

# RECS - Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2020 • Volumen 11 • Número 2 • Julio – Diciembre • páginas 170 – 279

## *Editorial*

**Reflexión ante la vacuna de la COVID-19**

## *Originales*

**Influencia de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva: un abordaje cualitativo desde la perspectiva de médicos**

**Vigilancia de la publicidad de productos químicos para piscinas comercializados por internet**

**Perceções sobre o conceito de Dieta Mediterrânica e a sua evolução – perspectivas de profissionais do Algarve-Portugal**

## *Originales breves*

**Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig**

## *Revisiones*

**A produção científica sobre a comunicação na revista brasileira Interface**

**Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática**

**Las redes sociales como medio para la prevención del VIH. Una revisión sistemática**

**Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad**

**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 2020, v. 11, n. 2, páginas 170 - 279

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 Comunicación, 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

Dra. Andrea Langbecker, Universidad Federal de Bahía, Brasil

Dr. José Borja Arjona Martín, Universidad de Granada, España

Dr. Rubén Mirón González, Universidad de Alcalá, 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

Dra. Anna Sendra Toset, University of Ottawa, Canadá

## **Comité Científico**

Dr José Luis Blanco Terrón, InCom-UAB, España

Dr. Carlos Cachán-Alcolea, Universidad Nebrija, España

Dr. José Cerdán, Århus University Hospital, Dinamarca

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

Dr. Antonio Python Cyrino, Universidade Estadual Paulista, Brasil

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

Dra. Gea Ducci, Università di Urbino Carlo Bo, Italia

Dra. Petya Eckler, University of Strathclyde, Reino Unido

Dr. Edgardo Escobar, ITMS-Telemedicina, Chile

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

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

Dra. Cristina González Díaz, Universidad de Alicante, España, España

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

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

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

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

Dr. Knut Tore Lappegård, Universidad de Tromsø, Noruega

Dra. Remedios López Liria, Universidad de Almería, España

Dr. Alessandro Lovari, Università di Cagliari, Italia

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

Dra. María de Fátima Martins, Universidade do Minho, Portugal

Dra. M<sup>a</sup> 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. Doreen Reifegerste, Universität Erfurt, Alemania

Dra. Patricia Rocamora Pérez, Universidad de Almería, España

Dra. Carmen Roper Padilla, Universitat Jaume I, España

Dr. Peter Schulz, University of Lugano, Suiza

## 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](mailto:recs@uc3m.es)

### Contacto:

Prof. Dr. Daniel Catalán Matamoros

Despacho 17.2.23

Universidad Carlos III de Madrid, Calle Madrid 133

28903 Getafe, Madrid España

e-mail: [recs@uc3m.es](mailto:recs@uc3m.es) - Web de RECS y envío de artículos: <http://www.uc3m.es/recs>

## Contenidos

### Editorial

- Reflexión ante la vacuna de la COVID-19.....175

### Originales

- Influencia de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva: un abordaje cualitativo desde la perspectiva de médicos.....178
- Vigilancia de la publicidad de productos químicos para piscinas comercializados por internet.....193
- Perceções sobre o conceito de Dieta Mediterrânica e a sua evolução - perspetivas de profissionais do Algarve-Portugal.....203

### Originales Breves

- Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig.....217

### Revisiones

- A produção científica sobre a comunicação na revista brasileira Interface.....226
- Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática.....244
- Las redes sociales como medio para la prevención del VIH. Una revisión sistemática.....254
- Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad.....268
  
- Revisores que han colaborado en los años 2019 y 2020.....278



## Reflexión ante la vacuna de la COVID-1

### Reflection on the COVID-19 vaccin

Es una evidencia histórica que el uso de las vacunas ha sido polémico desde que, en 1796, Edward Jenner preconizara la vacunación masiva contra la viruela, enfermedad que estaba diezmando a la población de aquellos tiempos, argumentando los críticos de esta medida preventiva muy distintos puntos de vista en el orden científico, sanitario, político e incluso religioso. Y es que, al repelús ante las escoriaciones cutáneas necesarias para la transmisión del pus de otra persona previamente infectada de viruela bovina, se unía la creencia pseudocientífica de sus efectos malévolos, aludiendo al hecho de que lo que se inoculaba era “un producto de descomposición orgánica” y/o la inmoralidad religiosa que suponía “la transmisión de un producto de origen animal” a los vacunados, manifestaciones que fueron esgrimidas con mayor beligerancia cuando los gobiernos comenzaron a establecer la obligatoriedad de la vacuna, arguyendo sus detractores que dicha medida iba en contra de la libertad personal.

