó el supuesto de normalidad de las variables. Para verificar que se cumple esta condición, se aplicó a todas ellas el test de Kolmogorov-Smirnov. Además, se calculó el tamaño del efecto a través de la *d* de Cohen para valorar la magnitud del efecto de la intervención. Para el análisis de la relación entre las escalas de la ansiedad y de resiliencia se hizo mediante el análisis de correlación de Spearman siendo construida una única matriz. A efectos de interpretación y análisis de los datos el nivel de confianza asumido fue de 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

El 18% de los pacientes tenían AR elevada, sin embargo, el 52% presentaban AE elevada ante la realización de la colonoscopia. El 21% obtuvo una puntuación baja en resiliencia, frente al 79% que mostró una adecuada resiliencia. El 89% de los pacientes refieren que sí saben en qué consiste la colonoscopia, frente al 11% que no. El 69% señala que sí ha recibido información, frente al 31% que

no. Un 54% ha recibido información de algún profesional sanitario, un 18% la ha recibido de familiares o amigos y el resto, un 28%, no ha recibido información de nadie. Un 57% considera insuficiente la información recibida frente a un 43% que la considera suficiente.

Tras realizar la correlación entre el nivel de resiliencia y la AE se obtuvo una significación estadística negativa ($\rho = -.309$, $p=0,00$) al igual que entre la resiliencia y la AR ($\rho = -.305$, $p=0,00$).

Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Resiliencia en hombres y mujeres

En relación a la variable sexo, en la tabla 1 podemos observar la media obtenida por hombres y mujeres en la AE y la AR.

Tabla 1. Puntuación media total en AE y AR en hombres y mujeres.

	Sexo	N	M	DT
Ansiedad Estado	Hombre	38	26,55	9,63
	Mujer	62	29,74	11,64
Ansiedad Rasgo	Hombre	38	21,92	7,22
	Mujer	62	24,31	9,38

Aunque podemos apreciar medias superiores en AE y AR en las mujeres, no se obtuvo una relación estadísticamente significativa, ni en AE ($p=0,16$) ni en AR ($p=0,18$). Tampoco obtuvimos una relación estadísticamente significativa entre resiliencia y sexo ($p=0,62$), donde los hombres obtuvieron un porcentaje mayor que las mujeres en resiliencia, un 81,6% frente a un 77,4%.

Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Resiliencia según el conocimiento y la información recibida de la colonoscopia

La puntuación media total obtenida en la AE en relación a los pacientes que señalaron que sí conocían la prueba fue de 27,71 (DT=11,19) frente a los que contestaron que no, que presentaron una puntuación media mayor en AE (M=35,18, DT= 0,19). Se comprobó que existía una relación significativa a nivel estadístico entre la ansiedad y el conocimiento o no de la prueba en el momento de la colonoscopia ($F=6,93$, $p=0,01$).

Con respecto a la AR, los pacientes que sí conocían la prueba obtuvieron una puntuación media relacionada con ansiedad normal de 23,08, frente a los que señalaron que no la conocían, que obtuvieron una puntuación media de 26, correspondiente también a un nivel de ansiedad nor-

mal. En este caso no se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($F=2,97$, $p=0,08$).

En la tabla 2 observamos la puntuación media total obtenida en AE y AR en relación a los pacientes que señalaron que sí obtuvieron información sobre la prueba y los que no, los cuales muestran una media de AE y AR mayor.

Tabla 2. Puntuación media total en AE y AR en los pacientes que recibieron información sobre la colonoscopia y los que no.

	Recibió información	N	M	DT
Ansiedad Estado	Si	69	25,64	10,30
	No	31	34,97	9,77
Ansiedad Rasgo	Si	69	22,01	8,86
	No	31	26,48	7,42

Se obtuvo significación estadística entre la AE y el haber recibido o no información sobre la prueba ($F=1,70$, $p=0,00$), no ocurrió lo mismo con la AR ($F=1,41$, $p=0,16$).

De la misma manera, se obtuvo la puntuación media total en AE y AR de la percepción que tenían los pacientes en cuanto al nivel de información recibida. Podemos ver en la tabla 3 que los que consideran haber recibido un nivel insuficiente de información presentan medias superiores a los que consideran haber tenido suficiente información, tanto en AE como en AR.

Tabla 3. Puntuación media total en AE y AR en los pacientes que consideraron el nivel de información recibida como suficiente e insuficiente.

	Nivel de información recibida	N	M	DT
Ansiedad Estado	Suficiente	43	22,88	9,64
	Insuficiente	57	32,79	10,03
Ansiedad Rasgo	Suficiente	43	21,07	9,31
	Insuficiente	57	25,16	7,77

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad, AE ($F=0,11$, $p=0,00$), AR ($F=0,88$, $p=0,01$), y el nivel de información recibida.

Respecto al nivel de resiliencia, aunque no se obtuvo una relación significativa a nivel estadístico ($p=0,12$), los que señalaron que sí conocían en qué consistía la prueba obtuvieron una puntuación media superior (M=26,13, DT=8,10) en el nivel de resiliencia que los que contestaron que no (M=23,27, DT=5,33).

Los pacientes que señalaron que no obtuvieron información sobre la prueba mostraron una media de resiliencia menor ($M=23,68$, $DT=7,43$) que los que señalaron que sí la obtuvieron ($M=26,78$, $DT=7,93$). Aunque no se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p=0,58$).

Los que consideran haber recibido un nivel suficiente de información, presentan medias superiores en la resiliencia ($M=27,19$, $DT=8,53$) que los que consideran haber recibido insuficiente información ($M=24,79$, $DT=7,24$). Aunque no se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p=0,20$).

Nivel de ansiedad y tipo de sedación

Los pacientes que se iban a realizar la colonoscopia bajo sedación "profunda", obtuvieron una puntuación media total en AE ($M=30,18$, $DT=11,74$) y AR ($M=24,74$, $DT=8,60$) mayor que los que se iban a realizar la prueba con sedación "consciente", con una AE ($M=26,88$, $DT=10,01$) y AR ($M=22,06$, $DT=8,59$) menor. Sin embargo, no se obtuvo una relación estadísticamente significativa ni en la AE ($p=0,13$) ni en la AR ($p=0,12$).

Discusión y conclusiones

La realización de una colonoscopia, a pesar de sus beneficios, no deja de ser un procedimiento incómodo para el paciente, donde el dolor, el miedo a lo desconocido, así como la sensación por parte del paciente de "violación a su intimidad", han hecho que este procedimiento genere cierto grado de ansiedad, convergiendo frecuentemente en el rechazo, bien por una mala experiencia anterior o referencias al respecto (Chatman, Sutherland, Van der Zwan, & Abraham, 2013; Hernández-Calzada, Cordero-Escobar, Rivero-Moreno, Fernández Navarro, & Mora-Díaz, 2015). En nuestro estudio la mitad de los pacientes que iban a someterse a una colonoscopia presentaron ansiedad estado (un 52%).

Varios estudios, que utilizaron el cuestionario STAI, hallaron cifras elevadas de ansiedad en pacientes sometidos a pruebas diagnósticas (Doménech et al., 2010; Pifarré et al., 2011). Cabello-Fernández et al. (2014) obtuvieron más puntuación en la AE en los hombres que en las mujeres, ante una colonoscopia. También se obtuvieron resultados similares en otro estudio (Pifarré et al., 2011), sin embargo, en nuestro caso, se hallaron medias superiores en AE y AR en las mujeres, aunque no se obtuvo relación estadísticamente significativa. En el caso de la resiliencia nos encontramos un porcentaje mayor de la misma en hombres, aunque tampoco hallamos diferencias estadísticamente significativas.

Herranz-García (2015) concluyó que el 63,07% de los

pacientes que acudían al servicio de medicina nuclear por primera vez presentaban ansiedad en el momento de la prueba. De éstos, el 52,30% de los pacientes reconocían que la información recibida había sido escasa. En nuestro caso el 57% consideraron insuficiente la información recibida. La falta de información es un motivo de ansiedad en los pacientes que se van a realizar una prueba diagnóstica. Rollbusch, Mikocka-Walus y Andrews (2014) comprobaron que algunos pacientes no asimilaban la información correcta sobre la colonoscopia, por lo que, concluyeron lo importante que resulta, por parte del personal sanitario, cerciorarse de dicho altercado. Voiosu et al. (2014) obtuvieron, tras evaluar a 452 pacientes, que el 70,2% consideraban la información proporcionada antes de la colonoscopia como insuficiente, concluyendo que la satisfacción y la preocupación del paciente va influenciada con el nivel de información y con la relación médico-paciente.

Al ser la colonoscopia una técnica invasiva, sujeta a posibles complicaciones (Chan et al., 2015), necesita de un consentimiento informado y es a través de este donde se detalla la información sobre la prueba. Un estudio concluyó que una combinación de información verbal y escrita antes de procedimientos endoscópicos consigue menores niveles de ansiedad, ya que mejora el nivel de entendimiento de la prueba en sí y de sus posibles complicaciones (Sanguinetti et al., 2015). Otro estudio resalta que el formato escrito es obligatorio por ley, pero el más adecuado sería el oral, ya que refuerza la relación entre el paciente y el médico (Heras-Meseguer, 2015).

A pesar de ser la información al paciente un tema bastante estudiado, aún se conoce la carencia existente de la misma. En nuestro estudio, se muestra que el nivel de ansiedad, de forma significativa, se relaciona con la información y el conocimiento sobre la colonoscopia, así como con un mejor nivel de resiliencia en aquellos pacientes que poseían una información y un conocimiento suficiente sobre la prueba a la que se iban a someter. Por lo tanto, señalamos la importancia de ofrecer una información suficiente, clara y adecuada para que los pacientes puedan poder expresar opiniones y hacer preguntas. Ya sea mediante el consentimiento informado (parte ética y práctica importante de la atención informada) o reforzada con folletos escritos, videos, etc. (Kinnersley et al., 2013). Por lo tanto, a partir de los resultados obtenidos, proponemos nuevas líneas de investigación para identificar información que demanda el paciente con el fin de contribuir en el avance de la disciplina enfermera y mejorar la calidad asistencial en todos los niveles.

Hay estudios que demuestran también la necesidad de informar al paciente sobre la anestesia a la que va a ser sometido (Ortiz, Wang, Elayda, & Tolpin, 2015). En nuestro estudio, ante la sedación profunda se mostraron niveles de AE más elevados que ante la sedación consciente, esto puede deberse tal vez a la reiterada mención de la falta de conocimiento, en este caso, sobre la anestesia o el tipo de sedación a la que se iban a someter, aumentando de esta forma sus miedos; de cualquier forma, faltaría investigar otras posibles variables influyentes en dicha ansiedad. Pues en otros estudios se ha mostrado el paciente más satisfecho con la sedación profunda que con la sedación consciente (De la Torre-Arrieta et al., 2014; Nunes Pereira das Neves et al., 2016), por considerarse como protector en las molestias percibidas por el paciente.

No se ha encontrado ningún estudio que evalúe el nivel de resiliencia en pacientes que se van a realizar una colonoscopia o cualquier otra prueba diagnóstica, así como la relación que pueda existir con el conocimiento de la prueba o la información recibida. En nuestro estudio aparece una correlación negativa de la AE con la resiliencia, es decir, si existe poca resiliencia resultará más difícil controlar los niveles de ansiedad u otros problemas (Saavedra, Castro, & Inostroza, 2012).

Como limitaciones al estudio cabría mencionar el contar con un grupo control, en donde hubiésemos medido el nivel de ansiedad y resiliencia en pacientes que acudiesen al servicio de digestivo por otros motivos distintos a la realización de la colonoscopia.

Podemos concluir, a partir de nuestros resultados ante los participantes en este estudio, que existe una relación entre dar información sobre la prueba y mostrar menos niveles de ansiedad y más resiliencia. Que se dio una correlación negativa entre la resiliencia y la ansiedad. Y que en relación al tipo de sedación utilizado ante la colonoscopia y su influencia en la ansiedad del paciente no obtuvimos significación estadística, al igual que tampoco hallamos diferencias significativas a nivel estadístico entre hombres y mujeres, ni en los niveles de ansiedad ni en los de resiliencia.

Referencias Bibliográfica

Arrogante, O., Pérez-García, A.M., & Aparicio-Zaldívar, E.G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 25(2), 73-80.

Bermejo Higuera, J.C. (2015). Resiliencia y cuidado

enfermero. *Revista ROL de Enfermería*, 38(6), 408-413.

Cabello-Fernández, A., Franch-Almela, P., Cabanes-Hernández, E., Arnau-Paradís, T., Cabañas-Carrasco, M.P., & Martínez-Vinuesa, L. (2014). Aplicación de la encuesta de ansiedad STAI (state-trait anxiety inventory) para valorar la necesidad de sedación en pacientes de cribado de cáncer colorrectal. *Enfermería en Endoscopia Digestiva*, 1(2), 3-5.

Campbell-Sills, L., & Stein, M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019.

Cardenal, M.C., Rodríguez, A., Cruzado, J.A., González, A., González, M.J., & Roa, A. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida durante las fases de cribado mamográfico en mujeres de la comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 5(1), 129-146.

Chan, A.O., Lee, L.N., Chan, A.C., Ho, W.N., Chan, Q.W., Lau, S., & Chan, J.W. (2015). Predictive factors for colonoscopy complications. *Hong Kong Medical Journal*, 21, 23-9.

Chatman, N., Sutherland, J.R., Van der Zwan, R., & Abraham, N. (2013). A survey of patient understanding and expectations of sedation/anaesthesia for colonoscopy. *Anaesth Intensive Care*, 41(3), 369-73.

De la Torre-Arrieta, I., Roy-Guerrero, L., & Artajona-Mata, R.M. (2014). Calidad en colonoscopia: grado de satisfacción del paciente. *NURE Investigación*, 69, 2-15.

Doménech, A., Notta, P., Benítez, A., Ramal, D., Rodríguez-Bel, L., Massuet, C., & Martín-Comín, J. (2010). Evaluation of the anxiety state in patients receiving radioiodine treatment or who undergo a sentinel lymph node examination in the Nuclear Medicine Department. *Revista Española de Medicina Nuclear*, 29(2), 63-72.

Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375.

Fernández-Lansac, V., Crespo-López, M., Cáceres, R., & Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores

- de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47(3), 102-109.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Heras-Meseguer, M. (2015). *Influencia del protocolo de información en la ansiedad estado en pacientes sometidos a la extracción de terceros molares inferiores incluidos*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Sevilla.
- Hernández-Calzada, J.J., Cordero-Escobar, I., Rivero-Moreno, M., Fernández-Navarro, M.A., & Mora-Díaz, I. (2015). Sedación consciente para la colonoscopia ambulatoria. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 14(1), 13-28.
- Herranz-García, N. (2015). *Valoración del estado de ansiedad de los pacientes que van a medicina nuclear por primera vez*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Jaén.
- Kinnersley, P., Phillips, K., Savage, K., Kelly, M.J., Farrell, E., Morgan, B.,..., Edwards, A.G. (2013). Interventions to promote informed consent for patients undergoing surgical and other invasive healthcare procedures (Review). *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 7, 1-252.
- López Ibor, M.I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211
- Martínez, O., Ballesteros, D., Estébanez, B., Chana, M., López, B., Martín, C... Blancas, R. (2014). Características de la sedación profunda en procesos endoscópicos gastrointestinales, realizadas por médicos intensivistas. *Medicina Intensiva*, 38(9), 533-540.
- Mateos, A. (2015). *Abordaje psicológico del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Valladolid.
- Monroy-Cortés, B.G., & Palacios-Cruz, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34, 237-246.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M.D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaino, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10 item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*, 9-63.
- Neves, J.F.N.P., Araújo, M.M.P.N., Araújo, F.P., Ferreira, C.M., Duarte, F.B.N., Pace, F.H., ...Ferreira, L.E.V.V.C. (2016). Sedação para colonoscopia: ensaio clínico comparando propofol e fentanil associado ou não ao midazolam. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 66(3), 231-236.
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M.A., & Tolpin, D.A. (2015). Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7-13.
- Pifarré, P., Simó, M., Gispert, J.D., Pallarés, M.D., Plaza, P., & Martínez-Miralles, E. (2011). Diagnostic Imaging Studies: Do They Create Anxiety? *Revista Española de Medicina Nuclear*, 30(6), 346-350.
- Rollbusch, N., Mikocka-Walus, A.A., & Andrews, J.M. (2014). The Experience of Anxiety in Colonoscopy Outpatients: A mixed-Method Study. *Gastroenterology Nursing*, 37(2), 166-175.
- Rutter, M. (1985) Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal Psychiatry*, 147, 598-611.
- Saavedra, E., Castro, A., & Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeña*, 2(1), 161-184.
- Sanguinetti, J.M., Lotero-Polesel, J.C., Iriarte, S.M., Ledesma, S.M., Canseco-Fuentes, S.E., & Caro, L.E. (2015). Informed consent in colonoscopy: A comparative analysis of 2 modes. *Revista de Gastroenterología de México*, 80(2), 144-149.
- Serrano-Parra, M.D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., & Martínez-Vizcaino, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*, 23, 14-21.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical

review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18, 3-8.

Voiosu, A., Tantau, A., Garbulet, C., Tantáu, M., Mateescu, B., Báicus, C.,... Voiosu, T. (2014). Factors affecting colonoscopy comfort and compliance: a questionnaire based multicenter study. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 52(3), 151-7.

Utilidad de la teoría de la conducta planificada para entender el consumo de frutas y verduras: evidencia de estudios en adultos y adolescentes chilenos

Usefulness of the theory of planned behavior to understand the consumption of fruits and vegetables: evidence of studies on Chilean adults and adolescents

Macarena Peña-y-Lillo^a

^a Facultad de Comunicación y Letras, Universidad Diego Portales, Chile

Resumen

Introducción: La teoría de la conducta planificada (TCP) propone que el comportamiento se explica por las intenciones y que estas, a su vez, están determinadas por actitudes, percepciones normativas y de control. El modelo ha sido recomendado y utilizado para diseñar intervenciones de comunicación en salud pública. **Objetivos:** El propósito de este trabajo es explorar las asociaciones de los constructos de la TCP en el contexto del consumo de frutas y verduras en la población chilena. **Métodos:** Se realizaron dos estudios cuantitativos con diseño descriptivo no experimental. El primero es una encuesta transversal cara a cara a adultos de 18 a 78 años de segmentos socioeconómicos medios y bajos (N = 250). El segundo es una encuesta longitudinal autoaplicada en mujeres de 12 a 18 años (N= 751). Los datos se analizaron utilizando regresiones múltiples jerárquicas. **Resultados:** En ambos estudios se encontró que las actitudes, percepciones normativas y de control estaban significativamente asociadas con las intenciones. Las intenciones, en tanto, tenían una asociación transversal con la conducta. **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio subrayan la utilidad de la TCP para guiar intervenciones para promover una alimentación saludable, en especial, el rol de las actitudes y las percepciones de control.

Palabras clave: dieta saludable; actitudes; percepciones de control conductual; auto-eficacia; promoción de la salud.

Abstract

Introduction: The theory of planned behavior (TPB) proposes that human behavior can be explained as a function of intentions to perform a given behavior, which in turn are determined by attitudes, normative perceptions and perceptions of control. The model has been extensively recommended and utilized to guide the design of public health communication interventions. **Goals:** The purpose of this work is to explore the associations of the TPB constructs in the context of fruit and vegetable consumption in the Chilean population. **Methods:** Two quantitative studies with a descriptive non-experimental design were conducted. The first corresponds to a face-to-face cross-sectional survey of adults 18 to 78 years of medium and low socioeconomic status (N = 250). The second corresponds to a longitudinal self-applied survey of female adolescents 12 to 18 years old (N = 751). The data were analyzed using multiple and hierarchical regressions. **Results:** In both studies, it was found that attitudes, norms and perceptions of control were significantly associated with intentions. Intentions, in turn, had a cross-sectional association with behavior. **Conclusion:** This study's findings underscore the usefulness of the TPB to guide interventions aimed at promoting healthy eating, especially the importance of attitudes and perceptions of control for this purpose.

Keywords: healthy diet; attitudes; perceived behavioral control; self-efficacy; health promotion.

Introducción

La teoría de la conducta planificada (TCP; Ajzen, 1991) es un modelo teórico que forma parte de la familia de teorías de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 2010), cuyo principal objetivo es dilucidar los factores que explican la conducta humana. La TCP es uno de los modelos teóricos más recomendados y utilizados para guiar el diseño de intervenciones de salud pública (Cappella, 2006; Fishbein & Cappella, 2006).

La TCP señala que la realización de una conducta está determinada por las intenciones de llevarla a cabo, es decir, por qué tan probable o improbable la persona cree que es para ella realizar dicha conducta en el futuro (Fishbein & Ajzen, 2010). Las intenciones, a su vez, están determinadas por actitudes, normas sociales y percepciones de control respecto de la conducta (Fishbein & Ajzen, 2010). Las actitudes son evaluaciones que las personas hacen acerca de objetos psicológicos, en este caso, los comportamientos que se están examinando. Las normas sociales están conformadas por las normas descriptivas y normas injuntivas (Cialdini, Reno, & Kallgren, 1990) de acuerdo a versiones actualizadas del modelo teórico (Fishbein & Ajzen, 2010, 5). Las normas descriptivas se refieren a las percepciones que una persona tiene respecto de la prevalencia de una conducta en su entorno (Lapinski & Rimal, 2005); las normas injuntivas se refieren al “deber ser” (Cialdini et al., 1990), es decir, a la percepción respecto de las presiones sociales que existen acerca de la conducta. Finalmente, las percepciones de control conductual corresponden a las creencias de las personas respecto de su capacidad para llevar a cabo una conducta y su nivel de control sobre la realización de ésta.

Los postulados de la TCP han sido puestos a prueba a través de varios estudios empíricos que han examinado los determinantes de una diversidad de comportamientos en salud, tales como uso de condón (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001), dejar de fumar (Tseng et al., 2018), practicar actividad física (Armitage, 2005) y el monitoreo de la glucosa en la sangre en pacientes diabéticos (Shankar, Conner, & Bodansky, 2007), entre muchas otras. En conjunto, se estima que las variables de la TCP (actitudes, normas y percepciones de control) explican alrededor de un 40% de la varianza en intenciones a través de diversas conductas, y entre un 27% (Godin & Kok, 1996) y un 31% (Conner & Armitage, 1998) de la varianza en comportamientos.

La conexión entre intenciones y comportamientos es la más consistente de todas las propuestas por el modelo, según estudios que lo han aplicado para investigar los

determinantes de diversos comportamientos. Por ejemplo, en un estudio meta-analítico sobre el uso de condón (Albarracín et al., 2001) se encontró que la correlación promedio entre intenciones y conductas a través de 96 estudios era moderada ($r = ,45$). Un meta-análisis más reciente en el contexto del consumo de alimentos orgánicos mostró una fuerte asociación entre intenciones y adopción del comportamiento y reveló que de las variables de la TCP la que tenía una asociación más fuerte con las intenciones eran las actitudes (Scalco, Noventa, Sartori & Ceschi, 2017). En el contexto de la actividad física, un meta-análisis de 32 estudios (Hausenblas, Carron, & Mack, 1997) reveló que la conexión entre intenciones y conductas era consistente a través de los estudios examinados ($r = ,47$). El mismo estudio mostró que las actitudes, normas y percepciones de control estaban significativamente asociadas con las intenciones y que las actitudes y las percepciones de control tenían relación directa con la práctica de actividad física (Hausenblas et al., 1997).

A pesar de no existir meta-análisis que hayan examinado los postulados de la TCP en el contexto del consumo de frutas y verduras, diversos estudios han utilizado este marco conceptual para comprender los determinantes de dicha conducta (e.g., Blanchard et al., 2009; Kothe, Mullan, & Butow, 2012). En general, se observa que las intenciones de consumir frutas y verduras son importantes predictoras del comportamiento (Blanchard et al., 2009; Conner, Norman, & Bell, 2002), mientras que las actitudes y percepciones de control son relevantes para comprender las intenciones (Blanchard et al., 2009).

Los proponentes de la TCP han señalado que la capacidad de cada uno de los constructos de la teoría para predecir intenciones y/o la conducta varía de acuerdo al comportamiento examinado (McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011). Por ejemplo, ciertas conductas podrían estar mayormente gobernadas por las actitudes, mientras que otras lo estarían por las normas sociales (Nejad, Wertheim, & Greenwood, 2004). Al mismo tiempo, las relaciones entre los constructos de la TCP varían según la población que se está estudiando (Culos-Reed, Shields, & Brawley, 2005; Smith-McLallen & Fishbein, 2008). Estas dos condiciones sustentan la necesidad de poner a prueba la utilidad de la TPC para comprender conductas específicas y en poblaciones determinadas.

El propósito del presente estudio es conocer los determinantes del consumo de frutas y verduras en dos muestras no probabilísticas de sujetos chilenos: una de adultos de segmentos socioeconómico bajo y medio de la región Metropolitana y otra de adolescentes de sexo femenino que asisten a colegios públicos de la comuna de Santia-

go. El presente estudio busca contribuir al entendimiento del consumo de frutas y verduras en poblaciones que no se han estudiado anteriormente a la luz de la TCP con el fin de determinar en qué medida este modelo teórico y sus constructos son útiles para guiar intervenciones clínicas o de salud pública tendientes a aumentar el consumo de frutas y verduras de los individuos. Esta inquietud se sustenta en la necesidad de explorar vías para promover la práctica de hábitos alimenticios saludables (Olavarría & Zacarías, 2011) en la población chilena en el contexto de un sostenido aumento de las tasas de obesidad y sobrepeso en el país (Suárez-Carmona, Sánchez-Oliver, & González-Jurado, 2017) y considerando que el consumo de frutas y verduras está asociado con beneficios directos para la salud de las personas (Pienovi, Lara, Bustos, & Amigo, 2015).

De acuerdo con los principales postulados de la TCP se propone que: las actitudes, normas sociales y percepciones de control estarán positivamente asociadas con las intenciones de consumir frutas y verduras (H1) y que las intenciones estarán positivamente asociadas con la práctica de la conducta tanto en el análisis transversal (H2a) como en el análisis longitudinal (H2b). De manera complementaria, se busca indagar si existe una asociación directa entre actitudes, normas y percepciones de control y la práctica de la conducta (Pregunta 1). Finalmente, se busca conocer cuál de los antecedentes de las intenciones (actitudes, normas sociales o percepciones de control) tiene una relación más fuerte con éstas y con el comportamiento (Pregunta 2).

Métodos

Para poner a prueba las hipótesis y responder las preguntas de investigación planteadas se llevaron a cabo dos estudios descriptivos de carácter no experimental. El primer estudio corresponde a un diseño transversal consistente en una encuesta cara a cara realizada a una muestra de personas mayores de 18 años de niveles socioeconómicos medios y bajos de la Región Metropolitana de Santiago, Chile. El segundo estudio es un diseño longitudinal basado en encuestas auto-aplicadas a adolescentes de entre 12 y 18 años que asisten a liceos de niñas de la comuna de Santiago. En el caso del segundo estudio se optó por restringir la muestra solo a mujeres debido a que en el rango etario de los sujetos estudiados los grados de desarrollo puberal de hombres y mujeres difieren, por lo que la evaluación del estado nutricional no es comparable entre ambos sexos (Díaz, Burrows, Muz-

zo, Galgani, & Rodríguez, 1996). Los datos de ambos estudios fueron obtenidos en el año 2015 y analizados usando técnicas de regresión múltiple jerárquica.

Estudio adultos

Participantes y procedimiento. Los datos para este estudio fueron obtenidos a través de una encuesta de tipo transversal encargada a la empresa de estudios de opinión pública Demoscópica. La muestra comprende 250 personas mayores de 18 años, sin ningún diagnóstico de salud en particular, en Santiago de Chile y fue estratificada por nivel socioeconómico (NSE): medio (C2), medio-bajo (C3) y bajo (D).

La clasificación de NSE se realizó siguiendo el sistema el sistema propuesto por la European Society for Opinion and Marketing Research (ESOMAR) que contempla antecedentes del hogar y del jefe de éste, tales como su nivel educacional y su ocupación para determinar el NSE. Un 50% de la muestra corresponde a mujeres. El trabajo de campo se realizó el jueves 15 de octubre de 2015 en nueve puntos de la ciudad de Santiago, donde los entrevistados fueron abordados para responder la encuesta cara a cara. El promedio de tiempo de aplicación de la encuesta fue de seis minutos (D.E. = 3 minutos). Los entrevistados fueron seleccionados de manera aleatoria, con salto sistemático de intervalos de tiempo con el fin de maximizar la variabilidad de las respuestas. La Tabla 1 muestra las estadísticas descriptivas de la muestra de adultos.