Pero que en el siglo XVIII se tuvieran estas ideas, podría estar dentro de la inculta normalidad de aquellos tiempos, en los que solo los más pudientes tenían la suerte de aprender a leer y escribir y los aún más poderosos podían llegar a adquirir algún conocimiento de prestigio; sin embargo, en este sentido, parece que nada haya cambiado o, aún peor, el cambio haya sido para empeorar las falsas creencias en cuanto a las vacunas, pues ya no son parlanchines de elixires quienes arremeten contra su uso, sino que son muchos los titulados universitarios precursores de la no-vacunación aunque, a mi modesto entender, esta actitud sea tan pseudocientífica como la de aquellos iletrados de hace más de doscientos años.

No se ha ideado aún ninguna manera más efectiva y positiva de luchar contra las epidemias que el empleo de las vacunas y, para demostrarlo, recordaremos algunos hechos verdaderamente históricos.

Fue en 1796 cuando el pequeño de tan solo 8 añitos de edad, James Phipps, fue inoculado por el investigador, médico rural y poeta Edward Jener, con exudado procedente de las pústulas de viruela de una ordeñadora de vacas, experimento que daría origen a las “vacunas” y que abría una era importantísima en la prevención de las enfermedades, pues con esta medida, se comenzó la lucha contra una enfermedad, ya conocida en el imperio

faraónico, de elevada tasa de mortalidad (alrededor de un 30 %), especialmente elevadas en bebés, que a los supervivientes dejaba cicatrices por todo el cuerpo y, en algunos casos, ceguera (Hays, 2005; Henderson, 2011).

La viruela, de etiología desconocida, se propagaba por brotes periódicos, calculándose que llegó a producir en la Europa del siglo XVIII unas 400.000 muertes cada año y estimándose que tan solo en la mitad del siglo XX, fuera causa de hasta 300 millones de muertes, llegando a los 500 millones en los últimos cien años de su existencia, cantidad nada desdeñable si tenemos en cuenta que en 1967, apenas una década antes de su último registro, se reconocieron 15 millones de casos (Henderson, 2010).

Los programas de vacunación masiva llevados a cabo por la OMS a propuesta de la Unión Soviética desde 1967, han conseguido que a finales de 1980 se declarara oficialmente la erradicación de esta enfermedad, que junto a la peste bovina son las dos únicas enfermedades que se han logrado erradicar hasta hoy (Guidotti, 2015; Roossinck, 2016).

Por su parte, la difteria, a principios de siglo era la décima causa de muerte en el mundo, estimándose 1 millón de casos de difteria al año que producían entre 50.000-60.000 muertes anuales. En los Estados Unidos produjo 206.000 casos en 1921, con un resultado de 15.520 muertes (una proporción de un 7.5% entre casos y muertes). Tras la puesta en marcha de la vacunación antidiftérica en la década de los años veinte, se consiguió que entre los años 2004 y 2008, no se haya producido ni un solo caso en aquel país, aunque la enfermedad sigue presente a nivel mundial, habiéndose informado en 2007 de 4.190 casos de difteria en todo el mundo que, aunque el número pueda ser mayor e indica que aún no se ha erradicado, no deja de ser un esperanzador resultado de la vacuna (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2020).

Abundando en la historia de las vacunas, citaremos

No se ha ideado aún ninguna manera más efectiva y positiva de luchar contra las epidemias que el empleo de las vacunas

a la poliomielitis, enfermedad con frecuentes y terribles consecuencias paralizantes que, a veces, producen la muerte a quienes la padecen y que en la década entre 1940 y 1950, paralizó y mató a miles de niños.

El uso en 1954 de la vacuna anti poliomielítica inyectable, ideada por Jonás Edward Salk, ya comenzó a controlar esta horrible enfermedad, control que aún fue mejorado con la vacuna oral creada por Albert Bruce Sabin, cuyo uso fue autorizado en 1964. Las campañas masivas de vacunación llevada a cabo, han conseguido que en 2002 la OMS declarara a la Región Europea, constituida por cincuenta y un países y 850 millones de habitantes, libre de la poliomielitis, siendo el último de los casos registrados el de Turquía en noviembre de 1998 (García-Sánchez et al., 2015).

Y podríamos continuar, citando los indudables beneficios de las vacunas contra otras enfermedades, como la tosferina, el tétanos, la parotiditis, el sarampión, la varicela, la rubéola, la gripe estacional, la enfermedad neumocócica, el rotavirus o las hepatitis A y B, pero no es el objetivo de este editorial.

Es indudable, por tanto, admitir el magnífico rol llevado a cabo por las distintas vacunas, sin embargo, a pesar de que todas ellas son seguras, no están exentas de riesgos. Cada vacuna, cuyo uso se aprueba por las oficinas competentes (FADA, en USA, o Agencia Europea del Medicamento, en Europa), ha sido previamente sometidas a pruebas rigurosas a través de las diferentes fases de los ensayos clínicos, continuando su evaluación regular incluso cuando ya está comercializada; en estas evaluaciones, los investigadores continúan analizando la información procedente de diferentes fuentes en busca de indicios de algún efecto adverso o reacción imprevista atribuible a cualquier aspecto relacionado con la vacuna.

No obstante, y aun admitiendo esos posibles riesgos, elegir la inmunización natural, es decir, esperar a padecer la enfermedad para que el cuerpo produzca sus defensas contra ella y nos inmunice, opción preconizada por los grupos anti vacunas, hemos de mostrar nuestro desacuerdo, pues es mayor el riesgo al que se exponen las personas que optan por ese tipo de inmunización que el que pueda producir una vacuna; por ejemplo, no es comparable la fiebre más o menos alta, el dolor de cabeza y el malestar general, que como efecto adverso pueda producir una vacuna contra la poliomielitis, que las parálisis que puede producir la propia enfermedad, debiendo también tenerse en cuenta que si bien es verdad la excepcionalidad de una muerte debido a una vacuna, no son excepcionales los casos de muertes en los no vacunados.

Ayer, sin ir más lejos, corría en las redes sociales un vídeo donde un ciudadano, evidentemente anti vacunas, recalca que existen dos acuerdos por los que nadie podrá ser obligado a ser vacunado, el acuerdo de Núremberg, de 1947 y el de Bioética de 2005, coincidiendo ambos en que “nadie puede obligarte a seguir un tratamiento ni a meter nada en tu cuerpo sin tu consentimiento. Y el de 2005 es todavía más explícito, pues dice que sin tu consentimiento y sin perjuicio para la persona que se niega” (sic), explicando que no se podrá impedir el acceso al trabajo, colegio o cualquier otro lugar a las personas que no deseen vacunarse.

Sin entrar a analizar lo dicho en los citados acuerdos, en España existen bases legales para decretar obligatoria la vacuna anti Covid, como cualquier otra en casos especiales, en atención a lo dispuesto en las vigentes Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional, y Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, si bien son muchos los juristas que aconsejan la adopción de medidas que favorezcan la vacunación voluntaria, ya que la vía impositiva implica evidentes riesgos de que el efecto sea contrario al propuesto.

Yo, tristemente contrariado porque algunos compañeros sanitarios se han sumado a ese carro anti vacuna, espero ilusionado la tan anunciada llegada de esas vacunas anti Covid y deseo fervientemente ser considerado grupo de riesgo – me da igual si como sanitario o como anciano – para que se me vacune cuanto antes, pues, como dijera el filósofo cordobés Lucio Anneo Séneca, “Cuando se está en medio de las adversidades, ya es tarde para ser cauto”.