Instrumentos. Para medir consumo de frutas y verduras a los participantes se les consultó por su promedio de consumo diario de frutas y de verduras en la última semana (Hornik et al., 2013) y se computó la suma del consumo semanal de ambos (correlación entre ítems $r = ,52$; $p < .001$). Las intenciones de consumir frutas y verduras se midieron con un ítem (Hornik et al., 2013; Lee, Zhao, & Peña-y-Lillo, 2016; Montano & Kasprzyk, 2008), las actitudes hacia la conducta se midieron con dos ítems en una escala semántico-diferencial (Lee et al., 2016) y las normas sociales (Lee et al., 2016; Montano & Kasprzyk, 2008), al igual que las percepciones de control (Hornik et al., 2013) fueron medidas con un ítem cada una. Como variables de control se consideraron el sexo, la edad, el índice de masa corporal (IMC) y el NSE. El encuestador clasificó a cada entrevistado por sexo y le consultó por su edad a la fecha de la encuesta. El IMC fue calculado a partir de los datos de peso y talla reportados por los entrevistados.

Tabla 1. Caracterización muestra de adultos.

Variables		N	%
Sexo	Mujeres	125	50.0
	Hombres	125	50.0
Edad	18 a 30	102	40.8
	31 a 40	54	21.6
	41 a 50	43	17.2
	51 y más	51	20.4
Nivel socioeco-nómico	bajo (D)	83	33.2
	medio-bajo (C3)	84	33.6
	medio (C2)	83	33.2
Estatura	1.60 m o menos	90	36.0
	1.61 – 1.70 m	79	31.6
	1.71 m o más	81	32.4
Peso	64 kg o menos	84	33.6
	65 – 77 kg	86	34.4
	78 kg o más	80	32.0
IMC	18.49 o menos	2	0.8
	18.5 - 24.99	119	47.6
	25 - 29.99	88	35.2
	30 o más	41	16.4

Estudio adolescentes

Participantes y procedimiento. El estudio con adolescentes de la comuna de Santiago contó con el respaldo de la dirección de educación municipal y la dirección de salud de la comuna, y con la autorización de las directoras de los tres colegios donde las estudiantes fueron encuestadas. Las participantes provenían de 27 cursos que fueron seleccionados aleatoriamente dentro de cada establecimiento. Las estudiantes fueron previamente informadas del estudio a través de una visita de la investigadora a su sala de clases y la entrega de una comunicación para el apoderado. Los apoderados podían solicitar la no participación de las estudiantes a través de un formulario entregado para esos efectos, y las estudiantes también tuvieron la opción de restarse de la aplicación de la encuesta. Como incentivo para la participación se sorteó una Tablet Samsung Mini en cada una de las dos rondas de la encuesta. La encuesta se aplicó en periodos de clase y antes de realizar la encuesta se obtuvo firma del asentimiento informado por parte de las estudiantes. De las 854 estudiantes enroladas en los 27 cursos que formaron parte de la muestra, 632 completaron la encuesta en la primera ronda (tasa de participación del 74%). De ellas, 376 respondieron también la segunda ronda (retención 59%). Se permitió que las estudiantes ingresaran al estudio en la segunda ronda si es que no habían respondido en la primera, así, el total de estudiantes que respondieron a alguna de las dos o ambas rondas de encuestas fue de 751. Con el fin de maximizar el poder estadístico y evitar sesgos se realizó el procedimiento de imputación múltiple de los valores perdidos de los datos. Las estadísticas descriptivas de la muestra de adolescentes se presentan en la Tabla 2.

Instrumentos. Para cuantificar el consumo de frutas y verduras se usó una traducción al español de los ítems de la encuesta Health Information National Trends Survey (United States Department of Health and Human Services, 2014) en los que las participantes debían autorreportar las porciones de fruta y de verdura consumida medidas en tazas. Para crear un indicador se sumaron el consumo de frutas y el de verduras ($r = ,34$; $p < ,01$). Para medir intenciones se utilizó el mismo ítem descrito en el estudio de adultos, mientras que para medir normas sociales se utilizaron dos ítems adaptados de estudios previos en población adolescente (Kwan, Cairney, Hay, & Faught, 2013; Plotnikoff et al., 2011; Yun & Silk, 2011),

la correlación entre ítems era alta ($r = ,70$; $p < ,01$), por lo que se obtuvo la media de ambos. Para medir actitudes se utilizaron 5 ítems (Montano & Kasprzyk, 2008; α de Chronbach = $,86$), y para medir percepciones de control se utilizaron 4 ítems (Fishbein & Ajzen, 2010; α de Chronbach = $,84$). Finalmente, el modelo de medición de las variables actitudes, normas sociales y percepción de control se sometió a un análisis confirmatorio de factores que reveló un ajuste adecuado de acuerdo a los criterios de Hu y Bentler (1999; $\chi^2(df= 39) = 192,64$, $p > ,05$; CFI = $,98$; RMSEA = $,07$; 90% CI [$,06 - ,08$]; SRMR = $,04$).

Las variables de control consideradas en este estudio fueron edad, IMC y nivel educacional de la madre, que fue reportado por las estudiantes a través de 9 categorías entre “nada de educación” hasta “educación universitaria completa”, con una categoría “no sé” en caso de que la estudiante no contara con esa información. El IMC se calculó a partir del peso y la talla reportada por las participantes. Cabe destacar que el nivel educacional de la madre se ha utilizado en otros estudios en Chile (Azar, Franetovic, Martínez & Santos, 2015) y otros lugares del mundo (Sirin, 2005) como un indicador del nivel socioeconómico de la familia, considerando que en Chile un 77% de los hogares monoparentales tienen como jefa de hogar a la madre.

Los instrumentos de medición utilizados en ambos estudios han sido ampliamente usados en investigaciones internacionales, pero no existen publicaciones que evidencien su validez en muestras chilenas. Con el fin de asegurar la pertinencia de los instrumentos para este proyecto, sin embargo, todas las mediciones en inglés fueron sometidas a un proceso de traducción y traducción inversa y revisadas por hablantes de ambos idiomas y expertos en el área. En el caso del estudio de adolescentes, el instrumento fue pilotado a través de entrevistas cognitivas ($N = 8$) y testeado con una muestra de estudiantes del mismo rango etario de las participantes en el estudio final ($N = 73$).

Estrategia de análisis

Se realizaron regresiones lineales jerárquicas con actitudes, normas sociales y percepciones de control como variables independientes para modelar intenciones y luego con las mismas variables además de intenciones como variables independientes para modelar comportamiento en tiempo 1 y tiempo 2 (solo estudio adolescentes).

Tabla 2. Caracterización muestra de adolescentes.

Variables		N	%
Sexo	Mujeres	751	100.0
Edad	12 a 14 años	327	43.5
	15 a 16 años	332	44.2
	17 a 19 años	78	10.4
	Sin información	14	1.9
Educación madre	Básica incompleta a media incompleta	98	13.0
	Secundaria completa a técnica incompleta	237	31.6
	Técnica completa a universitaria completa	233	31.0
	Sin información	183	24.4
Estatura	1.57 m o menos	213	28.4
	1.58 a 1.62 m	243	32.4
	1.63 m o más	225	30.0
	Sin información	70	9.3
Peso	52 kg o menos	215	28.6
	53 a 60 kg	215	28.6
	61 kg o más	176	23.4
	Sin información	145	19.3
IMC	Bajo percentil 5	12	1.6
	Percentil 5 - 85	389	51.8
	Percentil 85 - 95	131	17.4
	Sobre percentil 95	59	7.9
	Sin información	160	21.3

Resultados

Los estimados de los modelos estadísticos usados para poner a prueba las hipótesis y responder las preguntas de investigación se presentan en las Tablas 3 (adultos) y 4 (adolescentes). En la presente sección se da cuenta de los principales hallazgos en función de cada hipótesis y pregunta de investigación. La hipótesis 1 proponía que las actitudes, normas sociales y percepciones de control estarían positivamente asociadas con las intenciones de consumir frutas y verduras. En el estudio de adultos se encontró que las tres variables tenían una asociación positiva y estadísticamente significativa con las intenciones y en conjunto explicaban un 21% de la varianza en intenciones luego de los controles aplicados. Con respecto a la Pregunta 2, se observó que las actitudes eran las más fuertemente asociadas con las intenciones ($\beta = .31$, $p < .001$), seguidas por las percepciones de control ($\beta = .22$, $p < .001$) y luego las normas sociales ($\beta = .18$, $p < .01$).

En el estudio de adolescentes también se encontró que las actitudes, normas sociales y percepciones de control estaban positivamente asociadas con las intenciones de consumir frutas y verduras y que en conjunto explicaban el 28% de la varianza en intenciones después de los controles. Las variables más fuertemente asociadas con las intenciones (Pregunta 2) fueron las actitudes ($\beta = .37$; $p < .001$) y las percepciones de control ($\beta = .38$, $p < .001$).

La hipótesis 2 proponía que las intenciones estarían positivamente asociadas con la conducta. En ambos estudios se observó una asociación transversal positiva entre ambas variables, de acuerdo a lo esperado (H2a). En el estudio de adultos las intenciones estaban asociadas a la conducta y explicaban un 14% de la varianza en ésta. En el estudio de adolescentes la relación transversal fue más débil en comparación al estudio de adultos, con un 7% de varianza explicada. En el estudio de adolescentes, la asociación longitudinal entre intenciones en el Tiempo 1 y conducta en el Tiempo 2 no fue estadísticamente significativa.

Tabla 3. Resultados regresión múltiple para muestra de adultos.

Variable	Intenciones de consumir frutas y verduras		Consumo de frutas y verduras	
	B	95% IC	B	95% IC
Sexo	.28	.05, .51	.04	-.22, .30
Edad	.00	-.01, .01	-.01	-.02, -.00
IMC	-.02	-.04, .01	-.02	-.05, .01
NSE	.12	-.02, .27	-.11	-.27, .06
R ² (%)	7		4	
Intenciones	-	-	.42	.27, .56
ΔR^2 (%)			14	
Actitudes	.26	.17, .36	-.07	-.18, .05
Normas sociales	.16	.06, .26	-.09	-.21, .03
Percepción de control	.26	.11, .40	.23	.06, .39
ΔR^2 (%)	21		3	
Total R ² (%)	28		21	

La Pregunta 1 se refería a una asociación directa entre actitudes, normas y percepciones de control y la conducta. En el estudio de adultos se observó que, luego de controlar por intenciones, solo las percepciones de control estaban positiva y significativamente asociadas con la conducta y explicaban el 2% de la varianza en ésta.

En el estudio de adolescentes, las normas sociales y percepciones de control tenían una asociación transversal con la práctica de la conducta, como se observa en la Tabla 2. Cuando se examinaron las asociaciones longitudinales, solo las percepciones de control estuvieron positivamente asociadas con la conducta luego de controlar por intenciones.

Tabla 4. Resultados regresión múltiple para muestra de adolescentes.

Variable	Intenciones de consumir frutas y verduras		Consumo de frutas y verduras Tempo 1		Consumo de frutas y verduras Tempo 2	
	B	95% IC	B	95% IC	B	95% IC
Edad	-.01	-.06, .04	-.14	-.27, -.02	.16	.03, .30
IMC	.01	-.01, .03	-.06	-.11, -.01	-.07	-.12, -.02
Educación madre						
Secundaria completa	.07	-.14, .28	.64	.13, 1.16	-.10	-.64, .43
Técnica o universitaria completa	-.02	-.24, .19	.62	.09, 1.14	-.28	-.83, .26
R2 (%)	.5		6		2	
Intenciones	-	-	.35	.13, .57	.12	-.11, .35
Δ R2 (%)			7		6	
Consumo de frutas y verduras Tempo 1	-	-	-	-	.39	.30, .48
Δ R2 (%)					14	
Actitudes	.19	.13, .24	-.05	-.19, .09	.07	-.08, .21
Normas sociales	.12	.04, .21	.26	.05, .47	.16	-.06, .37
Percepción de control	.42	.31, .52	.65	.38, .93	.41	.12, .69
ΔR2 (%)	28		6		2	
Total R2 (%)	29		19		24	

Discusión

Los resultados de los dos estudios presentados en este artículo son consistentes con los de otros estudios que han mostrado la efectividad de la TCP para explicar el consumo de frutas y vegetales (Blanchard et al., 2009; Conner, Norman, & Bell, 2002; Smith-McLallen & Fishbein, 2008). En ambos estudios se muestra que, tal como anticipa la TCP las intenciones de consumir frutas y verduras tienen una relación significativa con las actitudes, normas sociales y percepciones de control. La varianza en intenciones explicada por actitudes, normas sociales y percepciones de control en los dos estudios reseñados es aproximadamente 10 puntos porcentuales más baja que la encontrada en estudios sobre consumo de frutas y verduras en otras poblaciones (Sjoberg, Kim, & Reicks, 2004). Es interesante, sin embargo, que las relaciones propuestas por la TCP sean consistentes a través de las dos muestras estudiadas —estudiantes de sexo femenino y adultos de segmentos medios y bajos— y que en ambos casos sean las actitudes y las percepciones de control las variables que influyen en mayor medida en las intenciones de realizar una conducta. Este hallazgo está en línea con los de estudios previos en otras poblaciones (Smith-McLallen & Fishbein, 2008), que muestran que esas dos variables son las más relevantes de la TCP para explicar el consumo de frutas y verduras.

Las intenciones de consumir frutas y verduras tienen una relación con la práctica de la conducta, pero que esa relación puede ser más o menos fuerte dependiendo de la población estudiada. En el caso de la muestra de adultos la correlación entre intenciones y conducta se asemeja a los hallazgos de estudios previos en otros contextos, que han encontrado una correlación moderada entre intenciones y comportamientos (Sjoberg, Kim, & Reicks, 2004). En el caso del estudio entre adolescentes, llama la atención que la fuerza de esta asociación sea considerablemente menor a la encontrada en la muestra de adultos y a la encontrada en estudios previos en muestras de adultos. Sin embargo, otros estudios en adolescentes dan cuenta de una asociación similar (Lien, Lytle, & Komro, 2002).

Tal como sostiene la TCP, este estudio muestra que las actitudes, normas sociales y las percepciones de control no tienen un impacto directo relevante en la práctica de la conducta, lo que realza la importancia de las intenciones en este modelo teórico. Se observa que las actitudes no están significativamente asociadas a la realización del comportamiento en ninguna de las dos muestras. En el caso de las normas sociales éstas tienen una asociación positiva y estadísticamente significativa solo en el caso de la muestra de adolescentes y cuando se observa

el análisis transversal, pero esta relación se vuelve no significativa cuando se examina la relación longitudinal entre las variables. Este hallazgo en la muestra de adolescentes puede explicarse por la relevancia que se le asigna a la conducta de los pares como determinante de la conducta propia en esa etapa de la vida, pero esa influencia de las normas sociales, al menos en lo que respecta al consumo de frutas y verduras, parece ser más bien efímera y no mantenerse en el tiempo. En lo que respecta a las percepciones de control, llama la atención que en ambas muestras esta variable sea la única que consistentemente esté positiva y significativamente asociada con la conducta. Este hallazgo no es una sorpresa, de hecho, versiones revisadas de la TCP (Notani, 1998) proponen a las percepciones de control como un predictor directo del comportamiento en la medida en que estas creencias son fundamentales al momento de concretar la práctica una conducta.

La brecha que se observa entre intenciones de consumir frutas y verduras y la realización de esta práctica en ambas muestras, pero en especial entre las adolescentes, indica que las intervenciones centradas en fomentar el consumo de frutas y verduras deben también considerar estrategias que permitan a los individuos actuar de acuerdo a las intenciones que ya tienen, es decir, ser capaces de pasar de las intenciones a la conducta. Esta brecha puede ser entendida desde la perspectiva del modelo transteórico (Prochaska & Velicer, 1997) también conocido como modelo de las etapas del cambio (para una aplicación de este modelo en población escolar Latinoamericana ver Cruz-Thiriat, Ramírez-Vélez, Martínez-Torres & Correa-Bautista, 2017). Este modelo señala que en el proceso de cambio de comportamiento existe una serie de etapas de acuerdo a qué tan cerca está el individuo de realizar un cambio de comportamiento. Una situación como la encontrada en los estudios reportados en este artículo en la cual las personas tienen intenciones, pero que estas intenciones no necesariamente se traducen en un cambio de comportamiento podría ser asimilable a un estado de contemplación según modelo transteórico, en la que los individuos han contemplado la posibilidad de llevar a cabo un cambio conductual (i.e. tienen intenciones de hacerlo), pero no han tomado medidas concretas para llevarlo a cabo. Individuos en este estado requieren motivación para actuar de acuerdo a lo propuesto y herramientas que faciliten la implementación del cambio conductual.

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben ser mencionadas. En primer lugar, las mediciones conductuales sobre consumo de fruta y verdura fueron autoreportadas, con lo cual están sujetas a sesgos tales como

el de recuerdo o el de deseabilidad social. Futuros estudios se beneficiarían de incluir mediciones más objetivas del aspecto conductual abordado en la presente investigación, como diarios de consumo o alguna medida observacional. En segundo lugar, las muestras no fueron obtenidas con criterios de muestreo probabilístico, lo que limita la posibilidad de generalizar estos hallazgos a poblaciones mayores. No obstante, es común que investigaciones que se proponen poner a prueba modelos teóricos utilicen muestras por conveniencia, toda vez que el objetivo es testear la teoría y no obtener estimaciones para poblaciones a partir de muestras.

Conclusiones

Este estudio entrega evidencia respecto de la utilidad de la TCP para conocer los determinantes del consumo de frutas y verduras en dos segmentos de la población chilena: adultos de sectores socioeconómicos medios y bajos y adolescentes mujeres. Se muestra que las intenciones están asociadas con los comportamientos y que las actitudes y percepciones de control son importantes determinantes de las intenciones y de los comportamientos. En ese sentido, intervenciones que busquen incentivar el consumo de frutas y verduras en los mencionados segmentos de la población se beneficiarían de promover mensajes que enfatizen los aspectos positivos de este comportamiento con el fin de afectar las actitudes de los individuos. Las intervenciones que busquen un efecto más inmediato deberían optar por un enfoque centrado en las percepciones de control, es decir, mostrar el consumo de frutas y verduras como algo sencillo y al alcance de su mano, pues estas influyen tanto en las intenciones como en los comportamientos de manera directa.

Agradecimientos

Este trabajo contó con el apoyo de la beca Ruth Anne Clark del Department of Communication, University of Illinois at Urbana-Champaign.

Referencias

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-t

Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.142

Armitage, C. J. (2005). Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology*, 24, 235-245. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.235

Azar, A., Franetovic, G., Martínez, M., & Santos, H. (2015). Determinantes individuales, sociales y ambientales del sobrepeso y la obesidad adolescente en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(5), 598-605.

Blanchard, C. M., Fisher, J., Sparling, P. B., Shanks, T. H., Nehl, E., Rhodes, R. E., Courneya, K. S. & Baker, F. (2009). Understanding adherence to 5 servings of fruits and vegetables per day: A theory of planned behavior perspective. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41, 3-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.12.006>

Cappella, J. N. (2006). Integrating message effects and behavior change theories: Organizing comments and unanswered questions. *Journal of Communication*, 56, S265-S279. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00293.x

Cialdini, R. B., Reno, Raymond R., Kallgren, Carl A. (1990). A focus theory of normative conduct: Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1015-1026. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.6.1015>

Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1429-1464. doi: 10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x

Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21, 194-201. doi: 10.1037/0278-6133.21.2.194

Cruz-Thiriat, R., Ramírez-Vélez, R., Martínez-Torres, J., & Correa-Bautista, J. E. (2017). Etapas de cambio conductual y estado nutricional relacionado al consumo de frutas y verduras en escolares de Bogotá, Colombia: Estudio fuprecol. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(4), 307-317.

Culos-Reed, S. N., Shields, C., & Brawley, L. R. (2005). Breast cancer survivors involved in vigorous team physical activity: psychosocial correlates of maintenance participation. *Psycho-Oncology*, 14, 594-605. doi: 10.1002/pon.881

Díaz, B., Burrows, R., Muzzo, B., Galgani, F., & Rodríguez, R. (1996). Evaluación nutricional de adolescentes

- mediante índice de masa corporal para etapa puberal. *Revista Chilena de Pediatría*, 67(4), 153-8.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*. New York, NY: Psychology press.
- Fishbein, M., & Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56, S1-S17. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x
- Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions. *Communication Theory*, 13, 164-183. doi: 10.1111/j.1468-2885.2003.tb00287.x
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87
- Hausenblas, H. A., Carron, A. V., & Mack, D. E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19, 36-51. doi: <https://doi.org/10.1123/jsep.19.1.36>
- Hornik, R., Parvanta, S., Mello, S., Freres, D., Kelly, B., & Schwartz, J. S. (2013). Effects of scanning (routine health information exposure) on cancer screening and prevention behaviors in the general population. *Journal of Health Communication*, 18, 1422-1435. doi: 10.1080/10810730.2013.798381
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Kothe, E. J., Mullan, B. A., & Butow, P. (2012). Promoting fruit and vegetable consumption. Testing an intervention based on the theory of planned behaviour. *Appetite*, 58, 997-1004. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.02.012>
- Kwan, M. Y. W., Cairney, J., Hay, J. A., & Faight, B. E. (2013). Understanding physical activity and motivations for children with developmental coordination disorder: An investigation using the theory of planned behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3691-3698. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.020>
- Lapinski, M. K., & Rimal, R. N. (2005). An explication of social norms. *Communication Theory*, 15, 127-147. doi: 10.1111/j.1468-2885.2005.tb00329.x
- Lee, C.-J., Zhao, X., & Peña-y-Lillo, M. (2016). Theorizing the pathways from seeking and scanning to mammography screening. *Health Communication*, 31, 117-128. doi: 10.1080/10410236.2014.942769
- Lien, N., Lytle, L. A., & Komro, K. A. (2002). Applying theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption of young adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 16(4), 189-197. doi: 10.4278/0890-1171-16.4.189
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. doi: 10.1080/17437199.2010.521684
- Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education Theory and Practice* (4th ed., pp. 67 - 96). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nejad, L. M., Wertheim, E. H., & Greenwood, K. M. (2004). Predicting dieting behavior by using, modifying, and extending the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2099-2131. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02692.x
- Notani, A. S. (1998). Moderators of perceived behavioral control's predictiveness in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Journal of Consumer Psychology*, 7, 247-271. doi: https://doi.org/10.1207/s15327663jcp0703_02
- Olavarría, S., & Zacarías, I. (2011). Obstaculizadores y facilitadores para aumentar el consumo de frutas y verduras en seis países de Latinoamérica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61, 154-162.
- Pienovi, L., Lara, M., Bustos, P., & Amigo, H. (2015). Consumo de frutas, verduras y presión arterial: Un estudio poblacional. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65, 21-26.
- Plotnikoff, R. C., Lubans, D. R., Costigan, S. A., Trinh, L., Spence, J. C., Downs, S., & McCargar, L. (2011). A Test of the theory of planned behavior to explain physical activity in a large population sample of adolescents from Alberta,

- Canada. *Journal of Adolescent Health*, 49, 547-549. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.03.006>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- United States Department of Health and Human Services. (2014). *Health Information National Trends Survey*. Recuperado de: http://hints.cancer.gov/docs/HINTS_4_Cycle_3_English_Annotated_508c_3_21_2014.pdf.
- Scalco, A., Noventa, S., Sartori, R., & Ceschi, A. (2017). Predicting organic food consumption: A meta-analytic structural equation model based on the theory of planned behavior. *Appetite*, 112, 235-248. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.007>
- Shankar, A., Conner, M., & Bodansky, H. J. (2007). Can the theory of planned behaviour predict maintenance of a frequently repeated behaviour? *Psychology, Health & Medicine*, 12, 213-224. doi: 10.1080/09540120500521327
- Sirin S. (2005). Socioeconomic Status and Academic Achievement: A Meta-Analytic Review of Research. *Review of Educational Research* 75(3), 417-53.
- Sjoberg, S., Kim, K., & Reicks, M. (2004). Applying the theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption by older adults. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 23(4), 35-46. doi: 10.1300/J052v23n04_03
- Smith-McLallen, A., & Fishbein, M. (2008). Predictors of intentions to perform six cancer-related behaviours: Roles for injunctive and descriptive norms. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 389-401. doi: 10.1080/13548500701842933
- Smith-McLallen, A., & Fishbein, M. (2009). Predicting intentions to engage in cancer prevention and detection behaviors: Examining differences between Black and White adults. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 180-189. doi: 10.1080/13548500802183575
- Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, A. J., & González-Jurado, J. A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista Chilena de Nutrición*, 44, 226-233.
- Tseng, Y.-F., Wang, K.-L., Lin, C.-Y., Lin, Y.-T., Pan, H.-C., & Chang, C.-J. (2018). Predictors of smoking cessation in Taiwan: using the theory of planned behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 23, 270 - 276. doi: 10.1080/13548506.2017.1378820
- Yun, D., & Silk, K. J. (2011). Social norms, self-identity, and attention to social comparison information in the context of exercise and healthy diet behavior. *Health Communication*, 26, 275-285. doi: 10.1080/10410236.2010.549814

Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” – más de 20 años construyendo telemedicina”

Outreach Communication Office of Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” – more than 20 years building telemedicine

María Celeste Savignano^a; Mauro Castelli^b; Silvia Kassab^b; Antonio Luna^a

^a Coordinación de Redes y Comunicación a Distancia, Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Argentina

^b Fundación Hospital de Pediatría Garrahan, Argentina

Resumen

Introducción: El Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” ha sido pionero en la atención de la salud de la población infantil del país y de Latinoamérica. El 53% de los pacientes que concurren al hospital viven más allá del área metropolitana de Buenos Aires. En agosto de 1997, se creó la Oficina de Comunicación a Distancia como una herramienta para sostener la continuidad asistencial de los pacientes de áreas remotas; su apertura significó el embrión del primer programa de telemedicina del país. **Objetivos:** Promover la construcción de redes integradas de servicios de salud. Impulsar nuevos procesos que mejoren el acceso a la salud. **Metodología:** Basados en la lógica de redes integradas de servicios de salud con la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación. **Resultados:** Desde 1997 hasta el primer semestre de 2018 se crearon 283 OCD. Se asistieron más de 70.000 consultas asincrónicas y se realizaron más de 5000 videoconferencias. **Conclusiones:** La modalidad de comunicación a distancia y telemedicina estimula el trabajo colaborativo interinstitucional favoreciendo la atención de los pacientes en origen.

Palabras clave: Oficina de comunicación a distancia (OCD); telemedicina; redes; tecnologías de la información y la comunicación (TICS).

Abstract

Introduction: Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” has been a Pioneer in health care for children in Argentina and Latin America. Overall, 53% of the patients that are covered by the hospital live outside the metropolitan area of Buenos Aires. In August 1997, the Outreach Communication Office (OCO) was created as a tool to sustain continuous care for patients living in remote areas; its inauguration was the seed for the first telemedicine program in the country. **Objectives:** To promote the development of networks of health-care services. To initiate processes to improve Access to health care. **Methods:** Development of comprehensive health-care networks with the incorporation of information and communication technologies. **Results:** Between 1997 and the first semester of 2018, 283 OCO’s were created. Overall, 70,000 asynchronous consultations were conducted and more than 5000 videoconferences were held. **Conclusions:** The modality of outreach communication and telemedicine encourages interinstitutional collaboration favoring patient care at their site of origin.

Key words: Outreach Communication Office (OCO); Telemedicine; Networks; Information and Communication Technology (ICT).

Introducción

Desde sus orígenes el Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” ha sido pionero en la atención de la salud de la población infantil de Argentina y de Latinoamérica. “El Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P Garrahan” es una entidad jurídica administrativa descentralizada, bijurisdiccional con dependencia del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue inaugurado el 25 de agosto de 1987” (Mastropasqua & Farizano, 2008), y cuenta ya con más de 30 años de historia. Es un hospital de 3° Nivel especializado en salud infantil de alta complejidad y es de referencia nacional para la atención de la salud de niños desde su nacimiento hasta los 16 años.