## Referencias bibliográfica

- Asociación de Médicos de Sanidad Exterior. (2020). Recuperado de <https://www.amse.es/informacion-epidemiologica/79-difteria-epidemiologia-y-situacion-mundial/>. (Consultado el 04/12/2020)
- García-Sánchez, J.E., García-Sánchez, E., García-Merino, E., & Fresnadillo-Martínez, M.J. (2015). La

Como dijera  
el filósofo  
cordobés Lucio  
Anneo Séneca,  
«Cuando se está  
en medio de las  
adversidades, ya  
es tarde para ser  
cauto».

polio, el largo camino hacia el final de la partida.  
*Enfermedades Infecciosas y Microbiología  
Clínica*, 33(10), e69-e78. doi: 10.1016/j.  
eimc.2014.10.005

Guidotti, T.L. (2015). *Health and Sustainability: An  
Introduction*. Oxford, EUA: Oxford University Press.  
doi:10.1093/acprof:oso/9780199325337.001.0001

Hays, J.N. (2005). *Epidemics and pandemics: their  
impacts on human history*. California, EUA:  
ABC-Clío. Recuperado de: [https://books.google.es/  
books?id=BG72DwAAQBAJ&hl=es](https://books.google.es/books?id=BG72DwAAQBAJ&hl=es).


Henderson, D.A. (2010). Smallpox: The Death of a  
Disease: The Inside Story of Eradicating a Worldwide  
Killer. *American Journal of Epidemiology*, 171(3),  
384-385.

Henderson, D.A. (2011). The eradication of smallpox-  
an overview of the past, present, and future.  
*Vaccine*, 29(Suppl 4), D7-9. doi: 10.1016/j.  
vaccine.2011.06.080.

Roossinck, M.J. (2016). *Virus: An Illustrated Guide  
to 101 Incredible Microbes*. Princeton, EUA:  
Princeton University Press.

### **Miguel Muñoz-Cruzado y Barba**

Presidente de la Asociación Española de Comunicación  
Sanitaria (AECS)

 [mmunozcb@gmail.com](mailto:mmunozcb@gmail.com)



## Influencia de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva: un abordaje cualitativo desde la perspectiva de médicos

### Influence of the mass media on defensive medical practice: a qualitative approach from the perspective of doctors

Laura Elizabeth Velázquez Tamez<sup>a</sup>

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

#### Resumen

**Introducción:** Los medios de comunicación y el rápido acceso a la información han transformado la relación médico-paciente. La práctica médica defensiva es una modificación negativa de dicha relación, en la que están involucrados diversos factores, entre ellos, la influencia de los medios de comunicación sobre la persona del médico y sobre el paciente. **Objetivo:** Este trabajo pretende explorar, desde la perspectiva del médico, la posible influencia de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva en el contexto de la atención a pacientes con diabetes tipo II. **Metodología:** Investigación cualitativa con entrevistas en profundidad desarrollada con médicos que ejercen en consulta pública y/o privada en la ciudad de Monterrey, México. **Resultados:** La investigación revela tres categorías de análisis y 23 subcategorías. Dos de estas subcategorías tienen estrecha relación con los medios de comunicación y la práctica médica defensiva. **Conclusión:** La práctica médica defensiva podría reducirse cuando, por un lado, el médico no teme ser demandado y actúa con seguridad, y por el otro, el paciente asume su responsabilidad y trabaja de manera coordinada con su médico. En ambos sujetos de la relación clínica los medios de comunicación pueden influir notablemente.

Palabras clave: medios de comunicación; práctica médica defensiva; relación médico-paciente; investigación cualitativa.

#### Abstract

**Introduction:** The media and rapid access to information have transformed the doctor-patient relationship. Defensive medical practice is a negative change of this relationship, in which various factors are involved, including the influence of the media on the person of the doctor and on the patient. **Objective:** This paper explores, from the physician's perspective, the possible influence of mass media on defensive medical practice in the context of care for patients with type II diabetes. **Methodology:** qualitative research with in-depth interviews with physicians who practice in public and / or private consultation in Monterrey, México. **Results:** The research yielded three categories of analysis and 23 subcategories. Two of these subcategories are closely related to the media and defensive medical practice. **Conclusion:** Defensive medical practice could be reduced when, on the one hand, the doctor is not afraid of being sued and acts safely, and on the other, the patient assumes his responsibility and works in a coordinated manner with his doctor. In both subjects of the clinical relationship, the mass media can have a significant influence.