“La organización fundacional se basó en el concepto del cuidado del paciente, lo que significaba que ‘la estructura de los servicios del hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad’, al tiempo que implicaba ‘modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico’. Como resultado de esto, se constituyeron equipos de trabajo para realizar tareas asistenciales en todas las áreas del hospital” (Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, 2018).

Entre las definiciones y previsiones contenidas en aquel programa médico ya se destacaban el propósito de brindar atención médica integral y de la mejor calidad disponible a la población infantil de su área de influencia y actuar como hospital de referencia del sistema de atención médica pediátrica en el ámbito nacional.

En la actualidad el hospital cuenta con un recurso humano constituido por más de 4000 agentes distribuidos en tres tramos: logística, conducción y asistencial. Es de destacar que el tramo asistencial se compone por el 71% del total de agentes.

Cabe destacar que el 53% de los pacientes que concurren al hospital viven más allá del área metropolitana de Buenos Aires y por ello son muchos los niños que deben viajar junto a sus familiares para recibir atención pediátrica de alta complejidad. Es por ello y manteniéndose en la vanguardia que, hace 21 años, “en agosto de 1997 se creó la Oficina de Comunicación a Distancia -OCD- en el Área del Hospital de Día Polivalente que nace a partir de una idea del entonces Director Médico Ejecutivo, Dr. Mauro Castelli” (Carniglia et al., 1999). Inicialmente se concibió como una herramienta para dar respuesta a la necesidad de establecer un mecanismo ágil y eficaz para sostener la continuidad asistencial de los pacientes de áreas remotas además de responder a consultas de

integrantes de otros equipos de salud públicos desde el interior de un país con enormes distancias.

Es importante destacar que la OCD presta un servicio de carácter gratuito, abierto a todos los hospitales públicos del país.

La apertura de la Oficina de Comunicación a Distancia del Hospital Garrahan significó el embrión del primer programa de telemedicina del país que en poco tiempo logró expandir virtualmente la puerta de entrada al hospital.

Desde sus inicios la OCD cuenta con un aliado estratégico que es la Fundación Hospital de Pediatría Garrahan, una entidad no gubernamental cuya misión es alentar en todos sus aspectos el desarrollo del Hospital y es así que ha participado activamente en la transferencia del modelo de comunicación a distancia de manera coordinada e integrada además de proporcionar un invaluable apoyo en el desarrollo conceptual y organizativo de la misma.

Como se mencionó anteriormente, la OCD funcionaba en sus comienzos en el Área del Hospital de Día Polivalente del Hospital Garrahan con un recurso humano administrativo que con el transcurrir del tiempo logró adquirir un rol destacado y con una rotación de médicos de esa área. En el desarrollo de este modelo los aspectos relacionados al trabajo en red empezaron a tener cada vez mayor relevancia y a enriquecer la actividad de la oficina.

La estrategia aplicada para optimizar la gestión de consultas a distancia se centró en la interacción permanente entre los médicos y administrativos del área Hospital de Día Polivalente y de este binomio (médico-administrativo) con los profesionales y administrativos de las diferentes áreas y servicios de la institución, constituyéndose el administrativo de la OCD en un nexo importante para la resolución integral de las problemáticas del paciente y contribuyendo a incorporar a la vida institucional la idea de responder a consultas de pacientes de sitios remotos; en aquellos inicios vía telefax que era la mayor tecnología con la que se contaba. Aquí es importante hacer mención de que, coincidentemente con los inicios de esta modalidad de consultas a distancia, el Hospital Garrahan recibió la donación de manos del Hospital For Sick Children de Toronto, Canadá, de un equipo de videoconferencia Picturitel 4500, permitiendo de este modo dotar además con equipamiento que permitiría la transmisión de imágenes y datos en tiempo real único en el ámbito público del país en esos tiempos.

Es así que a medida que se expandía la modalidad de la OCD Garrahan, se fue asumiendo con el tiempo la necesidad de adoptar nuevos roles no solo para la gestión asistencial remota de consultas, sino también, en todo lo inherente a las nuevas necesidades de los pacientes y

la comunidad como a las necesidades de los diferentes integrantes de los equipos de salud que se incorporaban a la red de OCD.

La OCD fue rápidamente visualizada como herramienta para mejorar los canales de comunicación del equipo de salud y se pensó desde su inicio como un binomio médico-administrativo, contemplando un perfil específico para los componentes de esa dupla que requería no sólo que contaran con afinidad por las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) sino por sobre todo con habilidades comunicacionales empáticas y efectivas.

Antes de continuar, es oportuno presentar una línea de tiempo para una mejor comprensión del viaje a través de la historia de la OCD y Telemedicina del Hospital Garrahan, desde su concepción inicial a la actualidad.

Luego de la génesis embrionaria, desde el año 2002, se planteó una estrategia tendiente a estimular el desarrollo regional, estableciendo en las provincias modelos similares a la OCD del Hospital Garrahan, en los hospitales regionales y zonales, a efectos de optimizar la comunicación entre profesionales para la consulta y diversas gestiones en favor de los pacientes y los equipos de salud.

Así se puso en marcha un proyecto, financiado por la OPS, que se desarrolló en la provincia de Jujuy, localizada en el noroeste argentino, que se denominó "Programa de Telemedicina en Apoyo al Establecimiento de Redes de Servicios" y fue la base del Subprograma de Comunicación a Distancia.

De esta manera, la OCD ha tenido un sostenido crecimiento del número de consultas desde su creación y, en los últimos años, en cuanto participación de otros subprogramas que componen el Programa de Referencia y Contrarreferencia, que tiene como objetivo favorecer la atención coordinada de patologías de alta complejidad y está basado en la articulación de los niveles existentes de complejidad progresiva, promoviendo así la colaboración concertada de referentes locales y poniendo el acento en la formación continua de sus recursos humanos.

Con el advenimiento del Programa de Referencia y Contrarreferencia, en 2005 se comienza a transferir paulatinamente el KnowHow de la organización OCD -el Subprograma de Comunicación a Distancia (Oficina de Comunicación a Distancia Garrahan., 2009) - hecho que genera fuertes vínculos de confianza entre profesionales y administrativos de diferentes provincias. Así esta Red, en construcción permanente, toma otra dimensión.

Es así que las actividades que se realizaran en las OCD que funcionan en el interior del país son similares, pero en un contexto diferente marcado por el respeto a su identidad sociocultural.

Asimismo, a través del Programa Nacional de Videoconferencias Pediátricas (PNVP), la OCD desarrolla una actividad creciente por videoconferencia en conjunto con Universidades Nacionales y Hospitales provinciales con fines asistenciales, docentes y de gestión interhospitalaria (Oficina de Comunicación a Distancia Garrahan., 2008).

En 2009 se realiza un estudio multicéntrico a través de una Beca Carrillo Oñativía. Salud Investiga "Evaluación del Programa de Comunicación a Distancia en las oficinas de comunicación a distancia del Hospital Garrahan y de seis provincias argentinas" (Carniglia et al., 2010). Estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo-analítico. A través de este estudio se destacaron las relevancias para políticas e intervenciones sanitarias, formación de recursos humanos en salud y para la investigación.

Fue así que, con los avances de las tecnologías de la comunicación producidos en los últimos años, tanto como el mayor acceso a Internet en todo el territorio nacional argentino se plantean la conveniencia de sumar la comunicación de voz y datos a través de protocolos IP e imagen por videoconferencia, todos estos, elementos facilitadores del proceso de acompañamiento a distancia. En virtud de ello, en noviembre de 2011, el Hospital Garrahan autorizó la ejecución del proyecto "Desarrollo e innovación de un modelo de comunicación interhospitalaria para atención y seguimiento de pacientes a distancia" otorgado por el Fondo Argentino Sectorial, dependiente, en aquel entonces, del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación. El citado proyecto permitió dotar a 160 OCD de equipo de videoconferencia y teléfonos con tecnología IP. Además, se completó la propuesta con el desarrollo de un software especialmente diseñado para la gestión de consultas.

Dicho escenario permitió no sólo una mejor comunicación con la OCD del Hospital Garrahan, sino a su vez a la mayor interacción en cada provincia y entre ellas.

Con el devenir de los años, este modelo de atención a distancia mediado por las nuevas TIC se expandió a lo largo y ancho del país, multiplicando los nuevos perfiles de los integrantes del campo de la salud que trabajan bajo esta lógica. Fue así que en el 2014 el entonces Ministerio de Planificación Federal en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación lanzan el Plan Nacional de CyberSalud, basado en la experiencia en pediatría llevada a cabo por el Hospital Garrahan, pionero en telesalud. En la presentación de este Plan se realizó el reconocimiento al Programa de Comunicación a Distancia iniciado por la institución en 1997, que sentó las bases para que en ese entonces sea posible la ampliación de la telemedicina al

mundo de la atención del adulto. Asimismo, con el cambio de Gobierno en 2016 el Ministerio de Modernización en conjunto con el Hospital Garrahan y más tarde con el Ministerio de Salud de la Nación, comienzan a trabajar en el Plan Nacional de Telesalud.

Un dato de interés, que surge del crecimiento exponencial del Programa de Comunicación a Distancia y Telemedicina se asocia a su expansión intramuros del Hospital Garrahan lo que requirió también, sobre todo entre el período 2015-2017, la generación de estaciones telemédicas en aquellas áreas y servicios del hospital que por su participación especial en diversos programas de telemedicina, como por ejemplo el Programa de Tele-Cardiología, el de Tele-Cuidados Intensivos Pediátricos, requerían de una organización más autónoma, pero sin perder en ningún momento el nexo estratégico con los recursos humanos de la OCD-Telemedicina Garrahan siendo siempre actores clave para el fortalecimiento y expansión de la modalidad.

Como hemos referido desde su creación a la actualidad la OCD del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” vivenció una época de constantes cambios políticos, sociales, culturales y tecnológicos que han modificado notablemente algunos modelos de organización y gestión dentro del hospital. Es así que dada la expansión de sus actividades tanto intra como extramuros la OCD requirió ser repensada en el organigrama del hospital y hoy en

día funciona bajo las Coordinaciones de Relaciones Institucionales y de Redes y Comunicación a Distancia.

Cabe destacar que dichas coordinaciones trabajan sinérgicamente y cuentan con un recurso humano conformado por múltiples perfiles desde administrativos, técnicos, médicos, licenciado en gestión de políticas públicas, psicólogas institucionales, licenciado en comunicación social, ingeniero en telecomunicaciones, diseñador de imagen y sonido lo cual genera una pluralidad de experiencias y voces que enriquece en el cotidiano el poder cumplir con la misión y visión de las coordinaciones además de sostener sus valores fundacionales.

Rosa María Alfaro Moreno (1993) refiere que “lo comunicativo es para nosotros una dimensión básica de la vida y de las relaciones humanas y socioculturales. Es el reconocimiento de la existencia de actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no, donde existe un UNO y un OTRO, o varios OTROS, con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones objetivas”.

En la concepción de la OCD la comunicación ha dejado de ser un ‘instrumento al servicio de’, para convertirse en una dimensión estratégica en el campo de la salud. Es el espacio común donde las interacciones humanas posibilitan permanentemente nuevos sentidos, desafíos y oportunidades de mejora para la atención de la salud de la comunidad.



Figura 1: Línea de tiempo histórica de OCD/Telemedicina Hospital Garrahan. Elaboración equipo OCD.



Figura2: OCD/Telemedicina Hospital Garrahan

Objetivos

Observando que una gran parte de nuestra población de pacientes concurrían sin ser referidos por profesionales, que en otros casos las consultas que se realizaban podrían haberse resuelto en sus lugares de origen evitando traslados innecesarios, así como también en otras circunstancias otros pacientes llegaban a consultar tardíamente. Se evidenció también la necesidad de sostener en una gran cantidad de pacientes una atención continuada luego de ser egresados de la institución.

Todo ello coincidía con un momento de mejoras tecnológicas y fue entonces que se pensó en idear un sistema de comunicación a distancia.

De esta manera, puede decirse que entre los propósitos fundacionales se encontraban realizar:

- Consultas a distancia acerca de diversas necesidades de los pacientes procedentes de sitios remotos al Hospital Garrahan.
- Contrarreferencia adecuada entre las distintas instituciones que asistían al paciente.
- Seguimiento conjunto entre el Hospital de origen del paciente y el Hospital Garrahan.
- Gestiones en favor del paciente.

Fue así que, desde sus orígenes, la Oficina de Comunicación a Distancia del Hospital de Pediatría Garrahan tiene entre sus objetivos principales la promoción de la construcción de redes integradas de servicios de salud para así fortalecer la comunicación y la interrelación entre diferentes instituciones de salud, académicas y educativas del país además de romper con la fragmentación y

lograr una mejora en el acceso a los servicios de salud para la población y así lograr:

- Promover la resolución local de los problemas.
- Fomentar la regionalización de la atención.
- Colaborar con referentes provinciales.
- Favorecer la formación continua.

Desde sus inicios impulsa nuevos procesos de atención y de gestión para lograr en forma eficiente estos objetivos. Esta labor implica la inclusión de tecnologías de la información y la comunicación que se actualizan permanentemente. Con una estrategia de estímulo al desarrollo regional, se fueron promoviendo e instalando modelos similares a la OCD Garrahan en los diferentes efectores de salud del país con el fin de optimizar la comunicación entre los diferentes profesionales y administrativos para la gestión de la consulta a distancia. Hoy ya existen 283 OCD distribuidas en las 24 jurisdicciones del país. La diversidad se multiplica en la OCD, el rol de las Coordinaciones de Relaciones Institucionales y de Redes y Comunicación a Distancia es fundamental ya que son el motor de cada una de las funciones y acciones dentro y fuera del hospital.

Metodología

Basados en la lógica de redes integradas de servicios de salud y con la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) las OCD constituyen un entramado dedicado a la asistencia y seguimiento de pacientes a distancia y como medio para el trabajo colaborativo interinstitucional, estimulando la referencialidad local.

De lunes a viernes de 08:00 am a 04:00 pm, el equipo médico-administrativo OCD brinda asistencia a las consultas que llegan desde los diferentes efectores del sistema público de salud a través de canales formalizados para tal fin.

Es de destacar que la primer estrategia de comunicación que dio origen a esta organización que hoy son las Coordinaciones de Relaciones Institucionales y de Redes y Comunicación a Distancia del Hospital Garrahan, donde se concentran las actividades de telemedicina tanto de carácter asistencial, educativo, de transferencia del conocimiento y de gestión fue la visión, desde una perspectiva basada en las necesidades, de una gran parte de la población de usuarios del hospital que se encontraban más vulnerables dada las grandes distancias que lo separaban del mismo dando respuesta a esta necesidad por medio de la generación de un modelo de atención que combinaba las capacidades de los recursos humanos con las tecnologías de la información y la comunicación disponibles, lo cual posibilitó sostener una continuidad asistencial y de información más fluida y directa entre los diferentes profesionales de los equipos de salud públicos del país y con los pacientes y sus familias. Además, se crearon condiciones para que los trabajadores de la salud se apropiasen de este modelo de atención basado en la lógica de redes para la articulación de los niveles existentes de complejidad progresiva, promoviendo la colaboración concertada de referentes locales y poniendo el acento en la formación continua de recursos humanos para el beneficio de cada uno de los usuarios.

Fue así que rápidamente la OCD se visualiza como una herramienta para mejorar los canales de comunicación del equipo de salud. Resulta interesante, haciendo referencia a lo que refleja Benjamin Paul (1963) "Perspectivas antropológicas en medicina y salud pública", quien señala que uno de los obstáculos que impiden el logro de los objetivos de los programas de salud es la distancia cultural, así como la diferencia de estatus socio económico y político entre personal médico y la comunidad destinataria de las acciones de salud, como este modelo logró sortear estos inconvenientes por medio de diferentes estrategias sostenidas desde los inicios que se sustentaron y lo siguen haciendo en los cinco niveles del proceso de construcción de redes que menciona Mario Rovere (2006) en su publicación *Redes en salud*; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad que son el reconocimiento, el conocimiento, la colaboración, la cooperación y la asociación.

Para abordar la lógica de redes, Rovere nos induce a preguntarnos de dónde partimos, o a quién recurrimos, para también reflexionar sobre la misma. En esta idea de red hay otras ideas interesantes. Una de ellas es que la conexión de las personas es una conexión personal. Está claro que se conectan personas, en algunos casos aparecen las instituciones, pero una vez que se conectan personas o instituciones, para la red, tanto la una como la otra valen lo mismo.

Las redes no son telarañas, no son concéntricas, son formas de articulación multicéntricas.

Las estrategias adoptadas dan cuenta, como refieren algunos autores como por ejemplo Rosana Onocko Campos (2004), de la necesidad de centrar la mirada en las personas que habitan las organizaciones. En trabajar con una mirada centrada en el paciente y también revalorizando la tarea del personal de salud (realización personal a través de la tarea profesional), además considerando esencial comprender la perspectiva de los otros actores fundamentales de la atención, profesionales y no profesionales que trabajan en dichas instituciones.

En nuestro modelo de OCD y Telemedicina utilizamos en estos años de recorrido la estrategia de observación y entrevistas en terreno con los diversos equipos médico-administrativo-técnico de las OCDs del país en forma permanente para evaluar la adecuación de los recursos de información disponibles, de los espacios en los que se lleva adelante la modalidad de atención no solo para poder continuar cumpliendo con los propósitos planteados sino también para la mejora continua del modelo.

Resultados

Desde 1997 hasta el primer semestre de 2018 se crearon 283 OCD distribuidas en hospitales públicos de las 24 jurisdicciones nacionales. Desde la OCD Garrahan se asistieron más de 70.000 consultas bajo modalidad asincrónica (Store and Forward) y se realizaron más de 5000 conexiones por videoconferencia y desde 2015 se registra un crecimiento exponencial de consultorios virtuales con diferentes modalidades que equivalen a un 18% de las consultas asincrónicas.

Además, con el objetivo de promover las consultas sincrónicas se comenzó en 2016 con los Programas especiales de Tele-UCIP y Tele-UCIN, dichos programas se centraron principalmente en modelos colaborativos e interdisciplinarios para la atención de pacientes críticos a distancia mediante la Interacción en tiempo real entre unidades de cuidados intensivos: Unidad de Cuidados Inten-

sivos Pediátricos (UCIP) y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Cabe destacar que desde ese mismo año contamos para las actividades que tienen que ver con la comunicación asincrónica para la asistencia médica de pacientes a distancia entre los diferentes profesionales de

la red de OCDs con un entorno web especialmente diseñado para tal fin bajo estándares internacionales de confidencialidad y protección de datos que es la “Plataforma de Telesalud” y que se encuentra en permanente evolución de acuerdo a las diversas necesidades.



Figura 3: Consultorio virtual OCD/Telemedicina Garrahan.

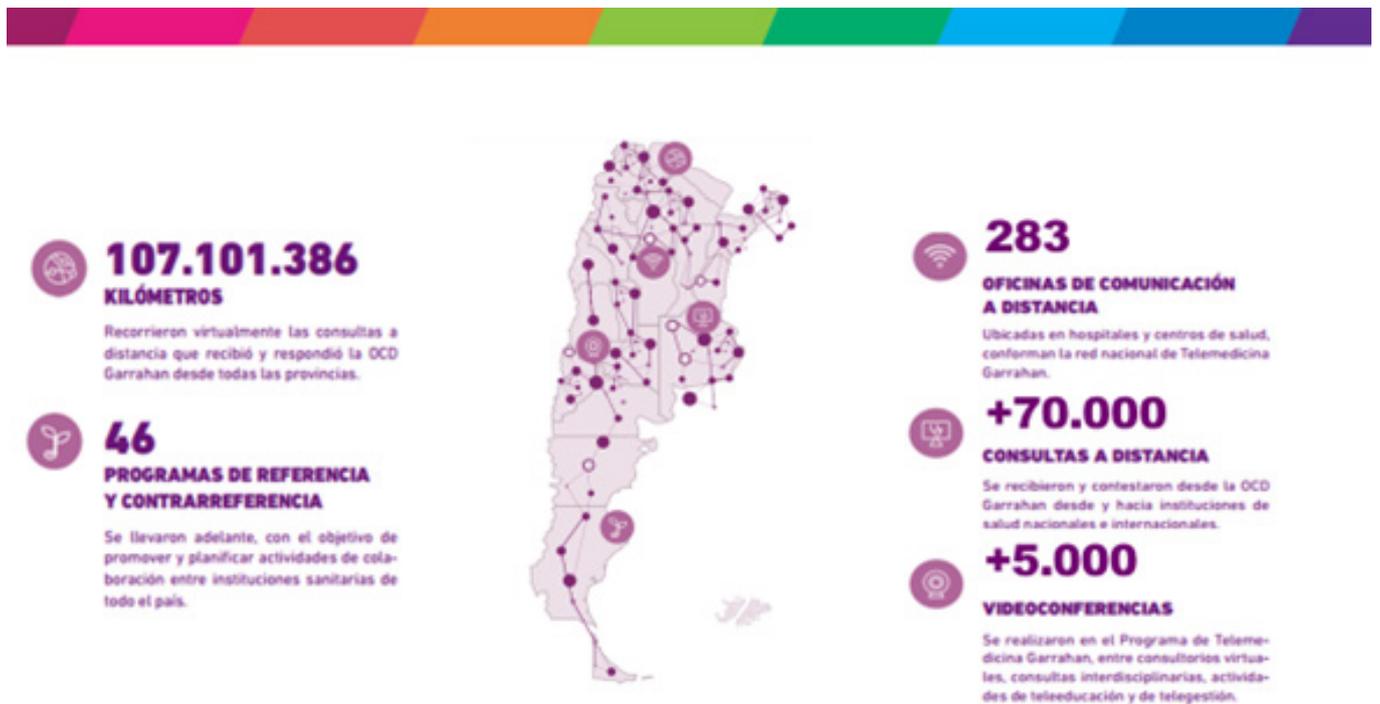


Figura 4: Algunas cifras destacadas en los 20 años de OCD Telemedicina Garrahan.

Conclusiones

La modalidad de comunicación a distancia y telemedicina estimula el trabajo colaborativo interinstitucional favoreciendo la atención de los pacientes en origen y reduciendo traslados innecesarios.

A su vez impulsa nuevos procesos de atención y de gestión para mejorar la calidad e igualar el acceso a la salud desde todas las provincias argentinas. Esta labor implica la inclusión de tecnologías de la información y la comunicación que se actualizan permanentemente.

Somos una organización con 21 años de trayectoria haciendo telemedicina, que funciona bajo la lógica de redes y que ofrecemos nuestros servicios y recursos para satisfacer las necesidades de salud de la población. Esta lógica de trabajo en red no es solamente una estructura para vincularnos con el afuera, sino para establecer nuevas formas de vincularnos con el adentro de la institución y con nosotros mismos como equipo de trabajo. Es por ello que estas herramientas de comunicación aportan un gran valor estratégico porque influye positivamente tanto en el equipo de las coordinaciones ya mencionadas como en los equipos ampliados extramuros de la comunidad de la red de OCDs dado que fomenta condiciones favorables mediante el estímulo que se genera permanentemente al compartir, a través de estas, la posibilidad de ser parte activa de diferentes propuestas, que van más allá del propósito de atención asistencial de niños a distancia, sino que además se nutren también de actividades académicas/educativas, de gestión, como sociales a la vez que permite un flujo informativo y la coordinación de tareas entre todos los participantes de la misma más allá de la comunicación con los referentes de las coordinaciones y OCD del Garrahan generando de esta forma un mayor vínculo de confianza y empatía entre los diversos integrantes de la comunidad de OCDs.

Referencias Bibliográfica

Alfaro Moreno, R. M. (1993). *La comunicación como relación para el desarrollo. Una comunicación para otro desarrollo*. pp. 27-39. Lima: Asociación de Comunicadores sociales Calandria.

Carniglia, L.; Donofrio, M. S.; Elmeaudy, P.; González, J.; Torolla, J.; & Castelli, M. (1999) Oficina de Comunicación a Distancia. *Revista Medicina Infantil*, 6(2), 92-95.

Carniglia L.; González J.; Pérez Lozada, E.; Selvatici, L.; Cegatti, J.; Ugo, F.; Luna, A.; Marchio, W.; Gutiérrez, E.; Adén, F.; Kantolic, T.; Orellana, N.; & García, M. (2010). Programa de comunicación a distancia. Elaboración

de indicadores cuali-cuantitativos para su evaluación. *Medicina Infantil*, 17(3), 276-281.

Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" (sin fecha). *Historia del Hospital*. Recuperado de <http://www.garrahan.gov.ar/historia/contenidos/historia> [5 de noviembre de 2018].

Mastropasqua, A. & Farizano, A. (2008). *Mundo Garrahan* (Información Institucional de Prensa y Difusión). Buenos Aires: Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Oficina de Comunicación a Distancia Garrahan (2008). *Memoria 2008 Oficina de Comunicación a Distancia*. Buenos Aires: Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Oficina de Comunicación a Distancia Garrahan (2009). *Informe Anual 2008*. Programa de Referencia y Contrarreferencia. Subprograma de Comunicación a Distancia. Buenos Aires: Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Onocko Campos, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En Spinelli, *Salud Colectiva* (pp. 103-120). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Paul, B. (1963). Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health. En: J. A. Clausen & R. Straus (Eds.). *Medicine and Society*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science 346, pp 34-43.

Rovere, M. (2006). *Redes en Salud: Los grupos, las instituciones, la Comunidad*. 2da. Edición. Rosario: Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud.

Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática

Therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type II and use of basic mobile technology: a systematic review

Minerva Martínez Mateo^a, Daniel García Herrera^b

^a Departamento de Enfermería, Unidad de Estancia Diurna Virgen de la Esperanza, España

^b Dispositivo de apoyo de Almería, Centro Periférico de Especialidades Bola Azul, España

Revisiones

Resumen

Objetivo: Revisar la literatura científica respecto a la efectividad de la tecnología móvil básica en la adherencia terapéutica, en los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo II (DMT2). **Metodología:** Revisión cuasi-sistemática, cuyos criterios de inclusión fueron: 2.012-2.018, inglés y/o español, ensayos clínicos aleatorizados y controlados, sujetos diagnosticados de DMT2, tecnología móvil básica y resultados relacionados con la adherencia terapéutica. Los estudios identificados fueron evaluados por la escala de Jadad. **Resultados:** Seis estudios fueron incluidos: 4 emplearon mensajes de texto y 2, llamadas telefónicas. La duración de la intervención oscilaba entre 3 y 18 meses. 1.690 sujetos diagnosticados de DMT2 fueron reclutados, de los cuales sólo 810 finalizaron los estudios. Limitaciones: Escasez de ensayos clínicos controlados y/o aleatorizados de calidad. No se han realizado estudios que incluyan los diferentes componentes de la adherencia terapéutica en relación al uso de la tecnología móvil básica. **Conclusiones:** El uso de la tecnología móvil básica, junto a una educación sanitaria, puede mejorar la implicación en los diferentes componentes de la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados de DMT2. Implicaciones de los hallazgos principales: El uso de la tecnología móvil básica refuerza los conceptos y el seguimiento de las personas por parte de los profesionales sanitarios.

Palabras clave: cumplimiento y adherencia al tratamiento; mensaje de texto; teléfono; dieta; ejercicio.

Abstract

Objective: To review the scientific literature regarding the effectiveness of basic mobile technology in therapeutic adherence in patients diagnosed with diabetes mellitus type II (DMT2). **Methodology:** Quasi-systematic review, whose inclusion criteria were: 2.012-2.018, English and/or Spanish, randomized and controlled clinical trials, subjects diagnosed with DMT2, basic mobile technology and results related to therapeutic adherence. The identified studies were evaluated by the Jadad's scale. **Results:** Six studies were included: 4 used text messages and 2, phone calls. The duration of the intervention ranged from 3 to 18 months. 1.690 subjects diagnosed with DMT2 were recruited, of whom only 810 completed the studies. Limitations: Shortage of quality controlled and/or randomized clinical trials. There have been no studies that include the different components of therapeutic adherence in relation to the use of basic mobile technology. **Conclusions:** The use of basic mobile technology, together with health education, can improve the implication in the different components of therapeutic adherence in patients diagnosed with DMT2. Implications of the main findings: The use of basic mobile technology reinforces the concepts and the monitoring of people by health professionals.

Keywords: treatment adherence and compliance; text messaging; telephone; diet; exercise.