Keywords: Mass media; defensive medicine; doctor-patient relationship; qualitative research.

## Introducción

### *Práctica médica defensiva y medios de comunicación*

Según estableció la Organización Panamericana de la Salud (1986), a través de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, esta consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, resalta que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, pues precisa que entre otros actores, los medios de comunicación también juegan un papel importante. Es por ello que en este artículo se aborda la influencia de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva, un fenómeno social que impacta en la forma en la que las instituciones de salud prestan el servicio a través del actuar de los médicos que las conforman.

Se toma como un primer referente teórico la teoría de la *agenda setting*, concretamente, la teoría del *priming* que surge como una evolución de la teoría de la *agenda setting* y que según refiere Álvarez-Gálvez (2012), se origina en parte de la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura (1977) y se centra justamente en ese establecimiento de la agenda por parte de los medios. Desde esta perspectiva teórica, los medios de comunicación establecen cuáles son los temas de interés e “influyen en la capacidad de evaluar las informaciones mediante la activación de cogniciones y sentimientos semánticamente relacionados a los estímulos presentados en los media (...) [donde] los medios influyen los modos de juzgar la información del público” (Álvarez-Gálvez, 2012, s.p.). A partir de esto, ciertas conductas del paciente se pueden influir en función de lo que ven y escuchan en los medios de comunicación, también, de manera indirecta, se predisponen las recurrencias del médico hacia la práctica médica defensiva.

Los medios de comunicación y el relativo fácil acceso a la información de las personas para acceder a contenidos e información sobre cualquier cantidad de temas ha contribuido a transformaciones importantes, en el ámbito político, educativo, social, etcétera. Este acceso también ha transformado la relación médico-paciente de varias maneras, de tal suerte que los medios de comunicación se constituyen como un elemento importante que juega una posición dentro de la práctica médica defensiva. Aunque esto no se ha documentado en la literatura que explora la práctica médica defensiva en México, se precisa importante analizar esta relación.

Actualmente, la información sanitaria está, en gran

medida, en manos de periodistas (Mones-Xiol, 2004). Refiere Apezteguía (2016) que médicos y periodistas se necesitan mutuamente, no obstante destaca que médicos y periodistas proceden de mundos radicalmente distintos que hace que esa diferencia les genere desconfianza a los médicos. Según este autor, el periodista ve el aquí y el ahora, la información es inmediata, se es o no se es, se está o no se está, no hay términos medios dice el autor, mientras que el médico ve su quehacer como un arte que requiere profunda reflexión y que no asegura nunca un resultado certero. Por otro lado, Sánchez (2010, p.68) destaca que “tanto la salud como la enfermedad han de ser tratadas en los medios de comunicación trabajando en equipo entre los profesionales de los medios y los profesionales sanitarios en su conjunto”.

Ahora bien, el concepto de práctica médica defensiva hace referencia al empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica (Tancredi, 1978). Estas acciones tienen como principal propósito el defender al médico de la crítica, contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias, anteponiendo este interés al diagnóstico o el tratamiento del paciente (Sánchez-González, Tena-Tamayo, Campos-Castolo, Hernández-Gamboa, y Rivera-Cisneros, 2005).

Por otro lado, la tecnología y el acceso a la información no hace disminuir el índice de demandas hacia los médicos, sino que esto hace tender hacia la práctica médica defensiva debido al tipo de relación médico-paciente que ha surgido a raíz de estos cambios sociales y tecnológicos (Ortega, 2002).

Actualmente, los médicos se sienten amenazados por sus pacientes, lo cual los ha llevado a contratar seguros para la práctica de su profesión y se destaca que “los medios de comunicación juegan un papel relevante en el cambio de actitudes” (Vargas, 2004, p.15). Además, en los últimos años se ha debilitado la relación médico-paciente, ya no se basa en la confianza mutua, sino que ahora existe desconfianza y el profesional de la salud teme al reclamo (Dávila, 2018). El acceso a la información ha vuelto al paciente más exigente (Cote & García, 2002). Por lo tanto, es aquí donde surgen los cuestionamientos sobre la importancia de la comunicación en la relación médico-paciente, y como a su vez, los medios de comunicación pueden impactar en la conducta del médico y del paciente, y esto favorecer las conductas defensivas en el médico.