Introducción

La prevalencia de la diabetes mellitus, especialmente tipo II (DMT2), está aumentando vertiginosamente tanto a nivel mundial (Ogurtsova et al., 2017) como nacional (Soriguer et al., 2012). Paralelamente, la progresión de esta enfermedad junto a un control glucémico inadecuado y sus potenciales complicaciones acarrear el deterioro de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados (Trikkalinou, Papazafiropoulou & Melidonis, 2017). Las complicaciones de la DMT2 se pueden evitar a través del autocuidado, que incluye ejercicio físico, autocontrol de la glucemia, manejo emocional, dieta saludable y la toma de los medicamentos prescritos (García-Pérez, Álvarez, Dilla, Gil-Guillén & Orozco-Beltrán, 2013). Sin embargo, la tasa de adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados de DMT2 es baja (Kassavou & Sutton, 2017).

Los profesionales sanitarios de atención primaria son los responsables, mayoritariamente, de la educación y asistencia sanitaria a los pacientes diagnosticados de enfermedades crónicas (Kalra & Gupta, 2015). No obstante, se enfrentan a una serie de obstáculos, tales como la escasez de tiempo por consulta y la disponibilidad de recursos, que dificultan la asistencia integral, personalizada e individualizada en atención primaria (Moreno-Peral et al., 2015). Esta situación dificulta la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que repercute negativamente, por tanto, a la adherencia terapéutica (Ross et al., 2015). De este modo, no se desarrollan ni la gestión, ni el empoderamiento.

Por otro lado, para que el individuo adquiera tales habilidades se requiere de una colaboración y comunicación efectiva con el equipo sanitario (Chatzimarkakis, 2010; Kourkouta & Papathanasiou, 2014). En esa comunicación debe existir una retroalimentación bidireccional donde se representen sus emociones, sus capacidades y sus pensamientos (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Este encuentro comunicativo puede darse por diferentes medios, tanto visuales como acústicos, donde entran en acción las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) aplicadas a la salud. De forma que se entiende por e-Salud (e-Health en inglés) a la transferencia de recursos de información de salud y la prestación de servicios sanitarios por medios electrónicos (López, Tan-McGrory, Horner & Betancourt, 2016; Vandelanotte et al., 2016). Dentro de este concepto se engloban las llamadas telefónicas y el uso de mensajes de texto (SMS), aplicaciones móviles (m-Health), telemedicina y telemonitorización (Kampmeijer, Pavlova, Tambor, Golińska & Groot, 2016; López et al., 2016).

La tecnología móvil básica, que incluye los mensajes de texto y las llamadas telefónicas, ofrece facilidades para mejorar la adherencia terapéutica y el control glucémico en los pacientes con DMT2 (Sarabi, Sadoughi, Orak & Bahaadinbeigy, 2016; Thakkar et al., 2016). Los mensajes de texto permiten elaborar un contenido personalizado y asincrónico orientado al autocuidado de la diabetes (Holcomb, 2015; Nelson et al., 2018). La sociedad actual emplea el uso del teléfono, especialmente los mensajes de texto, en su rutina diaria (Holcomb, 2015), por lo que se podría considerar una herramienta factible de comunicación entre el profesional sanitario y el paciente (Islam et al., 2016).

De lo expuesto previamente se deduce la necesidad de buscar nuevas formas de comunicación que den respuesta a las necesidades específicas de cada individuo con DMT2 respecto a la adherencia terapéutica y que se ajusten a los recursos disponibles dentro del sistema sanitario y la comunidad. De este modo, el propósito de esta revisión consiste en la síntesis de los resultados aportados por la evidencia científica que respondan, con argumentos científicos de calidad expuestos en los ensayos clínicos, a las siguientes preguntas clínicas: ¿Las personas diagnosticadas de DMT2 que emplean la tecnología móvil como medio de comunicación con el profesional sanitario mejorarían su adherencia farmacológica? ¿Cambiaría sus hábitos de vida, como la dieta y el ejercicio físico, hacia unos saludables? ¿La comunicación a través de mensajería y llamada telefónica es más efectiva que una relación de ayuda establecida en el reducido tiempo de consulta clínica respecto a la consecución de la adherencia terapéutica?

Objetivos

El objetivo consistió en revisar la literatura científica publicada respecto a la efectividad de la tecnología móvil básica como medio de comunicación en la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados de DMT2.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica acorde a los criterios establecidos por Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para la fiabilidad y validez de una revisión apropiada (Liberati et al., 2009), examinando las publicaciones respecto a la efectividad del uso de mensajes de texto y/o llamadas telefónicas respecto a la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de DMT2. La búsqueda electrónica se complementó con la búsqueda manual en libros de ponencias y actas de congresos.

La pregunta clínica estructurada surgió a través de la aplicación del formato Patient, Intervention, Comparison, Outcomes (PICO), donde se recogieron sus 4 componentes (Huang, Chiang & Xiao, 2013) tal como se especifica en la Tabla 1.

Tabla 1. Pregunta clínica estructurada según el método facilitado por PICO.

PICO	
Paciente	Individuos diagnosticados de DMT2, que tomen antidiabéticos orales o insulina, mayores de 18 años de edad.
Intervención	Tecnología móvil básica: mensajes de texto y llamadas telefónicas.
Comparación	Sesiones de educación sanitaria estándar, relación de ayuda tradicional.
Resultados	Mejora la adherencia terapéutica: dieta, ejercicio, asistencia sanitaria, manejo emocional y tratamiento farmacológico.

Crterios de selección de estudios

La búsqueda electrónica se centró en los siguientes criterios de elegibilidad:

1) artículos publicados entre 2012 y 2018 (ambos inclusive), dado que trata de una temática emergente reciente; 2) artículos escritos en inglés y/o español y; 3) trabajos originales experimentales: ensayos clínicos aleatorizados y controlados; 4) sujetos diagnosticados de DMT2 con, al menos, un año de evolución de la patología; 5) sujetos ≥ 18 años; 6) relación de ayuda establecida a través de la tecnología móvil básica (llamadas telefónicas y mensajes de texto) y; 7) resultados relacionados con la adherencia terapéutica: tratamiento farmacológico, dieta, ejercicio físico, asistencia sanitaria y manejo emocional.

Se excluyeron aquellos que 1) estaban orientados a la prevención de desarrollar DMT2 en sujetos de riesgo mediante el cambio de conductas relacionadas con el ejercicio físico y/o dieta; 2) aquellos que estudiaban los efectos de la tecnología móvil básica en individuos con comorbilidad; 3) artículos originales con una puntuación menor a 3 puntos en la escala de Jadad y/o 4) aquellos que no especificasen más de 3 variables establecidas

en el análisis de los estudios publicados (ver Codificación de las variables).

Procedimientos de búsqueda de los estudios

Se realizó una búsqueda electrónica de la evidencia científica disponible, durante el mes de marzo y abril de 2018, en las bases de datos MEDLINE (a través de PubMed), LILACS, CINALH y ProQuest, además de recursos adicionales como el buscador de Science Direct Journal. Las estrategias de búsqueda empleadas fueron: 1) "Telemedicine" AND "Diabetes Mellitus, type 2"; 2) "Text Messaging" AND "Diabetes Mellitus, type 2"; 3) "Text Messaging" AND "Diabetes Mellitus, type 2" AND "Telemedicine"; 4) "Telemedicine" AND "Diabetes Mellitus, type 2" NOT "type 1" NOT "pregnancy" y 5) "Cell phone" AND "Diabetes Mellitus, type 2" AND "Treatment adherence and compliance".

Fueron búsquedas generales debido a la dificultad de hallar artículos relacionados explícitamente con la adherencia terapéutica, sino con el abordaje de algunas de las variables que la componen.

El proceso de búsqueda y selección de los documentos tuvo 4 fases: identificación, screening, elegibilidad e inclusión. En primer lugar, en la fase de identificación, se incluyeron todos aquellos documentos identificados a través de la búsqueda en base de datos y aquellos hallados en otras fuentes ajenas. En la segunda fase, screening, se excluyeron aquellos que estuvieran duplicados y evaluados según el título y el resumen, con la ayuda del programa de gestión de citas Mendeley®. En el momento que un título pareció relevante para el objeto de estudio, se revisó el resumen para su posterior elegibilidad. En la tercera fase, elegibilidad, se analizaron los documentos a texto completo. Finalmente, la cuarta fase, inclusión, se escogieron aquellos que cumplían los criterios de inclusión.

Una de las razones para la exclusión de los artículos que cumplieran con los criterios de selección era tener un resultado menor a 3 puntos, no inclusive, en la escala de Jadad (Jadad et al., 1996). Este listado de verificación, constituido por 7 preguntas de respuesta dicotómica, permitió evaluar la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados. De este modo, se garantizó la disminución del sesgo de los estudios individuales escogidos.

Codificación de las variable

Las variables codificadas y establecidas en esta revisión cuasi-sistemática fueron: número de sujetos, edad, tipo de estudio, enfermedad de los sujetos, medicación (antidiabéticos orales, insulina y/o combinada), tipo de intervención empleada respecto a tecnología móvil básica (mensajes de texto, llamadas telefónicas) e instrumentos de medición y/o parámetros biológicos empleados para observar la efectividad de la intervención (adherencia farmacológica: conteo de medicación; dieta: calidad dietética, ejercicio físico, hemoglobina glicosilada, índice de masa corporal – IMC -).

Resultados

Selección de los estudios

La estrategia de búsqueda produjo 8.292 documentos, de los cuales finalmente sólo 34 fueron seleccionados para la evaluación de texto completo (Figura 1).

Los artículos originales identificados, para su posterior elegibilidad y cribado específico, examinaron la efectividad del uso de mensajes de texto y de llamadas telefónicas para facilitar la adherencia terapéutica en aquellos pacientes diagnosticados de DMT2. Se aplicó la escala de Jadad, obteniendo un total de 6 artículos científicos (Tabla 2), que además cumplían con los criterios de inclusión.

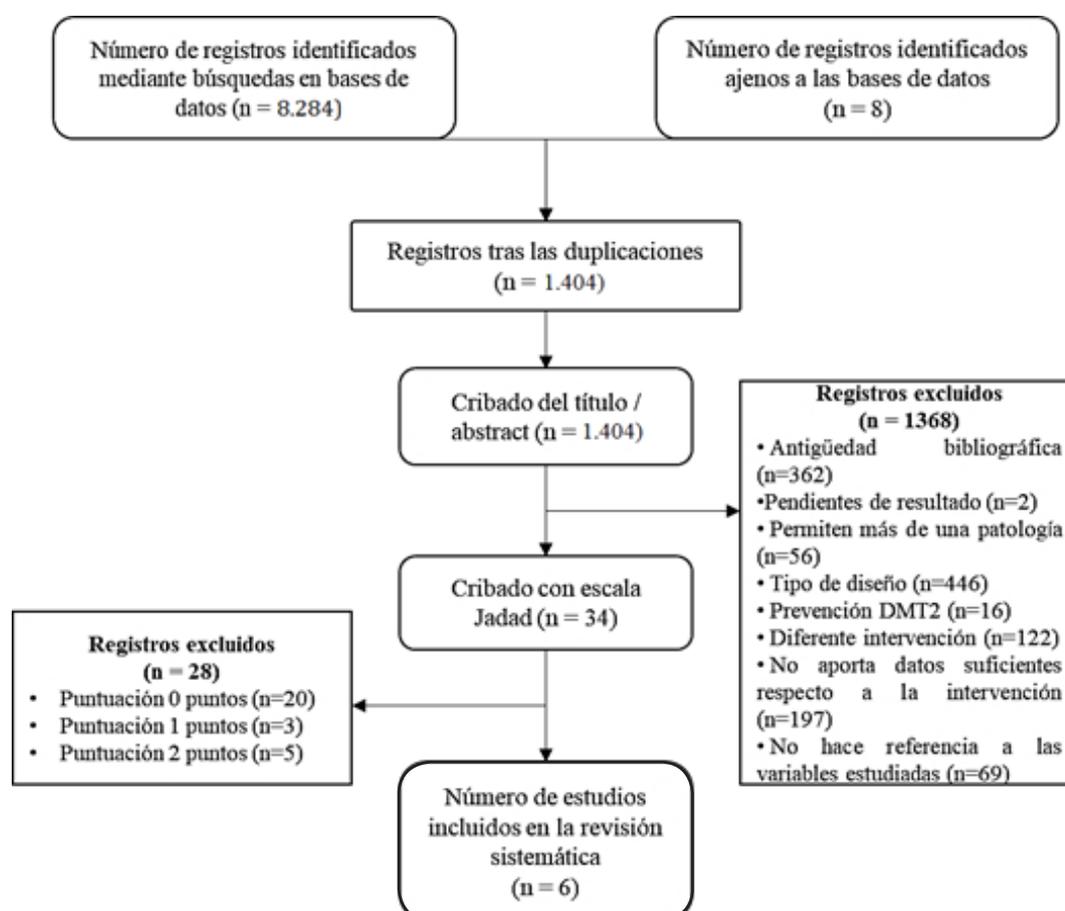


Figura 1. Diagrama de flujo de información a través de las diferentes fases de una revisión acorde a los criterios PRISMA.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de los ensayos clínicos con la escala Jadad.

Estudio	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Total (- 2 a 5)
Vervloet et al. (2012)	S	S	S	S	N	N	S	3
Goode, Winkler, Reeves & Eakin (2015)	S	S	S	S	N	S	S	4
Agboola et al. (2016)	S	S	S	N	S	N	S	3
Bogner, Morales, de Vries & Cappola (2012)	S	S	S	N	S	S	S	5
Vervloet (2014)	S	S	S	S	N	N	S	3
Tamban, Isip-Tan & Jimeno (2013)	S	S	S	N	S	S	N	4
Cumplimiento (%)	100	100	100	50	50	33,3	83,3	

S:sí; N:no. P1: ¿El estudio se describe como aleatorizado (o randomizado)?; P2: ¿Se describe el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización y este método es adecuado?; P3: ¿Es adecuado el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización?; P4: ¿El estudio se describe como doble ciego?; P5: ¿Se describe el método de enmascaramiento (o cegamiento)?; P6: ¿Es adecuado el método de enmascaramiento (o cegamiento)?; P7: ¿Hay una descripción de las pérdidas de seguimiento y los abandonos?

Características de los estudios incluidos

Seis estudios (Agboola et al., 2016; Bogner et al., 2012; Goode et al., 2015; Tamban et al., 2013; Vervloet, 2014; Vervloet et al., 2012) fueron incluidos en la revisión cuasi-sistemática. Todos ellos eran ensayos clínicos controlados y/o aleatorios. La evaluación de la calidad metodológica por la escala de Jadad mostró una puntuación promedio de 3, con una desviación estándar (DE) de 0,81 (Tabla 3).

El año de publicación promedio fue 2012. La mayoría de los estudios fueron desarrollados en Estados Unidos (n=2) y Países Bajos (n=2), seguido de Australia (n=1) y Filipinas (n=1). La duración de la intervención respecto al uso de la tecnología móvil básica varió en los diferentes ensayos seleccionados, con un mínimo de 3 y un máximo de 18 meses. Reclutaron, entre los diferentes ensayos, un total de 1.690 sujetos diagnosticados de DMT2, de los

cuales sólo 810 finalizaron los estudios (Tabla 3). De los cuales, sólo 109 tenían pauta de insulina.

Tres estudios estaban enfocados en pacientes diagnosticados de DMT2 que tuvieran prescrito antidiabéticos orales (Bogner et al., 2012; Vervloet, 2014; Vervloet et al., 2012). Tres estudios estaban enfocados al ejercicio físico en pacientes con DMT2 (Agboola et al., 2016; Goode et al., 2015; Tamban et al., 2013). Finalmente, dos incluyeron la dieta (Goode et al., 2015; Tamban et al., 2013). Ninguno incluyó todas las variables para determinar la adherencia terapéutica. La tasa media de finalización era de 63,1% (DE=33,17), aunque en dos ensayos fue escasa: 25,2% (Vervloet et al., 2012) y 18,2% (Vervloet, 2014). Las muestras se distribuyeron homogéneamente respecto al sexo (43,8% hombres de promedio). Los sujetos presentaron una edad promedio de 54 años.

Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión.

Referencia	País	Duración (meses)	Reclutados/completados	Intervención	Cambio
Vervloet et al. (2012)	Países Bajos	6	372 / 94	SMS + Dispensador electrónico	Adherencia farmacológica
Goode et al. (2015)	Australia	18	302 / 249	Llamadas telefónicas	Ejercicio físico y dieta
Agboola et al. (2016)	Estados Unidos	6	126 / 95	SMS	Ejercicio físico
Bogner et al. (2012)	Estados Unidos	3	182 / 180	Llamadas telefónicas	Adherencia farmacológica
Vervloet (2014)	Países Bajos	6	604 / 110	SMS	Adherencia farmacológica
Tamban, Isip-Tan & Jimeno (2013)	Filipinas	6	104 / 82	SMS	Ejercicio físico y dieta

Características de las intervenciones desarrolladas con tecnología móvil básica

Las intervenciones desarrolladas con tecnología móvil básica (llamadas telefónicas y SMS) se realizaron conjuntamente con la asistencia a consulta y la educación sanitaria estándar (Agboola et al., 2016; Bogner et al., 2012; Goode et al., 2015; Tamban et al., 2013; Vervloet, 2014; Vervloet et al., 2012). Las llamadas telefónicas eran realizadas por profesionales sanitarios cualificados en entrevista motivacional (Bogner et al., 2012; Goode et al., 2015). Sin embargo, los SMS estaban programados previamente a modo de recordatorio (Agboola et al., 2016; Tamban et al., 2013; Vervloet, 2014; Vervloet et al., 2012).

En los estudios propuestos por Vervloet et al. (2012) los individuos recibieron un promedio de 123 mensajes recordatorios (DE=98), con un rango entre 1 y 403 SMS, que correspondía con un tercio de las dosis prescritas (36,2%). Esta cifra ascendió en aquellos sujetos con tratamiento monodosis (38,6%). En cambio, referente al ejercicio físico Agboola et al. (2016) mandaron, al menos, 2 SMS por día relacionados con los objetivos pautados en la consulta inicial como el número de pasos. Finalmente, Tamban et al. (2013) establecieron SMS relacionados con hábitos saludables con una frecuencia de 3 SMS por semana.

La duración mínima de las llamadas telefónicas era de

15 minutos (Bogner et al., 2012) y como máximo de 25 minutos (Goode et al., 2015). Se realizaron 4 intentos como máximo en cada llamada para contactar con los sujetos (Goode et al., 2015). En el inicio de la intervención las llamadas eran más frecuentes en ambos estudios y a medida que transcurría el tiempo, las llamadas telefónicas se espaciaron para favorecer la despedida en la relación de ayuda establecida (Bogner et al., 2012; Goode et al., 2015). Las llamadas telefónicas estaban orientadas a la resolución de problemas y a la oferta de apoyos y recursos disponibles para hacer frente a los mismos (Goode et al., 2015).

Resultados individuales de los estudios

En el estudio de Vervloet et al. (2012) se tomaron el 26,9% de las dosis olvidadas dentro de los 15 minutos posteriores de haber recibido el SMS. Esta cifra ascendió hasta el 50,3% (DE=22,8) tras una hora del envío del SMS, a diferencia del 38,7% (DE=23) en el grupo control. Estos mensajes recordatorios mejoraron la adherencia farmacológica a largo plazo viendo que el 80,4% de los sujetos, tras dos años de seguimiento, se tomaban más del 80% de las dosis prescritas (Vervloet, 2014). En el estudio llevado a cabo por Bogner et al. (2012) mejoró considerablemente la adherencia farmacológica (35,9% inicial a 64% final).

Respecto a parámetros fisiológicos, los estudios mos-

traron un descenso de los valores de HbA1c y del IMC en aquellos sujetos que estaban sometidos a la intervención con tecnología móvil básica (Tabla 4). Por otro lado, aumentó la realización de ejercicio físico y el cuidado por la alimentación en aquellos sujetos que recibieron mensajes de texto y/o llamadas (Tabla 5). No obstante, sólo dos estudios indagaron en la satisfacción de la intervención (Agboola et al., 2016; Vervloet et al., 2012).

En el estudio llevado a cabo por Goode et al. (2015) desglosó el grupo de intervención en tres: 1) con menos de 12 llamadas, 2) entre 12 y 20 llamadas y 3) más

de 20 llamadas – con un máximo de 27 llamadas) en el transcurso de los 18 meses de duración. Los cambios relacionados con la dieta y el ejercicio físico se mantenían en el grupo de más de 20 llamadas. Uno de los estudios que emplearon SMS como intervención recibieron recomendaciones (18%) respecto a los mensajes de texto. Los individuos pidieron que no fueran tan repetitivos, que fueran enviados en otros horarios y que pudiera haber la oportunidad de establecer mayor contacto visual (Agboola et al., 2016).

En la Tabla 5 se detallaron los resultados individuales obtenidos referentes a las variables de la adherencia terapéutica.

Tabla 4. Parámetros fisiológicos de los estudios incluidos.

	HbA1c (%)			IMC (%)		
	Control	Intervención	p	Control	Intervención	p
Tamban et al. (2013)	7,3 ± 0,9	6,9 ± 0,8	0,04	28,4 ± 6,7	26,8 ± 5,3	NS
Agboola et al. (2016)	-0.21	-0.43	NS	-	-	-
Bogner et al. (2012)	7,2 ± 1,8	7 ± 1,9	NS	-	-	-

Tabla 5. Resultados individuales de los estudios seleccionados.

Cambio	Referencia	Variable	Resultados		p
			Control	Intervención	
Adherencia farmacológica	Vervloet et al. (2012)	Conciencia del uso de medicación (%)	18,2% (6/33)	42,9% (15/35)	0,041
		Satisfacción con el uso SMS (%)	-	82,9%	-
		Toma puntual (% ± DE)	43,2 ± 26,2	56,7 ± 23,8	0,003
	Vervloet (2014)	Toma de medicación > 80% (% ± DE) - inicial	63,0 ± 2,1	63,2 ± 2,8	NS
		Toma de medicación > 80% (% ± DE) – 1 año seguimiento	73,1 ± 3,3	79,5 ± 2,9	< 0,01
		Toma de medicación > 80% (% ± DE) – 2 años seguimiento	65,5 ± 3,5	80,4 ± 3,2	< 0,01
	Bogner et al. (2012)	Toma de medicación > 80% (%)	31%	64%	< 0,01
Dieta	Goode et al. (2015)	Calidad dietética (0-100)	65,4 ± 11,4	71,2 ± 11,6	NS
		Energía ingerida (MJ)	6,5 ± 2,5	6 ± 2,1	0,03
	Tamban, Isip-Tan & Jimeno (2013)	Número de comidas al día	2,2	2,6	0,02
Ejercicio físico	Goode et al. (2015)	Minutos andados al día	76,5	101,5	NS
	Tamban, Isip-Tan & Jimeno (2013)	Ejercicio (minutos) al día	37	31	0,02
	Agboola et al. (2016)	Pasos mensuales	35.786	31.002	NS
		Satisfacción (0-10)	-	8,62	-

NS: estadísticamente no significativo. DE: desviación estándar.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos demostraron que las intervenciones basadas en tecnología móvil básica (SMS y llamadas telefónicas) son efectivas para mejorar las diferentes variables que componen la adherencia terapéutica. Para verificar la efectividad de la relación de ayuda establecida se emplearon diversos indicadores fisiológicos tales como el IMC o HbA1c y el conteo de medicación. Estas intervenciones estaban centradas en el autocuidado y automanejo de la patología, especialmente en el tratamiento farmacológico, la dieta y el ejercicio físico. Sin embargo, no se hallaron estudios que contemplaran repercusiones respecto a la asistencia a consulta o el manejo emocional.

Los mensajes de texto se relacionaron como recordatorios de aquellos objetivos propuestos previamente en la consulta del profesional sanitario (Agboola et al., 2016; Vervloet, 2014; Vervloet et al., 2012). Las llamadas telefónicas, empero, favorecían la resolución de problemas, la autoconfianza y el aporte de recursos y apoyo (Bogner et al., 2012; Goode et al., 2015). Estos datos se asemejaron a los obtenidos en la revisión de Holcomb (2015). El tiempo de duración de la intervención fue sustancial para mantener los cambios realizados. Las intervenciones relacionadas con los mensajes de texto con una duración mínima de 3 meses mantuvieron los cambios a largo plazo. Sin embargo, las intervenciones relacionadas con las llamadas telefónicas requirieron de 18 meses para garantizar el mantenimiento del cambio de conductas (Goode et al., 2015). Estos resultados fueron similares en la revisión elaborado por Holcomb (2015).

Esta revisión cuasi-sistemática presentó una serie de limitaciones. El primero de ellos correspondió con la generalización de la búsqueda bibliográfica. De este modo, no se pudo garantizar una búsqueda efectiva. Sin embargo, no se hallaron artículos científicos que englobaran todas las variables relacionadas con la adherencia terapéutica (dieta, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, manejo emocional y asistencia a consulta), sino aquellos orientados, al menos, a una de estas variables. Seguidamente, los diseños experimentales que se encontraron trataron de estudios cuasi-experimentales. Debido a que no existe un guion de preguntas que pueda valorar correctamente la metodología, sesgos y resultados de este tipo de diseños, fueron excluidos.

Por otro lado, algunos de los artículos identificados no pudieron incluirse en la revisión ya que trataban de protocolos de ensayos clínicos (Desveaux et al., 2016; Dobson et al., 2016; Moreira et al., 2017; Nelson et al., 2018). Gran parte de los ensayos clínicos identificados

no presentaron una calidad metodológica óptima. Además, los resultados obtenidos por los estudios identificados no se han podido unificar homogéneamente debido a la heterogeneidad de las herramientas de medida empleadas.

A modo de conclusión, el uso de la tecnología móvil básica (mensajería y llamadas telefónicas), junto a la educación sanitaria realizada por los profesionales sanitarios en su práctica asistencial, puede mejorar la implicación en las diferentes variables que compone la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados de DMT2.

Implicaciones para la práctica

Los resultados obtenidos en la presente revisión facilitan el consenso de la literatura acerca de la efectividad de la tecnología móvil básica respecto a la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de DMT2. El uso de la tecnología móvil refuerza los conceptos y el seguimiento de las personas. A diferencia de las aplicaciones móviles, el uso de la tecnología móvil básica es más amplio y no hace distinción por edad. Estas evidencias científicas pueden incorporarse en la práctica asistencial para mejorar la relación de ayuda establecida entre el profesional y la persona demandante de cuidados. No obstante, se requiere la implicación por parte de las organizaciones institucionales para poder incorporar de forma apropiada estos recursos. Finalmente, se requiere de investigaciones adicionales que indaguen las repercusiones de este modo de comunicación en todos los componentes de la adherencia terapéutica.