Pero, ¿Cuál es la influencia de los medios de comunicación sobre los médicos y sobre los pacientes? ¿Qué relación guardan los medios de comunicación con el fenómeno de la práctica médica defensiva?

## Los medios de comunicación y su influencia sobre los pacientes

Actualmente los pacientes tienen mayor acceso a medios de Comunicación. Esto impacta no solo en lo que escuchan y aprenden sobre el cuidado de su salud, sino en cómo interactúan con su médico. En este sentido, el acceso a la información provoca que soliciten al médico estudios sofisticados que escuchan en los medios que son infalibles, aun sin tener una justificación médica, y cuando el médico no accede a esta petición, surgen las inconformidades (Guzmán, Shalkow, Palacios, Zelonka, & Zurita, 2011). Este aumento de quejas y demandas condiciona a su vez la práctica médica defensiva.

El acceso a la información empodera a las personas, incluidos los pacientes, pero lo más común es encontrar que los pacientes buscan informarse únicamente sobre sus derechos – ignorando que también el médico los tiene – además de que suelen buscar información médica sobre su padecimiento antes de acudir a consulta con el especialista, lo cual puede dificultar la comunicación en la relación médico-paciente. Vemos como el paciente quiere hacer valer sus derechos ante el médico y el médico siente temor ante cualquier acción jurídica en su contra debido a que el paciente ya no es un ente sumiso ante el diagnóstico y la atención que le brinda el médico y ahora cuestiona lo que le indica (Dávila, 2018).

Por otro lado, hay otro punto en la que los medios de comunicación ejercen influencia en los pacientes y que de manera indirecta termina impactando en la práctica médica defensiva, este es: la responsabilidad del paciente en el cuidado de su salud. Este impacto se acentúa en los pacientes que padecen diabetes tipo II, como a continuación se expresa. En este sentido, los pacientes pueden aprender, a través de estos medios de comunicación, hábitos y costumbres poco saludables que perjudican su salud y que se promueven en los medios, principalmente la televisión. Luego, cuando el paciente no obtiene los resultados deseados en su salud o ésta se complica, culpa al médico y no concibe en que han sido sus acciones y la falta de cuidado en su salud lo que en algunos casos, lo han predisposto a un mal resultado.

Los medios de comunicación tienen impacto en la salud colectiva e individual y se constituyen como poderosas herramientas para transmitir mensajes y a través de ellos promover valores y conductas de riesgo en la población, no siempre son para cuidar su salud sino que responden a intereses políticos y económicos de grandes corporaciones y en algunos casos a poderes políticos mundiales (Feo & Feo, 2013; Sánchez, 2010). En este sentido, un problema de salud como el rápido

aumento de la población con diabetes tipo II a nivel mundial, se explica, en parte, por el aumento de alimentos poco saludables que se anuncian en los medios de comunicación y que son parte de una cultura de *fast food* promovida por industrias transnacionales a través de la publicidad. Según Mosquera (2008) los comerciales transmitidos en los *mass media* son influyentes para que, en aras de la globalización, se aumente el consumo de alimentos poco saludables.

Ahora bien, el paciente que acude al médico por una complicación de la diabetes tipo II, o por cualquier otro padecimiento relacionado o no con esta enfermedad, tiene un deseo y una necesidad. Por un lado, el paciente quiere recuperar cuanto antes su estado óptimo de salud, por lo que acude al médico con altas expectativas como consecuencia de lo que ha observado en los medios de comunicación y series de televisión. Las series televisivas de médicos que “todo lo pueden” han contribuido a crear este imaginario. Por otro lado, la difusión de la medicina como “una ciencia sin límites” dificulta que los pacientes asimilen que, a pesar de los avances, aún existen límites en la ciencia médica y que además, los resultados a menudo están influidos por su disposición, disciplina y autocuidado para seguir un tratamiento, aunado a otros factores fisiológicos que predisponen hacia algún resultado en el paciente. Según investigadores, se denota una falta de objetividad en los medios, “hay muchos espectáculos o shows médicos en televisión y anuncios en medios de comunicación, que ofrecen al paciente (...) información, pero muy poca realidad” (Sánchez, 2013, p.164).

Algunos medios de comunicación utilizan más el aspecto emocional que la reflexión, y esto representa un gran riesgo para los pacientes al presentarles información médica que no es objetiva (Poletti, 2014). La falta de objetividad en la información en temas de salud que se presenta en los medios de comunicación también tendría otra influencia sobre la práctica médica defensiva, como a continuación se expone. En este caso, cuando se presenta en los medios de comunicación una noticia por una supuesta negligencia médica, se atrae la atención de la población y el medio de comunicación que presenta la noticia recibe mayor audiencia, y lo que tal vez no era una negligencia se convierte así en “la nota del día”. Este hecho tiene efectos negativos, porque va más allá de defender la libertad de expresión y el derecho a estar informados, ya que por esto las personas desconfían de médicos y hospitales, aunado a que se daña severamente el prestigio profesional del médico, además de que los médicos que observan a un colega exhibido en los medios tienden hacia la práctica médica defensiva por el temor a ser demandados y expuestos.



### *Influencia de los medios de comunicación en el estilo de consulta del médico*

Los medios de comunicación ejercen influencia en el médico e impactan en su práctica médica. Se aprecia una tendencia de los medios de comunicación para difundir noticias sobre aparentes errores médicos cuando éstos en realidad no han sido comprobados mediante un juicio, lo cual exalta el morbo y lo que se pretende es incrementar la venta en los diarios o el ranking en las cadenas televisivas (Guzmán, Shalkow, Palacios, Zelonka, & Zurita, 2011). Esto incentiva la práctica médica defensiva. La experiencia de una demanda en el médico o que involucre a uno de sus colegas promoverá las conductas defensivas a largo plazo (Sánchez-González, Tena-Tamayo, Campos-Castolo, Hernández-Gamboa, & Rivera-Cisneros, 2005).

Por tanto, cuando el médico ve en los medios de comunicación que un colega es demandado, exhibido y afectado en su prestigio profesional, se está incentivando la práctica médica defensiva del médico que observa y aprende esto en los medios de comunicación. En este caso, existe una especie de aprendizaje por observación en función del contexto en el que el médico se desenvuelve, se hace referencia entonces a esa influencia ambiental según la teoría de Bandura (1977) que explicaría el por qué el médico modifica sus acciones a partir de sus experiencias personales pero también a partir de las conductas que observa en otros médicos.

Las acciones que caracterizan la práctica médica defensiva las interioriza el médico con fuerza como una forma de protección para no ser demandado, no aparecer señalado en los medios de comunicación y no sufrir las afectaciones económicas, sociales, personales y laborales de una demanda en su contra. Al respecto, Dávila (2018) sostiene:

Los medios de comunicación se encargan de divulgar estas noticias de manera amarillista, siempre en detrimento del médico, sin tener —en la mayoría de los casos— la información precisa del asunto, pues lo que les interesa es vender, sin importar los daños que le pueden ocasionar al profesional. La nueva actitud que han tomado los médicos al ofrecer los servicios de atención médica ha sido consecuencia del aumento en las demandas (p. 58).

Los investigadores refieren los contextos de otros países latinoamericanos como “campañas hostiles” de los medios de comunicación en contra de la profesión médica (Franco, Denis, Morel, Solalinde, Ferreira, & Díaz, 2018). Arimany (2007) destaca que los medios de comunicación contribuyen a difundir una imagen de la profesión que no siempre es la mejor, esto hace que

los pacientes presenten más quejas y esto a su vez condiciona al médico a una actuación en la práctica profesional de más seguridad que lo conlleva a solicitar pruebas y procedimientos diagnósticos adicionales que caracterizan la medicina defensiva.