Referencias Bibliográfica

- Agboola, S., Jethwani, K., Lopez, L., Searl, M., O'Keefe, S., & Kvedar, J. (2016). Text to move: A randomized controlled trial of a text-messaging program to improve physical activity behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Medical Internet Research*, 18(11), 1-23.
- Bogner, H., Morales, K., de Vries, H., & Cappola, A. (2012). Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. *Annals Of Family Medicine*, 10(1), 15-22.
- Chatzimarkakis, J. (2010). Why patients should be more empowered: a European lessons learned in the management of Diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 4(6), 1.570-1.573.
- Desveaux, L., Agarwal, P., Shaw, J., Hensel, J. M., Mukerji,

- G., Onabajo, N., ... Bhatia, R. S. (2016). A randomized wait-list control trial to evaluate the impact of a mobile application to improve self-management of individuals with type 2 diabetes: a study protocol. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 1-11.
- Dobson, R., Whittaker, R., Jiang, Y., Shepherd, M., Maddison, R., Carter, K., ... Murphy, R. (2016). Text message-based diabetes self-management support (SMS4BG): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 179.
- García-Pérez, L.-E., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V., & Orozco-Beltrán, D. (2013). Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Therapy*, 4(2), 175-194.
- Goode, A. D., Winkler, E. A. H., Reeves, M. M., & Eakin, E. G. (2015). Relationship between intervention dose and outcomes in living well with diabetes-a randomized trial of a telephone-delivered lifestyle-based weight loss intervention. *American Journal of Health Promotion*, 30(2), 120-129.
- Holcomb, L. S. (2015). A Taxonomic Integrative Review of Short Message Service (SMS) Methodology: A Framework for Improved Diabetic Outcomes. *Journal of diabetes science and technology*, 9(6), 1.321-1.326.
- Huang, K., Chiang, I., & Xiao, F. (2013). PICO element detection in medical text without metadata: Are first sentences enough? *Journal of Biomedical Informatics*, 46, 940-946.
- Islam, S. M. S., Lechner, A., Ferrari, U., Seissler, J., Holle, R., & Niessen, L. W. (2016). Mobile phone use and willingness to pay for SMS for diabetes in Bangladesh. *Journal of Public Health*, 38(1), 163-169.
- Jadad, A., Moore, R., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D., Gavaghan, D., & McQuay, H. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials. *Control Clinical Trials*, 17(1), 1-12.
- Kalra, S., & Gupta, Y. (2015). Self-management of diabetes in primary care. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(6), 686-687.
- Kampmeijer, R., Pavlova, M., Tambor, M., Golinowska, S., & Groot, W. (2016). The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16(5), 290.
- Kassavou, A., & Sutton, S. (2017). Reasons for non-adherence to cardiometabolic medications, and acceptability of an interactive voice response intervention in patients with hypertension and type 2 diabetes in primary care: A qualitative study. *BMJ Open*, 7(8), 1-8.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*, 26(1), 65-67.
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P., Ioannidis, J., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), w65-94.
- López, L., Tan-McGrory, A., Horner, G., & Betancourt, J. (2016). Eliminating Disparities among Latinos with Type 2 Diabetes: Effective eHealth Strategies. *Journal of Diabetes and its Complications*, 30(3), 554-560.
- Moreira, A. M., Marobin, R., Rados, D. V., de Farias, C. B., Coelli, S., Bernardi, B. L., ... Telessaude, R. S. (2017). Effects of nurse telesupport on transition between specialized and primary care in diabetic patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-6.
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fernández, A., Berenguera, A., Martínez-Andrés, M., Pons-Vigués, M., ... Rubio-Valera, M. (2015). Primary Care Patients' Perspectives of Barriers and Enablers of Primary Prevention and Health Promotion - A meta-ethnographic synthesis. *PLoS ONE*, 10(5), e0125004.
- Nelson, L. A., Wallston, K., Kripalani, S., Greevy, R., Elasy, T., Bergner, E. M., ... Mayberry, L. S. (2018). Mobile phone support for Diabetes self-care among diverse adults: protocol for a three-arm randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 7(4), e92.
- Ogurtsova, K., da Rocha Fernandes, J., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N., ... Makaroff, L. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for global estimates for the prevalence of diabetes for 2.015 and 2.040. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 128, 40-50.
- Ross, L., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., ... Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16, 135.

Sarabi, R., Sadoughi, F., Orak, R., & Bahaadinbeigy, K. (2016). The effectiveness of mobile phone text messaging in improving medication adherence for patients with chronic diseases: a systematic review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(5), e25183.

Soriguer, F., Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiú, E., Calle-Pascual, A., Carmena, R., ... Vendrell, J. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetología*, 55(1), 88-93.

Tamban, C., Isip-Tan, I. T., & Jimeno, C. (2013). Use of Short Message Services (SMS) for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 28(2), 143-149.

Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T., Santo, K., Thiagalingam, A., Rodgers, A., ... Chow, C. (2016). Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 340-349.

Trikkalinou, A., Papazafropoulou, A., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World Journal of Diabetes*, 8(4), 120-129.

Vandelanotte, C., Müller, A., Short, C., Hingle, M., Nathan, N., Williams, S., ... Maher, C. (2016). Past, Present, and Future of eHealth and mHealth Research to Improve Physical Activity and Dietary Behaviors. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 48(3), 219-228e1.

Vervloet, M. (2014). Short- and long-term effects of real-time medication monitoring with short message service (SMS) reminders for missed doses on the refill adherence of people with Type 2 diabetes: evidence from a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 7(31), 821-828.

Vervloet, M., Van Dijk, L., Santen-Reestman, J., van Vlijmen, B., van Wingerden, P., Bouvy, M. L., & de Bakker, D. H. (2012). SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes patients who are real time electronically monitored. *International Journal of Medical Informatics*, 81(9), 594-604.

Factores que afectan a la credibilidad en el sistema sanitario occidental y las decisiones en el tratamiento de la salud. Una revisión de la literatura

Factors that affect credibility in the western health system and decisions in the treatment of health. A review of literature

Blanca María Muñoz Ortín^a

^aDepartamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual, Universidad Carlos III de Madrid, España

Resumen

Introducción: Algunos autores apuntan a que se observa un aumento de la desconfianza en el sistema sanitario. **Objetivo:** Este trabajo pretende analizar algunos de los factores que pueden estar afectando a la confianza en el sistema sanitario occidental y a la toma de decisiones de las personas, reflexionar en base a ello, y sobre cómo reforzar la confianza de los ciudadanos en la medicina convencional. **Método:** Se realiza una revisión de la literatura científica y no científica relacionados con la temática del trabajo haciendo uso de tres estrategias de búsqueda: 1) Motores de búsqueda (Google); 2) un periódico nacional en su versión digital (el País) y un periódico digital (Diario Médico), elegidos aleatoriamente; 3) gestores bibliográficos de literatura científica como Pubmed y Web of Science. **Resultados:** Los medios de comunicación, Internet y redes sociales, y movimientos anticiencia son los ingredientes perfectos para la generación de desconfianza en el sistema sanitario y manipular las decisiones de las personas para el tratamiento de la salud y la enfermedad. **Conclusiones:** reforzar de nuevo la confianza de la ciudadanía en un sistema sanitario efectivo requiere del trabajo conjunto de varios colectivos.

Palabras clave: sistema sanitario occidental; medicina alternativa y complementaria; desconfianza; Internet; medios de comunicación; movimientos anticiencia.

Abstract

Introduction: Some authors suggest that there is an increase in distrust in the health system. **Objective:** This work aims to analyze some of the factors that may be affecting the trust in the western health system and the decision-making of people, reflect about this, and how to strengthen the confidence of citizens in conventional medicine. **Method:** A review of the scientific literature and non-indexed articles related to the subject of work is carried out using three search strategies: 1) web search engines (Google); 2) a national newspaper in its digital version (el País) and a digital newspaper (Diario Médico) randomly chosen; 3) bibliographic managers of scientific literature such as Pubmed and Web of Science. **Results:** The media, Internet and social networks, and anti-science movements are the perfect ingredients for generating distrust in the health system and manipulating the decisions of people for the treatment of health and disease. **Conclusions:** Reinforcing citizens' trust in an effective health system requires the joint work of several groups.

Key words: Western health system; distrust; alternative and complementary medicine; Internet; media; anti-science movements.

Introducción

La ciencia moderna estableció el método científico como forma de adquirir conocimiento. Se trata de un conjunto de pasos ordenados que permiten comprobar una hipótesis de partida, de tal manera que lo que se percibe sobre un hecho esté libre de interpretaciones humanas y por tanto de toda subjetividad. Está basado en la experimentación cuyos patrones, fenómenos u objetos deben poder ser medibles y apoyarse en los pilares básicos de la reproducibilidad y la refutabilidad o falsabilidad. Es decir, los resultados del experimento deben poder reproducirse por otros y poder ser contrastados y refutados con otras hipótesis o teorías.

La pseudociencia o falsa ciencia se basa en afirmaciones de hipótesis o creencias que no siguen un procedimiento de verificación válido con el que se pueda comprobar su fiabilidad y su falsabilidad por lo que no cumple ninguna de las premisas que se le imponen al método científico para la adquisición de conocimiento. En otras palabras, la pseudociencia está sujeta a la percepción de la persona, a la experiencia individual y a la subjetividad. Es por este motivo por lo que no puede considerarse como una ciencia ya que el objeto de estudio, la hipótesis, no puede ser sometida a un análisis riguroso. Además, la información que se ofrece es imprecisa por lo que no puede comprobarse su efectividad.

En el ámbito de la salud, la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) recoge numerosas técnicas, productos y tecnologías que carecen del fundamento científico requerido para que pueda ser considerado como tal, es decir, según hemos explicado en el párrafo anterior, la MTC queda acogida dentro del marco de lo que conocemos como una pseudociencia. La OMS (2013) integra dentro de la medicina tradicional, la homeopatía, la acupuntura, la medicina china, la naturoterapia, la fitoterapia, los tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas, la reflexología, la quiropraxia, el yoga, el reiki, y un largo etcétera. Estas técnicas son, sin embargo, integradas y aceptadas por la comunidad médica (Coulter, 2004) y por el grueso de la ciudadanía.

Actualmente nos encontramos inmersos en una batalla (casi literal) por demostrar quién dice la verdad, científicos versus pseudocientíficos; a quién debe creer el ciudadano de a pie cuyo conocimiento, en muchos casos, se basa en una fe ciega hacia los medios de comunicación, y también hacia lo que dice la vecina del cuarto piso. Porque, por ejemplo, una mala experiencia en lo que respecta al trato que recibe una persona por parte del personal médico o sanitario, o el fracaso de un tratamiento médico, puede ser crucial para desacreditar al sistema que aplica.

En este sentido, existen estudios que revelan la pérdida de confianza del paciente en la salud pública occidental y para explicar el motivo por el que esto está sucediendo, Mohammed Siahpush establece tres hipótesis. La pérdida de confianza en la medicina pública occidental se debe a que 1) existe una insatisfacción con el sistema de salud público; 2) existe una insatisfacción con el trato que los pacientes reciben por parte del personal sanitario, 3) la CAM suponen una filosofía de vida más congruente con la recuperación de un sistema de valores tradicionales (M, 1998). Otros autores indican además, que este comportamiento coincide con el aumento del uso de la medicina complementaria y alternativa (CAM); la popularización de estas técnicas se debe a que la medicina convencional no cubre ciertas necesidades de los pacientes. Las personas no están de acuerdo con los métodos que utiliza la medicina convencional por lo que van a buscar otras maneras de atender a su salud. Muchas aseguran que la CAM proporciona un entorno terapéutico más positivo, más humano y empático. En este sentido, sus justificaciones se alinean sobre el déficit de la medicina occidental en lo referente al trato humano, para dar un sistema de atención de la salud eficaz y satisfactorio (Nadia Corp, J. L. Jordan, 2018; Salamonsen & Ahlzén, 2018).

Ante el incremento del uso de estas terapias para el tratamiento de enfermedades como el cáncer, grupos de científicos, colectivos médicos, y estudiantes han comenzado a lanzar manifiestos y peticiones de firmas dirigidas a los medios de comunicación, a las agencias reguladoras, a los colegios de profesionales, y a los organismos públicos, para protestar contra la proliferación de este tipo de terapias pseudocientíficas que se apoyan en argumentos propios de la charlatanería y que en algunas ocasiones están amparadas por instituciones públicas y empresas médicas profesionales. Los galenos aseguran que lo malo no es tener creencias, que es en lo que se basan las pseudociencias, sino que la vendan como algo demostrado científicamente y que además aseguren que pueden curar enfermedades como el cáncer. Este hecho, aseguran, es el que incita a las personas a abandonar sus tratamientos basados en la evidencia científica, y lo sustituyen por fraudes que llegan a costarles la vida

Objetivos del trabajo

El objetivo de este trabajo se dirige a analizar algunos de los factores que pueden estar afectando a la confianza en la medicina convencional y a las decisiones de las personas para tratar su salud. En base a ello se pretende discutir y reflexionar sobre cómo se podría reforzar la confianza de los ciudadanos en la medicina convencional.

Materiales y métodos

Este trabajo es una revisión bibliográfica y de la información que circula en internet sobre el tema del trabajo. En total se han analizado 8 artículos en español; 3 en inglés; 1 tesis doctoral; 1 libro; 2 entradas de blogs diferentes (ciencia mundana y La botica escondida); 3 noticias de dos periódicos. Para realizar el estudio se han empleado tres estrategias de búsqueda orientadas siempre hacia la temática: 1) motores de búsqueda de Google; 2) un periódico nacional en su versión digital (el País) y un periódico digital (Diario Médico) elegidos al azar; 3) dos gestores bibliográficos de literatura científica: Pubmed y Web of Science. Las palabras clave para la recopilación de la información han sido “medicina alternativa y complementaria”, “bulos en la salud”, “medios de comunicación y pseudociencias” (para las estrategias 1 y 2); “pseudoscience”, “pseudotherapy” (para la estrategia 3). Los criterios de elegibilidad de artículos han sido los siguientes: artículos relacionados con la temática; que hayan sido publicados entre los años 2000 y 2018 (solo hay una excepción de un artículo de 1998, del autor Mohammed Siahpush. Se ha incluido por su pertinencia y relevancia de lo que se pretende analizar); en inglés y español.

Resultados

Se introduce en este apartado los factores que se han analizado y que se cree, pueden estar afectando a la confianza del ciudadano en la medicina convencional y las decisiones de las personas en el tratamiento de su salud, esto es, los medios de comunicación, Internet y redes sociales y los movimientos anticientíficos.

Medios de comunicación

De Azcarraga señala la falta de prudencia a la hora de reproducir cierto tipo de noticias. Afirma por un lado que “la reproducción de noticias que otros afirman es una caja de resonancia hacia la superchería” y por otro denuncia la existencia de una “falta de contrapeso crítico por parte de los medios de comunicación”. Y es que el problema reside en que los media muchas veces “supervaloran la capacidad crítica de los lectores” (De Azcarraga, 2015), y “cuando las pseudociencias se difunden con total normalidad y sin crítica alguna en los medios de comunicación, se institucionalizan y, por extensión, adquieren legitimidad a partir de la credibilidad supuesta a los medios de comunicación (López Cantos & Millán Yeste, 2018). A menudo

programas de televisión¹ y radio² que son emitidos en horarios de máxima audiencia son denunciados por expertos debido a su contenido pseudocientífico. Este problema, según Valero-Matas & Muñoz Sandoval, subyace a la falta de conocimiento científico por parte de quien dirige estos medios de comunicación (Valero-Matas & Muñoz Sandoval, 2017).

Movimientos anticiencia

Nespereira-García (2015), en su estudio sobre el uso de la retórica como herramienta para la gestión y la comunicación del riesgo sanitario, apunta a que en la actualidad las personas son más reflexivas con respecto a la salud y el riesgo pero existen diferencias cognitivas en los diversos estratos sociales, en cuanto a la manera de percibir un riesgo sanitario. Las tensiones entre el contexto socio-cultural y el conocimiento y el razonamiento científico se hacen evidentes en las sociedades occidentales ante un escenario en el que el rechazo al seguimiento de los protocolos de vacunación infantil se han incrementado desde 2011, cuando comienza a registrarse una mayor incidencia de enfermedades infecciosas como el sarampión o la rubeola, en España y otros países (ibidem). Según Valero-Matas & Muñoz Sandoval (2017), “existe un miedo social a la ciencia difundido por intelectuales” que genera desconfianza hacia las autoridades científicas. Y, por si fuera poco, el rigor que se le atribuye al método científico como forma objetiva de adquirir conocimiento se pone en tela de juicio cuando se hacen evidentes el fraude científico, los engaños corporativos, y la mala praxis por parte de los grandes lobbies de las farmacéuticas: conductas que, además de no favorecer el argumento científico, promueven la desconfianza hacia las autoridades científicas, generan rechazo y favorecen el ataque dogmático contra la ciencia, incrementando la incertidumbre y los pensamientos anticientíficos (ibidem).

Diferentes grupos pseudocientíficos liderados por intelectuales apoyan sus críticas contra la ciencia resaltando sus aspectos negativos y sus limitaciones, y construyen sus argumentos vinculados estrechamente con el poder (ibidem). Para Jesús García Blanca (2017) “el Modelo

¹ Programas de Televisión española como «Saber Vivir»

https://elpais.com/cultura/2018/08/21/television/1534861300_084559.html y el programa de Javier Cárdenas https://elpais.com/elpais/2017/12/05/ciencia/1512465479_981726.html han ofrecido hasta hace poco contenido pseudocientífico durante las horas de mayor audiencia.

² El Congreso de los Diputados emitió una queja por el contenido pseudocientífico del programa de radio «En Cuerpo y Alma» http://www.congreso.es/112p/e1/e_0019125_n_000.pdf

Médico Hegemónico se consolida durante el siglo XX, favorecido por la reconversión de las multinacionales farmacéuticas, especialmente tras la Segunda Guerra Mundial, transformándose en una poderosa herramienta de poder que controla la formación, la información, la investigación y los servicios sanitarios progresivamente dominados por la súper especialización y la tecnología”, para Costa Vercher³ (2016) la teoría de la infección es completamente errónea porque deriva de una invención de la industria y del sistema de imponer un tipo de consumo tóxico, totalmente irracional, y totalmente inútil. Además, comenta que las vacunas no tienen ningún sentido biológico. Estos autores y muchos otros, apoyan sus argumentos y elaboran sus discursos en base a las teorías de otros pensadores como Feyerabend o Huxley, para quienes la ciencia y la tecnología son herramientas de dominación y control social (Valero-Matas & Muñoz Sandoval, 2017) o Foucault, quien establece una serie de silogismos que desembocan en su afirmación sobre que “la ciencia es un arma política porque implica saber, y el saber es el pilar del poder (...) la dirección del saber será siempre hacia unos pocos privilegiados mientras que para el resto el lenguaje científico es intimidatorio, incomprensible e inaccesible”. En definitiva, para Foucault el discurso de ‘la verdad’ se justifica para “aplastar y dominar, para exigir conformidad y sumisión” (Ovejero Bernal & Pastor Martín, 2001).

Internet y Redes Sociales

Ante el nuevo paradigma de la comunicación que ofrece Internet, Barbara Yuste afirma que la web 2.0 ha conseguido consolidar un modelo de comunicación en el que el proceso comunicacional adquiere un sentido bidireccional. Yuste analiza en su estudio cómo las redes sociales figuran como la herramienta más consultada por los jóvenes para mantenerse informados (Yuste, 2015). Nespereira-García, no duda en cargar de cierta responsabilidad al hecho de que este nuevo paradigma comunicacional está promoviendo un aumento en la tendencia al rechazo y la desconfianza hacia las autoridades científicas (Nespereira-García, 2015). Y es que Internet favorece la popularización de productos y terapias “milagro”, sanadoras de cáncer como el MMS (vendido como The Miracle Mineral Solution) del que aseguran tener propiedades sanadoras frente a parásitos, el VIH o el cáncer. Otras personas publican en sus blogs curas milagrosas para el cáncer (Valero-Matas & Muñoz Sandoval, 2017). En Internet y las redes sociales circula una pandemia de noticias falsas que implican principalmente al tema de las pseudoterapias⁴.

³ Entrevista extraída del blog «laboticaescondida.blogspot.com» al Doctor Enrique Costa Vercher (2016) <https://laboticaescondida.blogspot.com/2016/04/vacunas-una-reflexion-critica.html>

⁴ I Estudio de bulos en la salud, presentado en el I Congreso Salud sin Bulos celebrado

Discusión

En la Antigüedad eran los monjes quienes reproducían los textos manuscritos y el feudalismo les otorgaba el derecho para ejercer la agenda setting y manipular al pueblo. Séis siglos más tarde de que Johannes Gutenberg inventara la imprenta, la tecnología que causara un importante cambio de paradigma socio-económico y revolucionara la organización social del siglo XV, han llegado Internet y las redes sociales originando un efecto similar, aunque sin duda, a una velocidad mucho mayor.

La revolución digital en la que nos encontramos inmersos ofrece al internauta un inmenso océano de información, pero, como apunta Nicholas Carr en su libro *Superficiales ¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes?*, sin embargo, el escaso tiempo que éste posee, deja poco espacio para la profundización y la reflexión. Podemos decir que, la sociedad está siendo víctima de una infoxicación que llama a la superficialidad del tratamiento de la información donde “la multitarea, instigada por el uso de Internet, nos aleja de formas de pensamiento que requieren reflexión y contemplación, nos convierte en seres más eficientes procesando información, pero menos capaces para profundizar en esa información, y al hacerlo no solo nos deshumanizan un poco sino que nos uniformizan” (Carr, 2010).

Esta uniformización a la que se refiere Carr, debido a esa falta de reflexión, o quizá también de formación, en vista a la gran cantidad de bulos sobre la salud que circulan por las redes, ha llevado a la determinación de algunas personas, médicos e investigadores de la salud, a crear plataformas en Internet con el fin de informar y ayudar a los ciudadanos a desmontar e identificar las noticias falsas. Una de ellas, Salud Sin Bulos⁵ advierte en su página que estos bulos, o noticias falsas, suelen ser “temas relacionados con la alimentación y la nutrición, dietas milagro o prevención y tratamiento de enfermedades como el cáncer los más habituales de encontrar entre los mensajes que nos llegan por Facebook, WhatsApp o Twitter”.

En lo referente a los medios de comunicación, el ciudadano confía en ellos. El problema sobreviene cuando éstos presentan las pseudociencias como un instrumento de valor a consultar (De Azcarraga, 2015). Este hecho, junto con la gran cantidad de literatura sobre teorías de

en el Hospital de La Princesa de Madrid el mes de noviembre 2018 <https://www.diariomedico.com/salud/siete-de-cada-diez-medicos-atienden-pacientes-influidos-por-bulos-sobre-salud.html>

⁵ Salud Sin Bulos es una iniciativa de la Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) puesta en marcha para combatir los bulos de salud en Internet y contribuir a que exista información veraz y contrastada sobre salud en la red. Para visitar la plataforma <https://saludsinbulos.com/>. Otras plataformas son Apetp, OMC, StopPseudociencias o Enfermería Sin Pseudociencias.

la conspiración contra la salud del pueblo, contribuye a aumentar la complejidad de la realidad y la incertidumbre a un público que “prefiere creer en una falsedad simple, que no obligue a razonar, a estudiar una verdad complicada” (ibídem).

No obstante, no es que la pseudociencia sea mala por el hecho de no ajustarse a la evidencia científica, por ejemplo el yoga está clasificado por la OMS (2013) como una falsa ciencia, y sin embargo el número de estudios que se inclinan a favor de los beneficios que se obtienen tras su realización, está experimentando un crecimiento positivo (Lefno, 2015). Es la charlatanería⁶ entendida ésta en su acepción de “embaucador que persigue la venta, muchas veces fraudulenta, de algún tipo de producto, remedio, elixir, ideología, etc.” con sus discursos persuasivos, contruidos en diferentes tipos de pensamiento: el pesimista, que niega el conocimiento objetivo y la racionalidad; el pensamiento postmoderno cuyo discurso adquiere la forma totalmente subjetiva; los detractores epistemológicos que se oponen a los procedimientos desarrollados para alcanzar los objetivos; o los fundamentalistas que toman la ciencia como un dogma, y los escépticos niegan la evidencia científica (Valero-Matas & Muñoz Sandoval, 2017). Otras personas se limitan a la tergiversación⁷ de conceptos biológicos como Jesús García Blanca en su libro de “el rapto de Higea” donde explica erróneamente que las mitocondrias son bacterias. También se dedica a sembrar la duda y el miedo, asegurando que el sistema inmunitario no existe, o que el SIDA es una invención, entre otras más.

Pese a todo lo planteado en este trabajo, este estudio se encuentra condicionado por las limitaciones de tiempo. Las ideas que aquí se exponen no son en absoluto determinantes por lo que una revisión más exhaustiva de la literatura científica y de la literatura gris podría ayudar en futuras investigaciones a establecer otros ángulos de visión para afrontar el problema planteado.

Conclusiones

“Cuando una mentira se repite mil veces se convierte en verdad”. Es una frase atribuida a J. Goebbels. Algo parecido está ocurriendo en la era de la información, salvo que en esta ocasión las noticias falsas corren como la pólvora en las redes sociales y no es necesario que se repitan tanto para que muchas personas se las creen. Controlar las fake news para evitar la manipulación requiere de un esfuerzo de todos los colectivos sociales, tanto de

los servicios de información y comunicación, como de las autoridades sanitarias y científicas, y de los ciudadanos. Identificar y denunciar este tipo de actos es crucial para no perpetuar la mentira, sobre todo en temas tan importantes como la salud.

No se trata sin embargo de imponer o censurar la realización de prácticas que no están sujetas a una evidencia científica sino más bien de incentivar a las personas a tener un pensamiento más crítico con respecto a la información que reciben. En este sentido urge la implantación y el desarrollo de políticas científicas que acerquen la ciencia a los ciudadanos y les ayuden en el discernir sobre qué información es verídica y cuál no lo es e identificar cuándo se trata de charlatanería.

En relación a esto último cabe hacer mayor hincapié en la educación, no solo de niños sino de todos los colectivos susceptibles de caer en el engaño. Es decir, de aquellos que carecen de formación científica. Endurecer el castigo ante el fraude científico y el engaño deliberativo y establecer políticas científicas que regulen la praxis honesta por parte de cualquier organismo dedicado a la investigación científica. En el campo de la comunicación, no confundir a las personas sobre lo que es cada cosa o sobre sus efectos, y para ello es necesario hacer más periodismo científico de calidad y dejar que sean éstos quienes se encarguen de elaborar la información que sea de su competencia.

Referencias Bibliográfica

Blanca, J. G. (2017). La medicalización de las madres como distorsión mecanicista de los comienzos de la vida humana. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 141–147. <https://doi.org/10.6018/daimon/302601>

Carr, N. (2010). *Superficiales. ¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes?* Bogotá Colombia: Taurus.

Coulter, I. (2004). Integration and paradigm clash: The practical difficulties of integrative medicine. *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*, 103–122. Retrieved from https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP20040002.html

De Azcarraga, J. A. (2015). *Los medios de comunicación frente a las pseudociencias*, 38–49.

Lefno, A. L. (2015). Tesis Doctoral. *Las Paradojas del Yoga Candidata Andrea Lizama Lefno*, 1–350. Retrieved from <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/298326/all1de1.pdf;sequence=1>

⁶ Definición extraída de <https://es.wikipedia.org/wiki/Charlatán>

⁷ Blog de ciencia mundana. Creado por un ex investigador científico, es un blog dedicado a la crítica sobre la mala ciencia y a la pseudociencia <https://cienciamundana.wordpress.com/2017/10/02/jesus-garcia-blanca-y-el-rapto-de-higea/>

López Cantos, F., & Millán Yeste, J. (2018). La difusión de discursos pseudocientíficos en la radio pública española. El programa Complementarios de RNE-Radio 5. *Revista Latina de Comunicación Social*, (73), 317–330. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2018-1257>

M, S. (1998). Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of Sociology*, 34(1), 58–70.

Nadia Corp , J. L. Jordan, P. R. C. (2018). *Justifications for using complementary and alternative medicine reported by persons with musculoskeletal conditions: A narrative literature synthesis*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200879>

Nespereira-García, J. (2015). La retórica como herramienta para la gestión y la comunicación del riesgo sanitario. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2), 222–233. Retrieved from <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2941>

OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organización Mundial de La Salud, 72. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59>

Ovejero Bernal, A., & Pastor Martín, J. (2001). *La dialéctica saber/poder en Michel Foucault: un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela*. Aula Abierta, Universidad de Oviedo, (77), 99–110. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=45498>

Salamonsen, A., & Ahlzén, R. (2018). Epistemological challenges in contemporary Western healthcare systems exemplified by people's widespread use of complementary and alternative medicine. *Health*, 22(4), 356–371. <https://doi.org/10.1177/1363459317693408>

Valero-Matas, J. A., & Muñoz Sandoval, C. A. (2017). Las Pseudociencias Como Problema Social En La Era Tecnocientífica. Un Recorrido Por La Ciencia Y Sus Enemigos Dentro Y Fuera. Aposta. *Revista de Ciencias Sociales*, (75), 8–34. Retrieved from <http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=125528504&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Yuste, B. (2015). Las nuevas formas de consumir información de los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 108, 179–191. Retrieved from <http://goo.gl/eqg9UF>

Anticipación, herramienta informativa para unir periodismo y salud

Anticipation, informative tool to join for journalism and health

Carlos Cachán-Alcolea^a

^a Facultad de Comunicación y Artes, Universidad Nebrija, España

Resumen

El periodismo se ocupa de lo que sucede. Pero también se ocupa o puede ocuparse de lo que ha sucedido, va a suceder y piensa la gente. De entre los miles y miles de acontecimientos que ocurren cada día en el mundo, los relacionados con la salud tienen una gran importancia para los seres humanos. Internet ha impuesto el dominio de la inmediatez -aquí y ahora-, que produce informaciones de salud sin el análisis que aporta las claves para entender lo que sucede y podrá suceder. Con la anticipación, el periodismo analiza en profundidad las informaciones pretéritas y presentes, para descubrir implicaciones. Observa causas, averigua nuevos datos, busca nuevos enfoques, predice consecuencias. El periodismo de anticipación no se basa en las conjeturas o profecías del periodista. Suministra información de antecedentes de lo no sucedido, pero cuyos genes mediáticos impregnan la realidad presente. Busca el interés humano en los acontecimientos de salud futuros, suministrando información de calidad, y procura dar respuesta al cuándo ocurrirá y qué consecuencias acarreará para los receptores, su familia, el medio ambiente y el mundo. La anticipación se convierte así en una herramienta periodística que debe unir periodismo y salud.

Palabras clave: periodismo; salud; Agustín de Hipona; internet; inmediatez; periodismo de anticipación.

Abstract

Journalism aim is to inform about what happens. But it also deals -or may deal – with what have happened, will happen and what people think. Among all the events that occur every day in the world, the ones related to health have a great importance for human beings. The internet has brought the domain of immediacy – here and now- that produces information about health without analysing the keys to understand what happen and what could happen. With the anticipation, journalism analyses in depth past and present information, to discover implications. It observes the causes, finds out new data and looks for new approaches and predicts consequences. Anticipation journalism isn't base on conjectures o journalist's prophecies. Provides background information on facts that didn't occur, but whose media genes permeate present reality. It seeks human interest on future health events, providing quality information and trying to respond when it would happen and what consequences will bring to the receivers, their family, environment and the world. This way, anticipation becomes a journalistic tool that join journalism and health.

Key words: journalism; health; Augustine of Hippo; internet, immediacy; anticipation journalism.

Introducción

“Entender el mundo que rodea a los seres humanos depende de su capacidad para juzgar esos hechos, especialmente los hechos contradictorios. Como ciudadanos responsables, tenemos la obligación de saber qué es lo que está sucediendo en un mundo que cada día se vuelve más pequeño a fin de que conozcamos los problemas de ese mundo y obremos en conformidad” (Committee of Modern Journalism, 1962, p.15).

¿Por qué los seres humanos queremos entender el mundo en el que vivimos? ¿Por qué queremos estar informados de lo que ha ocurrido, está ocurriendo, ocurrirá, o podrá ocurrir? ¿Por qué queremos juzgar los acontecimientos pasados, presentes y los que están por venir? Por cuatro motivos fundamentalmente: atención, interés, conocer, comprender.

Atención e interés: los periodistas saben cuáles son los mensajes a los que los receptores prestan mayor atención: los que tienen importancia para sus intereses y los que tienen algún componente maravilloso o agradable.

Conocer y comprender: este interés de los seres humanos por lo que ocurre en el mundo (presente), ha ocurrido (pasado) o va a ocurrir (futuro) -el cuándo informativo- se plasma en el periodismo, cuyo rasgo distintivo es obtener datos informativos y hacerlos llegar a los ciudadanos-receptores para que puedan “conocer y comprender los acontecimientos que les afectan” (El Mundo, 1996, 55).

De entre los miles y miles de acontecimientos que ocurren cada día en el mundo -haya o no un periodista para contarlos-, los relacionados con la salud, o sea, el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (Raffino, 2019), tienen una gran importancia para los seres humanos.

Corpus

El cuándo periodístico

El periodista necesita fuentes para llevar a cabo su rutina profesional. Cuanto más fiables sean sus fuentes, tanto documentales como personales, más rigor y calidad tendrán sus contenidos. En el caso concreto de fuentes personales, el periodista debe consultar, siempre que pueda y esté en su mano, a las más expertas y competentes. “Un buen recurso para el periodista es el de acudir a documentos u opiniones fiables ya publicadas”, recomienda El Libro de Estilo de El Mundo (1996, 58), en su primera edición, diciembre 1996, coordinada por Víctor de la Serna.

De entre los muchos expertos que han reflexionado sobre el concepto tiempo y luego se lo han transmitido a los

demás, san Agustín es un referente desde el siglo IV de nuestra era. Para filósofos, teólogos y físicos, sin duda; pero también lo es o puede serlo para el periodista. En su inmortal obra *Las Confesiones*, ha llevado a cabo una profunda investigación sobre el tiempo y sus tres manifestaciones: pasado, presente y futuro.

Al tiempo le dedica muchos capítulos del Libro XI, “La creación y el tiempo”. En el capítulo 11, sostiene que todo pretérito es empujado por el futuro y que todo futuro está precedido de un pretérito. Su mensaje central es éste: si nada pasase, no habría un tiempo pasado; si nada sucediese, no habría un tiempo futuro; si nada existiese, no habría un tiempo presente (Agostino, 2019).

Bajo el parámetro temporal, no es extraño a su razón de ser que el periodista pueda referirse a cosas pasadas. Cuando las hace públicas, glosando al profesor de retórica Agustín de Hipona, no son las cosas mismas que han pasado las que el periodista saca de la memoria, sino las palabras engendradas por sus imágenes, que pasando por los sentidos imprimieron en el alma como su huella. Cuando, en cambio, el periodista habla o escribe de los acontecimientos futuros, estos no se ven, porque todavía no han ocurrido, pero sus causas o signos existen ya y, por consiguiente, las hace presentes para sus receptores.

“Sé ciertamente¹ que nosotros premeditamos muchas veces nuestras futuras acciones, y que esta premeditación es presente, no obstante que la acción que premeditamos aún no exista, porque es futura; la cual, cuando acometamos y comencemos a poner por obra nuestra premeditación, comenzará entonces a existir, porque entonces será no futura, sino presente” (Agustín, 1995, p. 583).

En ese mismo capítulo, Agustín pone un ejemplo tomado de la inmensa multitud de cosas de la realidad cotidiana: observación de la aurora y anuncio de que ha de salir el sol. Un acontecimiento diario que ayudará a comprender por qué el periodismo puede con propiedad referirse al futuro. Lo que sigue encajaría sin dificultad en la información del tiempo o en las declaraciones de un climatólogo a un medio de comunicación. La aurora que ven (profesional que informa del tiempo, climatólogo, receptores) es presente; lo que predicen (informador y climatólogo), la salida del sol, futuro: no futuro el sol, que ya existe, sino su orto, que todavía no ha sido. Pero, aun su mismo orto, sino lo imaginaran (profesionales, climatólogo, receptores), no podrían predecirlo. Sin embargo, las dos cosas se ven presentes para que pueda predecirse aquel futuro. Luego, aunque los acontecimientos futuros no existen aún, si pueden predecirse por medio de los presentes “que existen ya y se ven” (Agustín, p.585).

¹ Escribe en el capítulo XVIII, 23

Inmediatez

En su rutina profesional, el periodista puede servirse de la memoria, la observación y la expectación. Mediante la memoria, hace presente los acontecimientos pasados; mediante la observación, presente los acontecimientos presentes, y mediante la expectación, presente los futuros. Esto no quiere decir, escribe Agustín (1995), en el capítulo XX, 26, que se tome por ya existente lo que “está por venir ni lo que es ya pasado”. El periodista lo dice de modo impropio, pero los receptores saben lo que quiere decir.

Si el periodista tiene a su disposición la memoria, la observación y la expectación, ¿por qué recurre menos a la memoria y a la expectación que a la observación, sea directa o indirecta, mediante fuentes personales y documentales? El predominio de los acontecimientos presentes -la inmediatez del qué-, de la difusión de la información cuanto antes, podría ser el arma del periodista para competir con los medios online. Siendo esta una explicación muy recurrente en el mundo del periodismo, a nuestro entender, existe otra, más clásica, más filosófica, más profunda, y que sería otra posible explicación a por qué el periodista recurre más a la observación que a la memoria y a la expectación: el periodista abusa hoy de hacer presente los acontecimientos presentes, porque parece que está instalado en un presente continuo, lo que vendría a confirmar que, según Agustín (1995), los tiempos del ser humano y, por tanto, del periodista son tres: presente de los acontecimientos pasados, presente de los acontecimientos presentes y presente de los futuros.

Esta fuerza de atracción que para los seres humanos tiene el presente, pueda servir de explicación y de justificación en términos filosóficos. Sin embargo, bajo la luz del arte del periodismo, consideramos que el periodismo del “aquí” y “ahora” -manifestación extrema de ese vivir instalado en el presente del periodista de la era digital- muestra un flanco débil: carece del análisis que aporta claves para entender lo que sucede y podrá suceder. Perdiendo así una de sus funciones: la capacidad de equilibrios y matices.

Ante este estado de cosas, el filósofo alemán Jürgen Habermas, preocupado por la necesidad de “salvar la prensa de calidad”, escribió en 2007 un largo artículo en *Le Monde*, del que el periódico francés publicó un resumen en su edición del 22 de mayo. A su juicio, la prensa debe “satisfacer una demanda de información y de cultura”. ¿Por qué debe hacerlo? Porque los receptores -sostiene Habermas-, antes que meros consumidores, son ciudadanos con un derecho de participación cultural y política, para el que es completamente necesaria la información y el análisis riguroso (Habermas, 2007).

Anticipación

El periodismo se ocupa de lo que sucede. Pero también se ocupa o puede ocuparse de lo que ha sucedido, va a suceder y piensa la gente. Entre los atributos básicos del periodismo está el que el contenido debe expresarse con precisión y claridad desde la primera línea. Para lograrlo, los periodistas en general deben tener en cuenta las clásicas 5 “W”: ¿Who? (“¿quién?”), ¿Where? (“¿dónde?”), ¿When? (“¿cuándo?”), ¿What? (“¿qué?”), ¿Why? (“¿por qué?”). Y de estas preguntas, al periodista de anticipación le interesan principalmente el “qué” (lo que pasó, pasa o pasará), el “por qué” (causas) y el “para qué” (consecuencias). Las tres cuestiones siempre a la luz del “cuándo” (tiempo).

La anticipación -acción y efecto de anunciar algo antes del tiempo oportuno o esperable- se convierte así en una herramienta periodística que debe unir periodismo y salud. Con la anticipación, el periodismo analiza en profundidad las informaciones pretéritas y presentes, para descubrir implicaciones. Observa causas, averigua nuevos datos, busca nuevos enfoques, predice consecuencias en un cuándo determinado.

La anticipación no es el anuncio sin más del acontecimiento de salud aún no producido, aunque esperado o que podría suceder. Tampoco su contenido se basa en las conjeturas o profecías del periodista. Más bien suministra información de fondo de lo todavía no sucedido, pero cuyos genes mediáticos impregnan la realidad presente. Busca el interés humano en los acontecimientos de salud futuros, suministrando información de calidad, y procura dar respuesta al cuándo ocurrirá y qué consecuencias acarreará para los receptores, su familia, entorno y el mundo. Máxime cuando ahora, y gracias a internet y las redes sociales, muchos pacientes-receptores se presentan en la consulta médica - asegura el doctor y escritor italiano Andrea Vitali, en una entrevista publicada el 9 de mayo de 2019 en el suplemento semanal de Salud del *Corriere della Sera*- “convencidos de tener ya el diagnóstico en el bolsillo o piden con rotundidad y convencimiento un TAC o una resonancia magnética. Ante esto, qué hacemos los médicos. La pseudociencia en los últimos tiempos ha complicado las cosas” (Virgili, 2019, p. 28).

La urgencia y rapidez prevalente en la era digital podrían dosificarse o ralentizarse recurriendo más al periodismo de anticipación. Este no vive preocupado de esa rapidez informativa, acentuada en nuestros días por la información online, pues, lo que le importa es el examen de los hechos y dichos, ponerlos en un contexto y recrear las situaciones humanas de las que nacen. Informa, analiza, interpreta, busca influir en las emociones del receptor,

porque no quiere un observador externo; quiere que se sienta afectado de una manera profunda y personal.

Crece el número de fuentes y la posibilidad de acceder a las noticias en permanente actualización las 24 horas del día los 365 días del año. Vivimos inmersos en un océano de apps para la salud. Según el último informe mHealth Economics de Research2Guidance, hay 325.000 en todo el mundo. Desde el pasado año han aparecido 78.000 nuevas apps para la salud (Corcella, 2019) en los principales store (las “tiendas” virtuales online que facilitan descargártelas). Con esta ingente cantidad de aplicaciones, el periodista no lo tiene fácil para orientar a sus receptores, porque muchas veces carecen del aval de la sociedad científica o la institución sanitaria, no están certificadas o no tienen la etiqueta distintiva de la CE. Por lo que no se traduce en una información de calidad, que tenga sentido y utilidad.

No obstante lo apuntado hasta aquí, el periodismo de anticipación comparte con el periodismo del “aquí” y el “ahora” tres normas básicas:

- 1) los receptores “tienen derecho a estar bien informados para entender la realidad y formarse su criterio”;
- 2) la obligación de los medios de comunicación es ofrecer información rigurosa, fiable, independiente;
- 3) las fuentes de información, elemento crucial para que una noticia sea o no creíble. Aun respetando el anonimato, el periodista debe citarlas lo más concretamente posible para dar esa credibilidad (Yárnoz, 2019).

Contenidos compartidos

Los medios de comunicación piden a sus corresponsales diseminados por el mundo que envíen sus observaciones y comentarios sobre, por ejemplo, temas de salud. Solicitan a los expertos en salud que den sus puntos de vista sobre los resultados de estudios o investigaciones originales. Encargan a algunos de sus profesionales más experimentados en el área de salud que perfilen tendencias entre los acontecimientos publicados. Y, cada vez con más asiduidad, invitan a especialistas de referencia que escriban artículos firmados o tribunas sobre salud o su campo de especialización, para enriquecer y contextualizar la información de salud publicada, radiada, televisada o transmitida a través de internet.

Pero también el ciudadano-receptor de contenidos tiene derecho a participar en los acontecimientos de salud que le afectan o pueden afectarle. ¿Qué piden esos ciudadanos, esos receptores? Aunque esta cuestión es importante para el periodista, lo es más para el periodista de anticipación de salud, al permitirle conocer los intereses de los ciudadanos y adelantarse a sus necesidades. Y es

que, en la era digital que vivimos, el periodismo de anticipación tiene la obligación de ir por delante, anticiparse muchas veces al acontecimiento (Cachán, 2016).

Pues bien, en los temas de salud, los ciudadanos-receptores quieren estar en condiciones de utilizar la información de salud en una comunidad amplia. Quieren que los medios de comunicación les permitan tener de qué hablar, debatir, responder a preguntas, e incluso que les ayuden a conocer personas que piensen de modo similar o que defiendan posturas distintas para pensarlas y ensayar argumentos en contra (Pew Research, 2008).

El futuro ya está aquí

Dos informes de hace 11 años reflejan bien la utilidad de la anticipación en la información en general, pero que nosotros adaptamos a los contenidos de salud. El primero se refiere a cómo será la labor del periodista en un futuro que ya es presente; el segundo cubre más ámbitos del espectro informativo.

1º. El estado de los medios de información 2008 anticipa que los periodistas ya no podrán dedicarse exclusivamente a crear, contar y analizar los acontecimientos. También deberán ayudar al público a encontrar lo que le interesa y a sacar algún significado del conjunto, porque la información no es producto, sino servicio (Pisani, 2008).

2º. De Perspectivas del mundo de la Comunicación, una publicación de la Universidad de Navarra, (Abad, 2008), podemos sacar cuatro tendencias que se acomodan bien al periodismo de anticipación.

- **Más profundidad, contexto e interpretación.** La inmediatez, la constante actualización de contenidos y la profusión informativa de internet, lleva al periodista de anticipación a ser más selectivo con sus noticias, atendiendo a criterios de relevancia, pertinencia y utilidad, y ofrecerlas a los receptores con más profundidad, más contexto, más interpretación.

- **Pensando en los receptores.** Escoger pocas noticias de entre una multitud, tras una ponderada selección y descarte del flujo de contenidos, requiere del periodista de anticipación tener muy claras las líneas informativas: qué tipo de información se va a ofrecer al receptor. El periodista de anticipación debe ser muy cuidadoso para conocer bien a sus receptores, qué necesidades tienen y qué contenidos de salud les interesan.

- **Exclusividad.** Internet se ha convertido en la fuente virtual de la que mana el caudal informativo asequible a todos los ciudadanos convertidos hoy en internautas. Ante esta realidad, el periodista de anticipación debe ofrecer a sus receptores contenidos exclusivos, más elaborados, interesantes y digestivos. Debido a su

agenda temática propia y a sus fuentes de referencia en salud, sabrá trascender la mera noticia de actualidad, de interés relativo y de corta duración en el magma informativo, para elaborar otros contenidos de salud que aporten un plus a la pura actualidad.

- **Historias humanas.** El periodista de anticipación, conocedor de que el periodismo tiene un alto componente de servicio a la comunidad, debe buscar historias humanas ocultas tras el acontecimiento, pasado, presente o que va o puede pasar. Este trabajo es un buen antídoto contra la información inmediata del qué sucede. Los contenidos del periodismo de anticipación destacan más el quién, el por qué, el para qué y, sobre todo, cuándo.

Orientación y profundización

El profesor de Comunicación de la Universidad de Navarra, Alfonso Sánchez-Tabernero, dice que hay cada vez más personas que quieren disponer de información “veraz, relevante, completa y presentada de modo atractivo” (Sánchez-Tabernero, 2008). Requisitos que se apoyan en un periodismo de “orientación” y “profundización”, sostiene Giovanni di Lorenzo, director del semanario alemán *Die Zeit* (Lucchini, 2010). Lo que en el contexto en el que nos movemos, significa una información que explique la actualidad y anticipe los acontecimientos que están por venir.

Acontecimientos que faciliten una participación más activa de los ciudadanos, es lo que propone el periodista Ignacio Aréchaga, director de Aceprensa, cuando explica a qué se dedica la agencia que ha dirigido durante 25 años. Subraya dos componentes: especialización y tendencias. El periodismo debe informar de temas que aporten a los lectores ideas y datos que les facilitaran intervenir activamente en los debates de la opinión pública. Y recomienda que siempre esté más atento a las mareas de fondo que a la espuma de la polémica superficial (Aréchaga, 2016). Todos estos fines también son propios del periodista de anticipación.

Discusión

Aunque es España todavía se hace poco periodismo de anticipación, y cuando se hace es más bajo un enfoque “preventivo” y en acontecimientos de “crisis y conflictos internacionales” (Bernabé, 2007), o como la prevención de “conflictos armados, crisis institucionales, sociales y humanitarias, de derechos humanos y medioambientales” (Campo y Gómez, 2009), no ocurre igual en otros países. James Fallows, responsable en Washington del *Atlantic Monthly*, tenía ya claro en 1996 que el periodismo de anticipación explica los acontecimientos futuros,

no se centra en las novedades, más propio de la información diaria, da los antecedentes, el contexto, aporta reflexión y sentido a las noticias. En *Breaking the News: How the Media Undermine American Democracy*, pide que los medios de comunicación se ocupen menos de polémicas y catástrofes y se centren en el “análisis” documentado. Para salir de ese estrecho callejón informativo, los periodistas deben estudiar el fondo de las cuestiones que abordan. Así, por ejemplo, informar de un tema “tan complejo como la reforma sanitaria exige documentarse sobre sanidad y presupuestos” (Fallows, 1996).

Otro autor que apuesta por el periodismo de anticipación es Peter Welby, exdirector de la revista británica *NewStatesman*. Con él sostenemos que el periodismo de anticipación ofrece una “narrativa” que permite comprender las causas de los problemas, presentando los hechos ordenados. Da también un “contexto, investiga, elimina la información redundante y se concentra en lo esencial” (Welby, 2014).

Katharine Viner, directora del diario británico *The Guardian*, también sostiene que la misión del periodismo es ayudar a la gente a comprender el mundo con más “claridad”. En un artículo publicado en su periódico el 15 de enero de 2018, “Welcome to a new look for the Guardian”, reconoce que en estos tiempos esa misión es más necesaria que nunca (Viner, 2018). ¿Cuál debe ser la misión del periodismo en tiempo de crisis como los actuales?: la claridad y la precisión. “Si las personas desean comprender el mundo, los medios deben brindarles claridad: hechos de los que puedan fiarse, información relevante, escrita y editada con cuidado y precisión”. Lo que requiere “tiempo y esfuerzo; revelar cuidadosamente los hechos, pedir cuentas a los poderosos; y escrutar las ideas y los argumentos” (Viner, 2017; Meseguer, 2018). A nuestro entender, todos estos atributos se encuentran en el ADN del periodismo de anticipación.

En el periodismo económico, *The Economist* es un referente mundial, con más de un millón y medio de lectores de pago. El grupo británico Pearson, propietario del *Financial Times*, es su accionista de referencia. ¿Cuáles son los méritos de este liderazgo? Su actual directora, Zanny Minton Beddoes, los resume en unas declaraciones a *Le Monde*: “rigor en el análisis y capacidad de anticipación”. *The Economist* no vive, ni está pendiente de lo último; aspira a que sus lectores comprendan los acontecimientos más a fondo situándolos en un amplio contexto, “preocupándose más de suministrar datos y antecedentes” (Serrano, 2015).

La preocupación por ofrecer datos, antecedentes, enfoque multidisciplinar y profundo la comparte un grupo de investigadores: “Tenemos que rediseñar nuestro ecosis-

tema de la información en el siglo XXI y responder a una pregunta fundamental: ¿cómo podemos crear una cultura de la información que valore y promueva la verdad?" (Lazer et al, 2018). El periodismo de anticipación puede contribuir a lograrlo.

Agradecimientos

Profesor Daniel Catalán-Matamoros (UC3M).

Referencias Bibliográfica

Abad, C. (2008). Ante la crisis de la prensa: mediamorfosis. *Aceprensa*, 5 de noviembre de 2008, pp.1-4. Disponible en: <https://www.aceprensa.com/articulos/ante-la-tesis-de-la-prensa-mediamorfosis/>. Consultado: 2 de mayo de 2019.

Sant' Agostino (2019). *Le Confessioni*. (A cura di Carlo Carena). Milano: Mondadori ["Senza nulla che passi, non esisterebbe un tempo passato; senza nulla che venga, non esisterebbe un tempo futuro; senza nulla che esista nos esisterebbe un tempo presente"].

Agustín de Hipona (1955). *Las confesiones* (texto bilingüe; edición crítica y anotada por Ángel Custodio Vega), tercera edición. BAC: Madrid. Disponible en: <http://www.augustinus.it/spagnolo/confessioni/index2.htm>. Consultado: 2 de mayo de 2019.

Aréchaga, I. (2016). Aceprensa cambia de director. *Aceprensa*, 5 de enero de 2016. Disponible en: <https://www.aceprensa.com/articulos/aceprensa-cambia-de-director/>. Consultado: 3 de mayo de 2019.

Bernabé, J. (2007). *Periodismo preventivo. Otra manera de informar sobre las crisis y los conflictos internacionales*. Madrid: Catarata.

Cachán, C. (2016). Periodismo de análisis y anticipación en la era digital, en *Tendencias en el ecosistema mediático*, pp. 29-38. Madrid: Dykinson.

Campo Zavala, V., y Gómez Escalonilla, G. (2009). *El periodismo preventivo: un nivel en la especialización periodística*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Disponible en: <http://www.thesisde.org/t/el-periodismo-preventivo-un-nivel-en-la-7851/>. Consultado: 6 de mayo de 2019.

Committee on Modern Journalism (1967). *Periodismo moderno*. México: Editorial Letras.

Corcella, R. (2019). Servono davvero tutte queste app sulla salute? *Corriere della Sera*. Milano, de 9 mayo, p. 43.

Fallows, J. (1996). Breaking the News: How the Media Undermine American Democracy, en EE.UU.: la responsabilidad de los periodistas, bajo sospecha. *Aceprensa*, 1 de mayo de 1996. Disponible en: <https://www.aceprensa.com/articulos/ee-uu-la-responsabilidad-de-los-periodistas-bajo-s/>. Consultado: 6 de mayo de 2019.

Habermas, J. (2007). Il faut sauver la presse de qualité. *Le Monde*, 21 de mayo de 2007. Disponible en: https://www.lemonde.fr/idees/article/2007/05/21/il-faut-sauver-la-presse-de-qualite-parjurgen-habermas_912817_3232.html. Fecha de consulta: 6 de mayo de 2019. <https://www.aceprensa.com/articulos/de-las-bestias-salvajes-la-prensa-de-calidad/>. Consultado: 2 de mayo de 2019.

El Mundo (1996). *Libro de Estilo El Mundo*. (Coordinado por Víctor de la Serna), 1ª edición. Madrid: Unidad Editorial y Ediciones Temas de Hoy. Disponible en: http://www.masmenos.es/wp-content/uploads/2002/01/librodeestilo_elmundo.pdf. Consultado: 2 de mayo de 2019.

Lazer, D., Baum, M.A., Benkler, Y., Berinsky, A.J., Greenhill, K.M.,...Menczer, F. (2018). The science of fake news. *Science*, 359(6380), 1094-1096. Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/359/6380/1094.full>. Consultado: 23 de mayo de 2019.

Lucchini, L. (2010). El periodismo digital hace de todo menos dinero. *El País*, 31 de octubre de 2010. Disponible en: https://elpais.com/diario/2010/10/31/domingo/1288497158_850215.html. Consultado: 23 de mayo de 2019.

Meseguer, J. (2018). Un periodismo que aporte sentido en la avalancha informativa. *Aceprensa*, 30 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.aceprensa.com/articulos/un-periodismo-que-aporte-sentido-en-la-avalancha-informativa/>. Consultado: 2 de mayo de 2019.

Pew Research (2008). El estado de los medios de información 2008, *V informe anual del Project for Excellence in Journalism*. Disponible en: <https://www.periodismociudadano.com/quinto-informe-anual-del-estado-de-los-medios-de-informacion-en-ee-uu/>. Consultado: 7 de mayo de 2019.

Pisani, F. (2008). El estado de los medios de información en EEUU. *El País*, 3 de abril de 2008. Disponible en: https://elpais.com/diario/2008/04/03/ciberpais/1207187482_850215.html. Consultado: 7 de mayo de 2019.

Raffino, E. (2019). *Salud* (según la OMS). Concepto.es. Disponible en: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>. Consultado: 23 de mayo de 2019.

Sánchez-Taberner, A. (2008). La prensa en Europa. Claves de un sector estancado. *Telos*, 75, 104-107.

Serrano, R. (2015). *The Economist*, un éxito en papel. *Aceprensa*, 13 de abril de 2015.

Viner, K. (2017). A mission for journalism in a time of crisis. *The Guardian*, 16 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.theguardian.com/news/2017/nov/16/a-mission-for-journalism-in-a-time-of-crisis>. Consultado: 7 de mayo de 2019.

Viner, K. (2018). Welcome to a new look for the Guardian. *The Guardian*, 15 de junio de 2018. Disponible en: https://www.theguardian.com/media/2018/jun/15/guardian-new-look-online-katharine-viner?CMP=tw_t_a-media_b-gdnmedia. Consultado: 7 de mayo de 2019.

Virgili, M. (2019). Il dottore che cura con le parole. *Corriere della Sera*. Milano, 9 de mayo, p. 28.

Welby, P. (2014). Newspapers: still the most important medium for understanding the world. *NewStatesman*, 12 febrero. Disponible en: <https://www.newstatesman.com/2014/02/how-newspapers-have-failed-us>. Consultado: 7 de mayo de 2019.

Yárnoz, C. (2019). Zidane sí quería saber. *El País*, 17 de octubre de 2019.

Administrando la Comunicación de Riesgos en una Emergencia Sanitaria, “El caso de la erupción del Volcán Calbuco”, Chile 2015

Managing the Risk Communication in a Health Emergency, “The case of the eruption of the Calbuco Volcano”, Chile 2015

Leonardo Díaz Bouquillard^a

^aDepartamento de Comunicaciones, Secretaría Regional Ministerial de Salud, Chile

Resumen

El siguiente trabajo presenta la estrategia comunicacional desarrollada por la institución Seremi de Salud, durante la emergencia sanitaria por la erupción del Volcán Calbuco (Región de Los Lagos, Chile) en abril del 2015, para disminuir los riesgos en la salud de las personas y comunidades expuestas a la erupción. Se da cuenta de una estrategia preventiva e informativa a través de diversos materiales, incluyendo las redes sociales, además de la transparencia institucional en términos de información a la comunidad sobre calidad del aire, agua y ceniza. El análisis de las redes sociales institucionales (twitter) indica que los ejes discursivos sanitarios fueron adecuadamente apropiados y difundidos por la comunidad.

Palabras clave: Salud pública; Comunicación de riesgos; Redes sociales en salud; Vigilancia ambiental; Vigilancia epidemiológica.

Abstract

The following work presents the communicational strategy developed by the Health Seremi institution, during the health emergency due to the eruption of the Calbuco Volcano (Los Lagos Region, Chile) in April 2015, to diminish the risks of health for people and communities exposed to the eruption. A preventive and informative strategy was reported through various resources, including website social networks, as well as institutional transparency in terms of information towards the community regarding air quality, water and ash presence. The analysis of institutional social networks (twitter) indicates that the sanitary discursive cores were properly fitting and spread in this social network.

Keywords: Public health; Risk communication; Health social network; Environmental monitoring; Epidemiological surveillance.

Introducción

El miércoles 22 de abril del 2015, a partir de las 18.00 hrs., aproximadas, inicia un ciclo eruptivo el Volcán Calbuco, macizo cordillerano de más de 2 mil metros de altura, ubicado al sur de Chile y específicamente en la región de Los Lagos. Ubicado a 30 kilómetros de importantes comunas como Puerto Montt y Puerto Varas, el Volcán Calbuco, es un gigante rodeado por pequeños poblados como Ensenada, Correntoso, Río Blanco, Colonia Sur y Alerce, los cuales se encuentran en su área de impacto.

Es un macizo gigante de 95 Km³ y un área basal de 180 Km³, el cual puede ser observado a más de 100 kilómetros de distancia. Es un volcán imponente, qué duda cabe, parte importante del paisaje habitual para los habitantes de la región de Los Lagos y turistas.

Se tiene data de al menos 12 ciclos eruptivos históricos de este volcán. Debido a su composición andesítica predominante, las erupciones históricas revelan un comportamiento eruptivo violento, caracterizado por eyección de piroclastos de caída y de flujo, además de lavas, domos, espinas, oleadas por explosión lateral y lahares (Ficha Volcán Calbuco, www.sernageomin.cl/volcan-calbuco).

De acuerdo a los datos del Servicio Nacional de Minería y Geología, Sernageomin, los flujos piroclásticos históricos han afectado principalmente el sector noreste del volcán y en menor medida hacia el lago Chapo. La erupción histórica más importante ocurrió en 1893-95, a partir de la cual, se comenzó a formar el domo que ha crecido hasta alcanzar el borde del escarpe originado por la avalancha. Antes de erupciones de cierta magnitud, han ocurrido precursores tales como ruidos subterráneos, sismos, fumarolas y pequeñas explosiones de ceniza (<http://www.sernageomin.cl/volcan-calbuco/>).

La activación o reactivación de un volcán es uno de los fenómenos naturales más temidos y respetados. Es que su acción transformadora de la geomorfología del paisaje y sus efectos en la salud pública, hacen de las erupciones volcánicas un proceso complejo para las poblaciones que están influenciadas por su acción (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005).

A diferencia de otros desastres naturales, las erupciones volcánicas se presentan con diferentes episodios en un lapso indeterminado de tiempo y con magnitud variable, podríamos afirmar entonces que las erupciones volcánicas, son ciertamente un verdadero “subgénero”: guardan códigos, lenguajes, imágenes, una iconografía, además de historias e incluso muchas veces un relato común en torno a un proceso eruptivo (que puede ser de días, meses e incluso años). En otras palabras: es un

fenómeno único, que debe abordarse con su complejidad e individualidad.

La OPS señala que desde el punto de vista de la salud, los efectos más comunes causados por las erupciones volcánicas incluyen lesiones traumáticas, quemaduras, asfixia, enfermedades en la piel, lesiones oculares, problemas respiratorios, conjuntivitis y hasta la muerte. Particularmente, la caída de ceniza o expulsión de gases, generan riesgo de contaminación del agua y de los alimentos, así como la afectación del ganado y animales domésticos, de cultivos y en general del medio ambiente, comprometiendo también los servicios básicos (agua, transporte, comunicaciones) y el acceso a los servicios de salud (www.paho.org/disasters).

Igualmente, el cúmulo de cenizas sobre techos o cubiertas puede causar daños o colapso de edificaciones, tanto de forma inmediata como posterior al evento, como en la fase de limpieza. Esto ha generado la ocurrencia de accidentes con politraumatismo por el colapso de los techos, por ejemplo.

El inicio del Pulso Eruptivo y la Estrategia Comunicacional

El Observatorio Volcanológico de los Andes del Sur (OV-DAS) informaba en su reporte del día 22 de abril emitido a las 17.30 hrs, que el Volcán Calbuco había iniciado una sismicidad y un enjambre sísmico asociado a ruptura de material rígido, desde las 15.11 horas. Un par de horas más tarde, dicho enjambre se convertía en un nuevo pulso eruptivo del macizo Calbuco.

En efecto, a partir de las 18.00 horas de aquel día, la región de Los Lagos nuevamente estaba en el centro de la agenda noticiosa, el gigante Calbuco inicia “actividad eruptiva (en su fase más energética) la cual se prolongó por 1 hora y 30 minutos, desarrollando una columna eruptiva que alcanzó unos 15 km por sobre el cráter principal con un penacho dirigido hacia el N y E, registrando a la hora de emisión de este informe, valores moderados de sismicidad cercanos al ruido de fondo” (Reporte Especial Actividad Volcánica, REAV, 2015).

Señala un nuevo informe (emitido a las 22.30 hrs), “La dispersión piroclástica en la atmósfera ha sido esencialmente hacia el N y E del volcán. Sin embargo, la ceniza fina en suspensión está siendo transportada hacia el N y NW pudiendo alcanzar las regiones de Los Ríos, Araucanía y Bío-Bío en las próximas horas. Es esperable caída de ceniza fina de espesores milimétricos. En las condiciones actuales, el área proximal susceptible de ser afectada puede reducirse al radio interno de 10 km” (REAV, 2015).

Si bien establecemos fases de trabajo, el dinamismo propio de una emergencia hace que los límites de las fases se superpongan también.

Etapa 1: Fase eruptiva: Etapa orientada al control de daños que pudiesen haber ocurrido desde la atención en salud, a través de la verificación de lesiones, traumas etc. También se monitorean las condiciones sanitarias de la red asistencial quienes deben entregar atención médica a las personas. Además se realiza un catastro de las condiciones sanitarias de los albergues, donde se estima será trasladada la población afectada.

El énfasis comunicacional es en términos de emergencia e inmediatez, por eso se realiza a través de diversas infografías difundidas en redes sociales y con mensajes radiales entregando recomendaciones básicas sobre salud en condición de emergencia.

Se trata de mensajes para minimizar el impacto derivado de la ceniza volcánica en 3 temas prioritarios: aparato respiratorio, protección ocular y protección dermatológica, sugiriendo utilización de pañuelos húmedos, permanecer en ambientes cerrados, lavado abundante con agua si se exponen los ojos a la ceniza.

Paralelamente se refuerza la vigilancia epidemiológica de las enfermedades “trazadoras”, es decir, aquellas que nos indican aumento o disminución de afecciones derivadas de una emergencia. Se vigila el aumento de enfermedades respiratorias, salud mental, entre otras.

Etapa 2: Fase post eruptiva (y de transparencia): Se refiere al monitoreo de las personas, que ya están en los albergues. Desde una perspectiva sanitaria y de salud mental, se hace vigilancia a su condición de salud. En situaciones de hacinamiento emergen ciertos cuadros que deben ser monitoreados, para ello, se realizan mensajes

específicos para esta población sobre las condiciones de habitabilidad en los albergues (OPS, 2005).

Comunicacionalmente, el énfasis está puesto en elaboración de mensajes sanitarios orientados al control ambiental para el consumo de agua en forma segura, con especial atención a los sistemas de Agua Potable Rural. Se recomienda consumir un agua clara y transparente, sin turbiedad. Y en caso de dudas, filtrarla y hervirla. Además se refuerza recomendaciones por enfermedades que pueden emerger en un proceso post eruptivo, como por ejemplo, el hanta virus, por el desplazamiento de los roedores, propios de los sectores rurales aledaños al volcán.

En esta etapa se hace muy necesaria, por parte de la población afectada y los medios de comunicación, conocer la información de los análisis de monitoreo tanto del aire como del agua. Por ello todo el muestreo sanitario realizado se transparenta en página web institucional www.seremisaludloslagos.cl y también a través de partes de prensa, enviados diariamente. El objetivo es bajar la ansiedad natural, incertidumbre y el miedo que puede generar en la población no contar con información. Hay que tener en cuenta que en una situación de crisis aumenta el número de fuentes que pueden trasladar mensajes a la población, que pueden llevar multiplicidad de mensajes. Si no eres tú quien informa, otro lo hará por ti, puesto que hay mucha demanda de información (Rodríguez, 2011).

Etapa 3: Fase de re instalación: Se refiere el mejoramiento de las condiciones de seguridad de ciertos sectores amagados y la reinstalación de las personas afectadas en sus hogares, para ello se deben enviar mensajes sanitarios orientados al consumo de alimentos seguros, limpieza del hogar (ceniza), hanta virus, condiciones sanitarias generales (estanques), que faciliten la reinstalación sin mayores riesgos.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA PROTEGER LA SALUD POR RIESGO DE ACTIVIDAD VOLCÁNICA

PROTEGER EL APARATO RESPIRATORIO (Nariz y Boca)

- Si existe presencia de ceniza volcánica y debe salir, use mascarillas o un pañuelo para cubrir nariz y boca.
- En caso de presencia de cenizas no es aconsejable realizar actividad física de ningún tipo al aire libre.
- No deje que los niños jueguen con cenizas.

PROTECCIÓN DE PIEL Y CUERO CABELLUDO

- Cúbrase con un sombrero, pañoleta o gorro para evitar el contacto de las cenizas con el cuero cabelludo.
- Use pantalón y ropa de manga larga si se expone a medio externo.
- Si la piel se ha impregnado de cenizas, quítese la ropa y lave con abundante agua.
- Si presenta ardor o enrojecimiento de la piel consulte al Centro de Salud más cercano.

PROTECCIÓN DE OJOS

- Si ha estado expuesto a las cenizas y presenta sensación de un cuerpo extraño en sus ojos, lave con abundante agua hervida y fría. Lávese las manos antes del procedimiento. No utilice colirios o gotas oftalmológicas.
- Si continúan las molestias, acuda al Centro de Salud.

USE AGUA SEGURA

- Cubra las fuentes de agua como pozos y estanques para evitar que caigan cenizas.
- Para consumo, deje reposar el agua antes de hervirla y consumir.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA PROTEGER LA SALUD POR RIESGO DE ACTIVIDAD VOLCÁNICA

PROTEGER EL APARATO RESPIRATORIO (Nariz y Boca)

- Si existe presencia de ceniza volcánica y debe salir, use mascarillas o un pañuelo para cubrir nariz y boca.
- En caso de presencia de cenizas no es aconsejable realizar actividad física de ningún tipo al aire libre.
- No deje que los niños jueguen con cenizas.

Más info en www.seremisaludloslagos.cl
[/seremisaludloslagos](https://www.facebook.com/seremisaludloslagos)
[@seremisalud10](https://twitter.com/seremisalud10)

Figura 3. Material gráfico utilizado durante la emergencia.

Las Redes Sociales en este Evento: Metodología para un Análisis

Es un hecho generalizado que el desarrollo de la web 2.0 ha cambiado sustancialmente la forma en que conviven y se comunican las personas. Con la irrupción de la web hemos pasado de ser un receptor pasivo a un usuario participativo y co creador de contenidos. La aparición de diferentes dispositivos y de múltiples aplicaciones que hacen posible esta interacción, es otra de las claves en las que se basa esta nueva realidad (Fernández-Gómez y Díaz-Campos, 2016).

La comunicación sobre la salud no es una excepción a esta tendencia y el uso de las redes sociales en este sector es cada vez mayor. La gestión de las crisis sanitarias conlleva una gran complejidad puesto que la comunicación sanitaria ya no es unidireccional, sino multidireccional (Guzmán do Nascimento, 2018).

Tal como lo dice el Manual de Herramientas para el uso de redes sociales del Centro para el Tratamiento de las Enfermedades (CDC), las redes sociales en salud pueden permitir conectar a millones de personas incrementando el tiempo en la difusión de medidas de protección de la salud, personalizar y reforzar mensajes de salud, facilitar la interacción de los usuarios y empoderar a la población a que tome decisiones saludables (CDC, 2011).

Desde el punto de vista metodológico buscamos analizar los contenidos emitidos por la institución de salud específicamente en su cuenta de twitter @seremisalud10 durante el 22 de abril y 27 de mayo, es decir, un poco más de 1 mes, tras la erupción.

Proponemos conocer si los mensajes entregados son coherentes con la cronología propia de la erupción, así como el promedio de mensajes emitidos durante la emergencia y sus principales características y contenidos: ¿se trata de mensajes preventivos, informativos o de gestión en terreno? De igual manera, describimos si estos mensajes utilizan recursos audiovisuales, de audio o enlaces. Desde el punto de vista de la interacción con el usuario de la web 2.0 analizamos cuáles son los mensajes con mayor interacción y mayor viralización, en este ecosistema web, dónde la pregunta parece ser ¿cómo comunicamos la emergencia del Volcán Calbuco?

Algunos Resultados

La muestra analizada está compuesta por un total de 134 mensajes emitidos por la cuenta de la Seremi de Salud durante la emergencia, en su red social de twitter, esto desde el 22 de abril al 27 de mayo, es decir en un marco

de 36 días. El promedio de publicaciones fue de 3,7 mensajes emitidos por día, sin embargo hay que destacar que la cronología de publicaciones es más intensa durante los primeros 9 días de la emergencia (gráfico 1).

Desde el punto de vista de la evolución de los mensajes emitidos por la institución se observa un peak los primeros 2 días de la emergencia, esto es el 22 y 23 de abril con 11 y 12 mensajes respectivamente y posteriormente los días 28 y 29 de abril, con 17 y 14 mensajes emitidos respectivamente.

El 2do peak de emisión de mensajes (28 y 29 de abril), tiene relación con la visita en terreno de autoridades de salud nacionales quienes haciendo “gestión en terreno”, visitan las principales zonas afectadas, lo que implicó el reforzamiento de medidas preventivas, por ejemplo a través de la vacunación contra influenza a personas afectadas.

Asimismo, es importante destacar que desde el 2 de mayo existe una disminución considerable en la emisión de mensajes, rompiendo la tendencia el 4 de mayo con 9 mensajes que tienen su correlato con la necesidad informativa por parte de la comunidad: conocer la calidad del agua en sectores rurales como Cochamó, Lago Chapo y Ensenada.

La tendencia a la baja se hace más patente; de hecho, con fecha 9 y 10 de mayo, no existe emisión de contenido por parte de la red social. Es así como el 14 de mayo es el último día en que se publica información relativa al Volcán Calbuco, para luego retomarla el 27 de mayo, con 3 mensajes que aluden a la entrega de los “kit preventivos” de hanta virus a las comunidades de Lago Chapo, esto se relaciona a un primer “cierre” narrativo relativo a la emergencia, al hacer entrega de un kit de prevención a las familias que están regresando a sus viviendas a 1 mes de la erupción, en la Etapa 3 de re instalación.

Respecto a la descripción de los mensajes emitidos durante la emergencia, 50 de ellos corresponden a gestión en terreno, esto es, las autoridades de salud regionales y nacionales, enfrentando la emergencia tanto en reuniones informativas con la comunidad, visita a albergues con los afectados, así como en acciones técnicas propias de la toma de muestras para los análisis de elementos como aire y ceniza.

Por su parte, 46 mensajes corresponden a información preventiva a la comunidad en relación a la protección de elementos como la ceniza, el manejo del agua, prevención ocular, respiratoria y del hanta virus. Se trata de recomendaciones netamente preventivas en dichos ámbitos y que tienen su principal foco de acción los primeros 9 días de la emergencia. Se desprende también del análi-

sis que los mensajes emitidos con mayor frecuencia se remiten a la protección derivada de la ceniza volcánica (protección respiratoria, ocular, dermatológica) a través de 25 mensajes.

Finalmente, los otros 38 mensajes los hemos seleccionado en la categoría "informativa", se trata de difusión que da cuenta, en un ejercicio de transparencia, de los resultados en los análisis efectuados a la ceniza, aire y agua. Además, en esta categoría también se incorporan las notas de prensa que van reproduciendo y difundiendo las acciones propias de la institución para enfrentar la emergencia.

Estos mensajes corresponden a la Etapa 2 de la emergencia, cuando la necesidad de información sobre la calidad de elementos primarios es altamente demandada.

Respecto a la descripción de los contenidos, a través de la red social, a partir del primer día la institución de salud utiliza el hashtag #VolcanCalbuco incorporando info-

grafías para referirse a ámbitos de prevención. La incorporación de elementos multimedia es escasa, remitiéndose solamente a audios con medidas preventivas que no tienen mayor impacto.

Desde el punto de vista de la recepción (Ver gráfico 2) la gestión de la crisis tuvo una importante cantidad de retroalimentación a través de la red social. En efecto, durante los primeros 9 días de la emergencia se emiten una cantidad de 92 mensajes con una réplica de 755 retweet, alcanzando la mayor cantidad el primer día de la emergencia con 258 interacciones.

El twitter con mayor número de interacciones, se refiere al mensaje emitido el 24 de abril sobre prevención ante el aumento de ceniza con 88 retweet. Asimismo, con fecha 13 de mayo se produce un total de 38 retweets por parte de los usuarios, esta acción tiene relación a una primera entrega de un kit preventivo para el hanta virus a una de las comunidades afectadas que regresan a habitar sus viviendas.

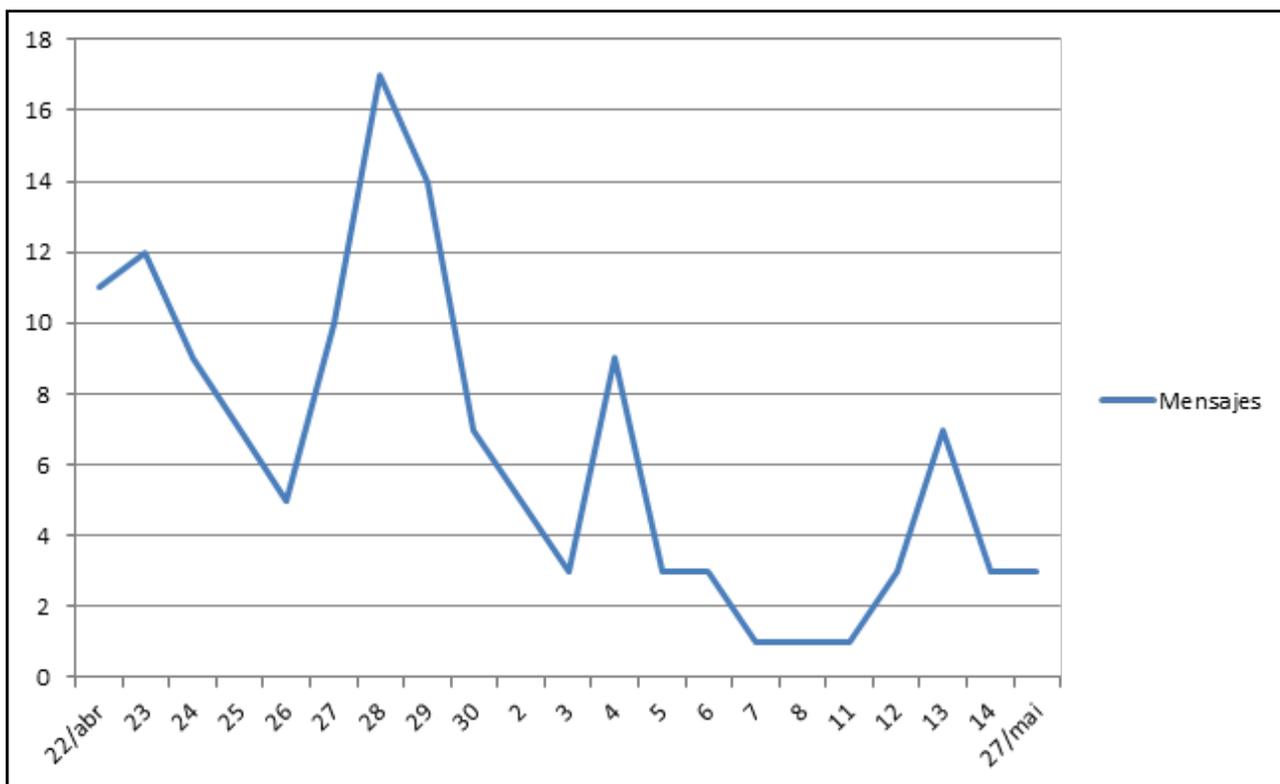


Gráfico . Promedio de publicaciones emitidos por la cuenta @seremisalud10 en twitter.

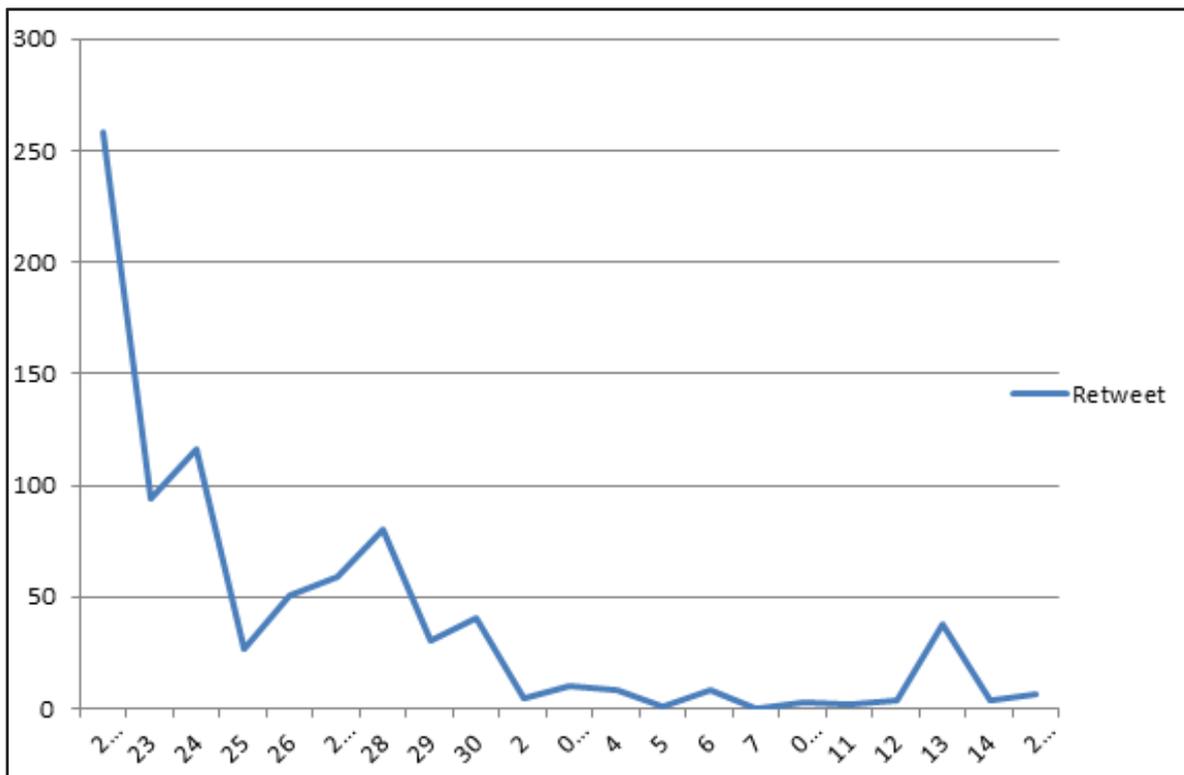


Gráfico . Número de interacciones de usuarios con la cuenta de twitter.

Conclusiones de una emergencia Volcánica

Las características geográficas de Chile implican que todo su territorio esté expuesto a amenazas de desastres de diversa índole. Estas particularidades geográficas, conjugadas con la demografía del país, junto a diversos aspectos sociales, políticos y económicos, configuran el riesgo de desastres que exponen a la población, la infraestructura y los sistemas a sufrir importantes pérdidas y vulnerabilidades, tanto en términos de vidas humanas como en aspectos económicos, medioambientales, físicos, emocionales y sociales (Ministerio de Salud, 2017).

La emergencia del Volcán Calbuco configuró una respuesta del sector salud como de la comunidad muy positiva y adecuada que este documento busca poner en valor.

En efecto, el informe de las acciones realizadas por la institución de salud (desde el 22 de abril al 22 de mayo) da cuenta de un análisis acumulado de 17215 atenciones en los diversos centros de salud implementados con vigilancia de enfermedades trazadoras, destacando que durante la emergencia tuvieron predominancia las enfermedades causadas por “otras causas no asociadas al volcán, especialmente en el rango de 15 – 59 años”.

Se puede deducir a través de los análisis continuos hasta el 22 de mayo que la mayor parte de las consultas fueron por infecciones respiratorias altas (asma, bronquitis, rinoфарингитis), no asociadas al volcán y especialmente en el rango de población menor de 59 años con predominancia de sexo femenino.

Desde el punto de vista ambiental se realizan 500 muestreos de agua para conocer la calidad de fuentes de agua potable y no potable para consumo humano, en términos bacteriológicos y físicoquímicos, analizando parámetros en cobre, hierro, manganeso, magnesio, turbiedad, ph, de acuerdo a Norma Chilena NCh 409/2. Se analizan un total de 6500 muestras, donde los resultados obtenidos de arsénico se mantienen bajo la normativa (0,01 mg/lt), sin embargo se observa muestras con presencia de coliformes totales y E. coli, en abastecimientos precarios, sin sistema de tratamiento, lo que no tiene relación con la erupción volcánica.

Se realizaron mediciones de calidad de aire para material particulado, sílice y arsénico respirable, durante 6 periodos, de los cuales 2 días se superó la norma vigente, debido a la gran presencia de cenizas en suspensión proveniente de la pluma volcánica. Los niveles de arsénico y sílice se encontraban bajo la norma internacional aplicada para el riesgo a la salud de la población.

En relación a la ceniza se realizaron 11 muestreos de ceniza, en diversos sectores afectados, estableciéndose condiciones normales. Se priorizan los elementos metales que son potencialmente dañinos a la salud humana, como Cromo (Cr), Níquel (Ni), Arsénico (As), Cadmio (Cd) y Plomo (Pb).

Todo este actuar institucional, que no es más que la respuesta del sector salud ante la emergencia, tuvo un correcto correlato a través de una estrategia comunicacional que fijó parte de su narración en la red social de

twitter como un tremendo aliado. En efecto, aprehendemos que en esta emergencia volcánica son los primeros días los más intensos en relación a interacción y viralización de las medidas preventivas: 468 retweets los primeros 3 días de la emergencia dan cuenta de aquella necesidad de compartir y viralizar medidas de prevención con especial atención a los efectos inmediatos en la salud de la ceniza volcánica.

Una cronología de acciones a través de la plataforma social que se fue diversificando a través de las tres Etapas definidas en la estrategia y una narración que parte con una espectacularidad icónica (la explosión) para finalizar con la entrega de un kit de prevención para que la comunidad vuelva a habitar su hogar.

De igual manera, llama la atención que la mayor cantidad de mensajes institucionales a través de la plataforma twitter tengan relación con la “gestión en terreno”, esto es, la gobernanza de la institución para hacer frente a la emergencia, ¿Debería ser mayor la gestión en terreno a la información preventiva? Ciertamente que en una emergencia de esta magnitud se exige mucho contacto con las comunidades afectadas.

Lo que años atrás parecería una ilusión para los comunicadores en emergencias ambientales, hoy es una realidad, es que las redes sociales y una plataforma como twitter son un aliado necesario para administrar una crisis. La manera en que una epidemia es relatada a través de las redes sociales tiene serias implicancias en su percepción y evaluación social (Guzmán de Nascimento, 2018).

“Mitigar los efectos en la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias”, es el objetivo N° 9 de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020, del Ministerio de Salud en Chile, un objetivo que ciertamente debe considerar adecuadas formas de administrar una emergencia con herramientas comunicacionales modernas y que puedan ser correctamente apropiadas por la población.

Referencias Bibliográficas

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *The Health Communicator's Social Media Toolkit*. USA: CDC.

Fernández-Gómez, E., y Díaz-Campo, J. (2016). Comunicación sobre el cáncer en Facebook. Las asociaciones de Argentina, Chile, Colombia y España. *Cuadernos. Info Comunicación y Medios en Iberoamérica*, 38. doi: 10.7764/cdi.38.926

Guzmán do Nascimento, B. (2018). Comunicación y salud: La gestión de la crisis del Ebola a través de las

redes sociales. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(2), 196-202.

Ministerio de Salud. (2017). *Apuntes sobre gestión de riesgo en emergencias y desastres*. Chile: Departamento de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres, Ministerio de Salud.

Observatorio Volcanológico de los Andes del Sur. (2015). *Reporte de Situación: Volcán Calbuco 22 y 23 de abril*. Chile: Servicio Nacional de Geología y Minería.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Guía de preparativos de salud ante erupciones volcánicas*, Modulo 1: El sector salud frente al riesgo volcánico. Ecuador: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Guía de preparativos de salud ante erupciones volcánicas*, Modulo 5: La comunicación frente a erupciones volcánicas. Ecuador: OPS.

Rodríguez, R. (2011). La efectividad del uso del miedo como factor persuasivo en la comunicación de riesgos en las crisis sanitarias. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), 33-46.

Sernageomin, *Ficha Volcán Calbuco* en http://www.sernageomin.cl/wp-content/uploads/2017/11/3_Calbuco.pdf

Una mayor empatía al VIH/sida a través de la educomunicación

A greater empathy for HIV/AIDS through educommunication

Víctor Grande-López^a

^aDepartamento de Marketing y Comunicación, Universidad de Cádiz, España

Resumen

Desde el inicio del VIH/sida en los años 80, el relato audiovisual no sólo ha servido para situar al espectador en un contexto social sino que le ha ayudado a reflexionar sobre la epidemia más devastadora de la medicina contemporánea. El miedo y el desconocimiento han fomentado procesos de discriminación provocando que personas con VIH/sida no sean tratadas con dignidad y respeto. Desde el ámbito de la educomunicación como vehículo de transmisión de conocimientos a través del medio, se pretende como objetivo principal concienciar sobre la importancia de la prevención del VIH/sida a la generación Z, los primeros adolescentes del siglo XXI. Para ello, se presenta una metodología: mediante una propuesta edu-inclusiva con pequeñas píldoras audiovisuales de la serie de televisión *Élite* (2018) y a través de la teoría ecológica de Bronfenbrenner sobre cómo influye en el desarrollo cognitivo y conductual los ambientes que rodean a una persona. Dando como resultados un impacto a nivel sensorial, actuando como transformador de conciencia saludable y logrando subsanar prejuicios y heridas sociales. Se concluye que es esencial trabajar sobre VIH/sida desde edades tempranas, ya que más vale comunicar para prevenir que callar para curar.

Palabras clave: cine; VIH/sida; adolescentes; educación para la salud; series t.v.; comunicación.

Abstract

Since the beginning of HIV/AIDS in the 1980s, the audiovisual story hasn't only served to situate the viewer in a social context but it has helped him to reflect on the most devastating epidemic of contemporary medicine. Fear and ignorance have fostered discrimination processes causing people with HIV/AIDS not to be treated with dignity and respect. From the field of educommunication as a vehicle for the transmission of knowledge through the media, the main objective is to raise awareness of the importance of HIV/AIDS prevention to Generation Z, the first teenagers of the 21st century. Because of this, it is presented a methodology through an edu-inclusive proposal with small audiovisual pills from the TV series *Élite* (2018) and through Bronfenbrenner's ecological systems theory about how the environments that surround a person can influence cognitive and behavioural development. As a result there is an impact at sensory level, acting as a healthy conscience transformer and managing to correct prejudices and social wounds. In conclusion: it's essential to work on HIV/AIDS from an early age, because it's better to communicate to prevent than be silent in order to heal.

Keywords: cinema; HIV/AIDS; teenagers; education for the health; TV series; communication.

Introducción

Un hombre casado sale de viaje de negocios y conoce a una mujer. Pasan la noche juntos y por la mañana cuando la mujer abandona el hotel, le deja una nota en el espejo con una barra de labios en la que puede leerse “Bienvenido al mundo del sida”, película *Bienvenido-Welcome*, 1994 (Taboada, García Ruíz, Rubio y Cofiño Fernández, 2005).

Esta historia llevada a través de la ficción muestra lo fácil que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) puede formar parte de la vida de una persona. Siendo causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que debilita el sistema inmunológico. Ante ello, existen fármacos antirretrovirales que están reduciendo la progresión del VIH, por lo que es importante una detección temprana para conseguir mejoras en el paciente.

La llegada del virus en 1981 sorprendió a la comunidad médica y científica, su rápida expansión hizo que una de las mayores prioridades fuera comprender los procesos que favorecían la propagación del virus. El cine a través de su óptica cinematográfica se convertía en un vehículo esencial, tanto para ir retratando, como concienciando de lo que la enfermedad estaba provocando en el ámbito social: miedos, irresponsabilidades, prejuicios, etc.

Algunas de las películas más representativas sobre el VIH/sida son: *An early frost* (Diagnostico fatal: sida, 1985), *Longtime companion* (Compañeros inseparables, 1990), *Les nuits fauves* (Las noches salvajes, 1992), *The living end* (Vivir hasta el fin, 1992), *And the band played on* (En el filo de la duda, 1993), *Philadelphia* (1993), *Fickende Fische* (La vida sexual de los peces, 2002), *The hours* (Las horas, 2002), *Un año sin amor* (2004), *Dallas Buyers Club* (2013), *The normal heart* (Un corazón normal, 2014), *120 battements par minute* (120 pulsaciones por minuto, 2017) o *Estiu 1993* (Verano 1993, 2017).

Autores como Deeks, Lewin y Bekker (2017) hacen referencia a que las cifras del sida en el mundo han sido aterradoras desde que a principios de los años 70 aparecieron los primeros casos. Afectando el virus a 75 millones de personas y causando la muerte a 35 millones en todo el mundo.

El estigma de las 4 H

Debido a la falta de educación sobre el sida, la discriminación, el miedo, el pánico, y la mentira me rodearon (Ryan White, expulsado de su colegio por sida).

Paterson (2005) indica que el estigma es el sirviente del tabú, y es mediante los tabúes profundamente arraigados en la conciencia individual y comunal, donde las sociedades, las instituciones o los grupos sociales se protegen del daño. ‘Etiquetar y culpar’ es una etapa común en el

proceso de todas las epidemias, que incluyen: temor, ignorancia ante lo desconocido y la urgencia de encontrar culpables en el desastre. Tal como expone Montoya San Juan (2016) el miedo y desconocimiento por parte de la sociedad sobre el VIH/sida han fomentado el estigma y los procesos de discriminación. Erving Goffman desarrolló la teoría social principal sobre la relación entre estigma y salud, basada en su estudio sociológico de hospitales psiquiátricos (Goffman, 1961, 1963), y definió el estigma como la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas (Paterson, 2005).

Los primeros trabajos que fueron publicados sobre estigma en revistas de medicina estaban relacionados con la enfermedad mental (Mulford y Murphy, 1968; Schwartz y Schwartz, 1977) y posteriormente con la enfermedad de Hansen conocida como la lepra (Gussow y Tracy, 1970). Fue en 1982 cuando se le puso nombre en Washington al sida y se definió en el Centers for Disease Control (Atlanta, Estados Unidos). Poco después, aparecieron los primeros artículos sobre el estigma del VIH/sida (Greco, 1983), argumentando cómo esta nueva enfermedad estaba absorbiendo una parte importante del estigma que había sido atribuido al cáncer (Sontag, 1988; País de Lacerda, 2006).

En sus inicios, el virus se relacionó a los hombres homosexuales, a las personas inmigrantes de origen haitiano en Estados Unidos, usuarios de drogas inyectables y personas receptoras de transfusiones sanguíneas (Montoya San Juan, 2016). De esa manera, las iniciales de los grupos sociales donde se había detectado más casos de la enfermedad coincidían con la letra H: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos, calificándose como las 4 H. Más adelante las investigaciones comenzaron a diagnosticar que el virus también estaba afectando a las personas heterosexuales (Castro y Farmer, 2005). Montoya San Juan (2016) resalta que el estigma y la discriminación han provocado que la población no sea tratada con dignidad y respeto. Una discriminación que se conoce con el término de serofobia, temor hacia las personas portadoras del VIH.

Introyección visual

No estoy feliz por tener sida, pero si esto puede ayudar a otros, al menos puedo saber que mi propia desgracia tiene un valor positivo (Rock Hudson).

Autores como Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre (2008) destacan que el espectador capta diversos mensajes de los modelos humanos y de la pluralidad de los comportamientos. El lenguaje audiovisual es una comunicación multisensorial que lleva al receptor a pensar y

reflexionar. Por medio de la introyección visual adquiere en el psiquismo elementos del ambiente social proyectados en la pantalla, un juego visual de percepciones, del que Jane Austen lo califica como: Sense and sensibility (sentido y sensibilidad).

La serie de televisión Dinastía (Dynasty, 1981-1989) en 1985 contaba con una de las estrellas de Hollywood del momento, el actor Rock Hudson que interpretaba en la serie a Daniel Reece y cuyo personaje conquistaba a Carrington interpretado por la actriz Linda Evans. Una de las escenas requería un beso apasionado del que se repitió varias tomas e incluso por insistencia del director se volvió a rodar al día siguiente. Hudson tocaba tímidamente con su boca cerrada el surco subnasal de Evans. Meses después, Hudson reveló a los medios que tenía sida y que había vivido ocultando su homosexualidad, falleciendo ese mismo año en California.

El temor sobre el contagio del virus provocó inquietud en la industria norteamericana del cine y la televisión, debatiéndose incluso si prohibir los besos. No existía mucha información sobre cómo se podía una persona contagiar del VIH/sida, siendo sinónimo de muerte y vinculándose a: prostitutas, homosexuales y heroinómanos. Años más tarde, la actriz Linda Evans habló de aquel beso a los medios, del que indicaba que Hudson la estaba protegiendo a su modo.

La película Les nuits fauves (Las noches salvajes, 1992), fue el primer largometraje sobre la vida de un paciente con sida, cuenta momentos autobiográficos del director que además de estar enfermo de sida decidió interpretar el papel del protagonista. Cyril Collard fue más allá del papel de un cineasta habitual, mensajero de la causa, relató como en un determinado momento tuvo relaciones sexuales y no utilizó el preservativo pese a saber que estaba infectado por el VIH. Reveló sus paseos nocturnos de sexo fácil por la ribera del Sena, confesó cómo fue su vida, con todas sus irresponsabilidades, sin pretender dar lecciones de moralidad, sin pedir disculpas, y mostró como ésta puede ser igual a tantas otras en aquellos años (País de Lacerda, 2006).

Otra película sobre el tratamiento del VIH/sida ha sido Philadelphia (1993) que apareció en un momento clave, porque tal como destaca Pérez Ochoa López (2006) se unieron varios factores: la sociedad se da cuenta que el problema es global no solamente de grupos específicos de riesgo, las personas famosas portadoras del virus comenzaron a salir en los medios y aparecieron más fármacos antirretrovirales, ya que en 1989 solo se disponía de

un medicamento antirretroviral.

Philadelphia (1993) muestra en su relato una historia basada en hechos reales ocurridos en 1987. El abogado Geoffrey Bowers demandó a su bufete tras despedirle cuando se enteraron que tenía sida y tras ganar el juicio Bowers falleció. La historia fue llevada al cine por medio del actor Tom Hanks que ganó el Oscar a mejor actor interpretando a un joven abogado que trabajaba en un prestigioso bufete de Philadelphia. Una noche en un cine, manteniendo relaciones sexuales con un desconocido mientras proyectaban películas pornográficas, el abogado se contagia del virus. Ajeno a todo, no sabía cómo se transmitía la enfermedad ni que era mortal. En ese momento, su entorno laboral pasa de apreciarle como un gran profesional a despedirle, mostrando pánico hacia la enfermedad y temor por poder ser contagiados (Pérez Ochoa López, 2006).

Justo antes de comenzar el rodaje de Philadelphia (1993) uno de sus actores se contagió del virus, se trataba de Ron Vawter actor homosexual que interpretó en la película el personaje de Bob Seidman, Vawter falleció un año después del estreno de un ataque al corazón. El origen del título de la película Philadelphia (1993) se debe a que el significado del nombre de la ciudad es 'amor fraternal', de Philia término griego sobre amistad y afecto.

El cine estaba mostrando el VIH/sida desde el personaje masculino hasta que Mary-Louise Parker en la película Boys on the Side (1995) se convertía en la primera actriz estadounidense en interpretar a una mujer heterosexual enferma de sida (País de Lacerda, 2006). Lo que la sociedad alejaba el cine acercaba, ya que sobre la enfermedad Núñez Ang (2009) subraya que la presencia del VIH/sida en el cine vino a tomar conciencia sobre la importancia de que el mal también se encontraba en otra parte, no solamente en homosexuales o heroinómanos, sino en consecuencia de una sociedad ignorante y cerrada.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación es facilitar a la generación Z un mayor conocimiento sobre el VIH/sida a través del lenguaje audiovisual.

Este objetivo se puede enumerar en otros más específicos:

- Concienciar sobre la importancia de la prevención del VIH/sida.
- Educar favoreciendo un pensamiento reflexivo, tolerante y crítico, ante la discriminación y prejuicios que todavía padecen personas con VIH/sida.

Metodología

La metodología que se propone en esta investigación es una lectura situacional, audiovisual y valorativa de textos audiovisuales por medio de la serie de ficción *Élite* (2018). Un proceso inductivo en el que se asume un rol de analista para ofrecer una interpretación. Se trabaja la capacidad de síntesis, intuición y sensibilidad respecto a la información y se utiliza la teoría ecológica de Bronfenbrenner sobre cómo influye en el desarrollo de una persona los ambientes que le rodean (Bronfenbrenner, 1986). Esta propuesta está dirigida a la generación Z, de edades comprendidas entre 14 a 23 años, correspondientes a los periodos de educación secundaria y superior. Estableciéndose una prueba en un aula de un centro de enseñanza secundaria de la provincia de Cádiz con un grupo de 20 participantes.

Con esta metodología se adquiere alfabetización audiovisual y sanitaria en el participante: aprendizajes elementales en relaciones con conceptos, aprendizajes intermedios en descripciones, aprendizajes superiores convergentes referentes al análisis y síntesis, aprendizajes superiores divergentes en generar ideas. Y por último, se trabajan aspectos como: educación para la salud, educación inclusiva, educación imaginativa, educación emocional, coeducación y educación sexual.

Aprendizaje visual edu-inclusivo

Se trabaja como herramienta de aprendizaje visual algunas secuencias de (Madrona y Montero, 2018) de la serie de ficción *Élite* (2018) producida por Zeta Producciones para Netflix. Y por medio de la comunicación y salud, se promueve entornos saludables haciendo ver a un target teen por medio de un vehículo de entretenimiento, que el VIH/sida sigue estando presente en la sociedad.

En primer lugar, se realiza una descripción de Marina Nunier Osuna personaje que interpreta la actriz María Pedraza. Marina es una adolescente de familia adinerada, impulsiva, heterosexual y seropositiva. Y en segundo lugar, se presenta el entorno, según la teoría ecológica de Bronfenbrenner el contexto ambiental influye en las emociones y formas de pensar de una persona y lo clasifica en diferentes sistemas: microsistema, mesosistema y macrosistema.

Microsistema

Es el contacto más directo que se tiene con el entorno ambiental. En el relato audiovisual Marina no empatiza con su madre y padre porque no la apoyan en nada, percibiéndose interferencias en el modelo familiar que llevan

a desequilibrios. Marina lo que piensa de su padre es que se le da bien solucionarlo todo a través del dinero. Marina a su madre. Capítulo 1.- Bienvenidos, secuencia inicio, 43 min. 50 s. (Madrona y Montero, 2018).

- **Marina:** Os habéis gastado una pasta en psicólogos para convencerme de que no pasa nada, de que la vida seguía, de que todo iba a ir bien, me enamoré como una imbécil de un chico, me contagié, necesito que lo digáis, dilo, dilo mamá: ¡mi hija de 16 años es seropositiva!

Actividad para aplicar con el grupo de participantes '*Aprender a expresar los sentimientos*'. Muchas veces las madres y los padres se centran en sus propias preocupaciones y se olvidan de las necesidades que tienen sus hijas e hijos. La presencia de una enfermedad pone a prueba el valor de la familia, en este caso la desestabiliza porque no entraba en sus previsiones, en cambio, debe ser un reto que la fortalezca. Por otra parte, la familia no son conscientes de que el silencio también comunica, debiéndole transmitir a la adolescente información que necesite acorde a su edad.

El hermano de Marina es quien adquiere el rol protector, le reprocha el comportamiento desenfrenado que está teniendo en una fiesta, la recuerda cuando se relacionaba con personas que según él no la convenía. Mientras, Marina quiere hacerle entender a su hermano que son prejuicios que tiene sin resolver. Capítulo 3.- Sábado noche, secuencia inicio, 19 min. 00 s. (Madrona y Montero, 2018).

- **Marina:** De verdad sigues creyendo que es una enfermedad de pobres ¿no?, a Pablo le gustaban las niñas pijas como a ti, ¿cómo te crees que se contagié?, que le puede pasar a cualquiera, es que te puede pasar a ti también, que al VIH le importa una mierda como de grande sea tu casa, cuánto dinero ganas o como de largo son tus apellidos.

Actividad edu-inclusiva para desarrollar con el grupo de participantes: '*Prejuicios que tiene la sociedad sobre el VIH/sida*' siendo el origen el desconocimiento.

A continuación se indica la reacción de su amigo Samuel cuando Marina le dice que es seropositiva. Secuencia de Samuel y Marina. Capítulo 3.- Sábado noche, secuencia inicio, 42 m : 30 s. (Madrona y Montero, 2018).

- **Samuel:** Me pasé con el vino, con el vodka con todo el alcohol, porque lo que quería es que me hiciera más valiente, pero lo único que me hizo fue vomitarte, porque quería coger fuerzas para decirte que me gustas Marina.

- **Marina:** Samuel yo no te convengo, hay cosas de mí.

- **Samuel:** Que cosas, que cosas.

- **Marina:** Tengo VIH soy seropositiva.

- **Samuel:** No sé qué decir.

- **Marina:** No importa, me conformo con que no digas nada a nadie.

Mesosistema

Conexión entre las estructuras del microsistema de la adolescente, entre el amigo de Marina y su hermano. A pesar de Marina decirle que no lo cuente, al momento Samuel se lo dice a su hermano Nano. Capítulo 3.- Sábado noche, secuencia inicio, 46 m : 25 s. (Madrona y Montero, 2018).

- **Samuel:** (Llora emocionado) Marina.

- **Nano:** ¿Qué pasa con Marina?.

- **Samuel:** Que es seropositiva Nano, y lo peor de todo no es eso, lo peor de todo es que me he quedado parado y no he sabido cómo reaccionar, en vez de decirle que no me importa y aparte hoy en día no pasa nada, porque me he estado informando en internet, y hoy en día no pasa nada por ser seropositiva, pero en lugar de eso, me he quedado como un idiota mirándola.

Actividad edu-inclusiva para aplicar con el grupo 'Educar en empatía', la importancia de comprender lo que la otra persona siente.

Microsistema

Marina siente la necesidad de contar en clase su estado, ya que muchos de sus compañeros se han enterado. Capítulo 5.- Todos mienten, secuencia inicio, 16 m : 30 s. (Madrona y Montero, 2018).

- **Nadia:** Marina ¿tienes VIH?.

- **Marina:** Me contagié hace un año y algo, más o menos, y bueno supongo que esto dará muchísimo de que hablar y esas cosas, así que para que habléis sabiendo de lo que habláis, os digo de verdad que no os tenéis que preocupar por mí. Tomo mi medicación y el virus que tengo es indetectable en la sangre, así que significa que no os podéis contagiar.

- **Profesor:** Gracias Marina, hace falta mucho valor para contar esto.

Actividad edu-inclusiva para aplicar con el grupo de participantes: '¿Qué es ser VIH indetectable?'

Macrosistema

El grupo de amigos muestra tolerancia empatizando con el estado serológico de Marina y lo asumen con naturalidad. Los intérpretes de la serie han manifestado a los medios de comunicación que el trabajo que han realizado les ha servido para adquirir una mayor información sobre el VIH/sida, muchos sabían lo que era el virus pero no lo que es vivir con ello hoy en día.

Cuando se trabajan lecturas de textos audiovisuales y se visionan, convergen multitud de elementos sensoriales, se trastea a través del backstage de la imagen para adquirir un mayor conocimiento del contenido de la secuencia, combinando el sumatorio de lo afectivo con lo cognitivo. Ferres (1994) sobre la lectura crítica del film destaca los estudios de (Alcocer y Úrbez, 1976) en el análisis de series de televisión por medio de tres apartados: lectura situacional, lectura fílmica y lectura valorativa. Siendo adecuadas para aplicarlas al contenido del estudio.

Lectura situacional: Élite (2018) está ambientada en un exclusivo instituto en el que se encuentra un grupo heterogéneo de estudiantes, del que cada uno de ellos tiene falta o ausencia de algo que le impide poder vivir mejor de lo que podría. Por ello, sienten la necesidad de descubrir su propia identidad, de explorar y vivir cosas nuevas.

Lectura fílmica: Marina es VIH indetectable siendo intransmisible. El efecto que tiene el tratamiento con anti-retrovirales no es desaparecer el virus, pero si conseguir reducir esa carga en sangre para que no sea detectable en prueba. Expertos como la Dra. Alison Rodger, investigadora de estudios sobre VIH/sida, llegó a cifrar en cero la probabilidad de transmisión sexual del VIH en parejas serodiscordantes cuando la persona con VIH tiene carga viral indetectable. Aunque el médico infectólogo Dr. Julio Cachay señala que a pesar de ser prácticamente cero en probabilidades, recomienda que es importante seguir manteniendo el protocolo de seguridad en todo tipo de relaciones (rectal, vaginal y oral).

Lectura valorativa: Élite (2018) expone un tema vital como es el VIH/sida que debe seguir siendo de actualidad en los medios. Son necesarias series que muestren a un público joven la concienciación en prevención por medio de una mayor información. A veces los adultos como se refleja en la serie, no prestan a los adolescentes la suficiente atención, ni dialogan sobre estos temas. Siendo un error, ya que por desconocimiento una pequeña imprudencia puede cambiar la vida de una persona.

Resultados

Los participantes obtienen un mayor conocimiento en el contexto ambiental y desarrollo cognitivo conductual (pensamiento y conducta). Adquieren que sobre el VIH no puede existir: falta de comunicación, ausencia de escucha o silenciarlo como tabú. Y que es importante una saludable comunicación en el ámbito familiar, no solo centrarse en lo que los adolescentes quieren escuchar sino en lo que deben de saber.

Sobre las relaciones de amistad, una vez que Marina da

a conocer en clase su estado serológico, se aprende de lo que se promueve, del comportamiento que muestran hacia ella: compañerismo, afecto, naturalidad, respeto, apego, admiración «Que no pasa nada por ser seropositiva» subraya su amigo Samuel o «Hace falta mucho valor para contar esto» indicaba su profesor.

En conocimientos sobre salud/VIH se extraen diferentes conceptos: seropositivo/a (paciente cuya sangre es infectada por algún virus), carga viral (cantidad de VIH que hay en la sangre), VIH indetectable (resultado de una prueba viral del VIH que se encuentra por debajo del nivel, siendo menos de 50 copias de virus/ml de sangre), antirretroviral (fármaco que detiene o reprime la actividad de los retrovirus como el VIH), parejas serodiscordantes (un miembro de la pareja tiene VIH y el otro no), y por último, comunicación seroestatus (dar información del estado de VIH a otra persona).

En el ambiente ecológico que se muestra por medio del macrosistema predomina: respeto, amor, libertad y tolerancia frente al VIH, siendo imprescindibles para fortalecer las relaciones humanas y alejándose del estigma social inicial de décadas anteriores. Sobre los prejuicios, desde los inicios del VIH/sida se han promovido creencias erróneas como riesgos de contagio mediante: besos, bebidas, compartir duchas o piscinas, por compañeros de trabajo infectados etc. Y sobre las personas que suelen adquirir el virus, han predominado: las personas pobres, los homosexuales, heroinómanos o prostitutas. Todo este tipo de percepciones generalizadas se han impregnado en el psiquismo de la sociedad, llevando a provocar rechazos y promoviendo entornos inseguros.

Para reducir ese estigma se extrae de las lecturas una eliminación de falsos mitos por medio de un lenguaje inclusivo. Marina ofrece naturalidad en el tratamiento excluyendo falsas creencias: «De verdad sigues creyendo que es una enfermedad de pobres» o «Le puede pasar a cualquiera».

Y finalmente, la importancia de la protección sexual por medio de sexo seguro ante enfermedades de transmisión sexual. En la adolescencia suele predominar: la vulnerabilidad, ingenuidad o excesiva confianza, por lo que se promueve la importancia de una mayor responsabilidad para poder disfrutar plenamente de esos impulsos salvajes, no controlados e imprevisibles.

Conclusiones

Existe una evolución inclusiva sobre el VIH/sida en el texto audiovisual presentado con respecto a la radiografía social inicial del estigma. Siendo un contenido enriquecedor para acercar planteamientos sobre prevención con

los post-millennials, un target que transita muy bien por las series de televisión y sobre todo las que hablan su mismo lenguaje. El VIH/sida no se fue, sigue aquí, a pesar del silencio que existe últimamente en los medios de comunicación sobre ello. Los avances médicos avanzan en mejoras de calidad de vida para las personas con VIH/sida, pero en el ámbito social existe todavía situaciones de: aislamiento, soledad, miedo a revelar el estado serológico por temor a discriminación.

La generación Z por medio del entretenimiento no perciben que están siendo educados y a través del texto audiovisual les transmiten ideas, adquiriendo un mayor conocimiento sobre el contenido, trabajando lo afectivo-motivacional (mayor interés), intelectual-cognitivo (mayor atención) y volitivo-conductual (espíritu crítico y autocrítico).

La esperanza de vida ha aumentado a lo largo de estos años en personas con VIH y por medio de una educación en salud se consigue que las personas sean más responsables, mejorando la alfabetización sanitaria y promoviendo hábitos de conductas saludables.

Referencias bibliográfica

Astudillo Alarcón, W. y Mendinueta Aguirre, C. (2008). El cine como instrumento para una mejor comprensión humana. *Revista de Medicina y Cine*, 4, 131-136.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Research perspective*, 22, 723-742.

Castro, A., y Farmer, P. (2005). El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. *Revista de Antropología Social*, 14, 125-144.

Deeks, S. G., Lewin, S. R., y Bekker, L. G. (2017). The end of HIV: still a very long way to go, but progress continues. *PLoS Med*, 14, 1-4.

Ferres, J. (1994). *Televisión y educación*. Barcelona: Paidós Iberica.

Madrona, D., (Guionista) y Montero, C. (Guionista). (2018). *Bienvenidos* [Capítulo 1]. Ramos, F. (Productor), Élite. Madrid: Zeta Producciones.

Madrona, D., (Guionista) y Montero, C. (Guionista). (2018). *Sábado noche* [Capítulo 3]. Ramos, F. (Productor), Élite. Madrid: Zeta Producciones.

Madrona, D., (Guionista) y Montero, C. (Guionista). (2018). *Todos mienten* [Capítulo 5]. Ramos, F. (Productor), Élite. Madrid: Zeta Producciones.

Montoya San Juan, A. (2016). *Enfrentando el estigma y la discriminación por VIH desde el trabajo social*. (Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra).

Núñez Ang, E. (2009). Sida y toma de conciencia: un cine comprometido. *Ciencia Ergo Sum*, 1, 41-46.

País de Lacerda, A. (2006). El cine como documento histórico: el sida en 25 años de cine. *Revista medicina y cine*, 3, 102-113.

Paterson, G. (2005). *El estigma relacionado con el Sida. Pensar sin encasillamientos: el desafío teológico*. Suiza: Alianza EcuMénica de Acción Mundial y el Consejo Mundial de Iglesias.

Pérez Ochoa López, L. (2006). Philadelphia (1993): Visión del sida cuando comenzó a tratarse. *Revista de Medicina y Cine*, 2, 21-28.

Taboada, H., García Ruíz, M., Rubio, M. D. y Cofiño Fernández F., (2005). *Cine, emoción y VIH*. Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas por el VIH-sida en Asturias (PAVSA). Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.