La recolección de datos de esta investigación se desarrolló en Monterrey (México) en el año de 2018. Durante ese tiempo, la noticia referente a un médico de Oaxaca (México) acusado de homicidio doloso contra un menor que atendió por una lesión en el brazo izquierdo en un hospital público de México, se instaló en el centro de las discusiones de la opinión pública, en el ámbito legislativo y político (Ralis, 2018). La comunidad médica en México se sintió agraviada y se realizaron, en diversas ciudades del país, plantones, paros de labores y marchas en apoyo al médico traumatólogo de Oaxaca. En esta ocasión era el apoyo social a un médico acusado penalmente y no la crítica severa hacia ellos por una presunta negligencia lo que ocupaba el centro de las discusiones en los medios de comunicación.

Se destaca que en los discursos de los médicos entrevistados para esta investigación aparecían referencias al caso de Oaxaca. Por lo que una vez concluida la investigación mayor y tras el análisis de los resultados, se consideró profundizar el abordaje de la práctica médica defensiva desde los medios de comunicación y su influencia sobre el médico y sobre el paciente, con un referente teórico-conceptual desde la comunicación en salud.

## **Metodología**

### *Diseño de investigación*

Se siguió una metodología cualitativa con entrevistas en profundidad, acorde a un diseño metodológico de teoría fundamentada. Los datos se analizaron conforme se avanzó la investigación y desde nuevas perspectivas teóricas, buscando comprender con apertura epistemológica el discurso del médico, el abordaje ha sido transdisciplinario.

La triangulación teórica ha sido clave para toda la investigación. La autora de este trabajo de investigación tiene formación académica en la ciencia del derecho, la comunicación y la educación. Es preciso destacar lo que menciona Escalante (2011, p. 151): “no podemos conocer nunca la realidad; solamente podemos tener interpretaciones de la realidad, y por tanto nuestras ideas determinan lo que conocemos”. Estas ideas son los referentes teóricos que permiten orientar esta investigación y posibilitan la redacción de este manuscrito.

La investigación permitió comprender elementos

relacionados a la medicina defensiva, y uno de ellos, no menos importante que el resto que se lograron identificar, es la influencia de los medios de comunicación en este fenómeno.

Una de las preguntas que guiaron la investigación fue la siguiente: ¿De qué manera le influye al médico la difusión de las noticias en contra de médicos procesados por supuestas malas prácticas? Al cuestionar a los sujetos participantes aparecían en el discurso del médico varias alusiones al caso de Oaxaca antes mencionado. Del análisis de las respuestas a esta pregunta se elabora el presente manuscrito. El resto de las preguntas utilizadas en el instrumento giraban en torno a aspectos jurídicos y sociales relacionados a la práctica médica defensiva cuyos resultados han merecido un abordaje específico en otros foros por parte de la autora de esta investigación (Velázquez-Tamez, 2019, Velázquez-Tamez, 2020).

De esta manera, se destaca que la investigación mayor de donde emana este manuscrito ha seguido un proceso continuo de reflexión y análisis, antes durante y después de concluir la recolección de los datos. Incluso, después del análisis del aspecto jurídico, social y educativo del tema de estudio: la práctica médica defensiva, se consideró oportuno y necesario analizar el papel de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva desde teorías de la comunicación en una mediana profundización del tema a partir de los datos obtenidos.

Tal como señala Hernández (2014, p. 188) la investigación que se sigue bajo un paradigma cualitativo representa un trabajo de análisis continuo:

La investigación cualitativa abarca distintas fases no conteniendo un inicio y un fin claramente definido. Estas fases se entremezclan continuamente produciendo lo que ha sido denominado por diversos autores como una espiral auto-reflexiva continua (Carr & Kemmis, 1988; Denzin & Lincoln, 2012; Lewin, 1946).

### *Sujetos participantes y tamaño de la muestra*

El muestreo fue propositivo e intencional, los sujetos participantes fueron 30 médicos de diversas especialidades que ejercen en consulta pública y/o privada en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México (15 médicos de hospitales públicos, 12 médicos de institución privada y tres participantes que al momento de la entrevista mencionaron desempeñarse como médicos en institución pública y privada de manera simultánea). El tamaño de la muestra no se determinó a priori sino que la investigación continuó hasta lograr a saturación teórica, siguiendo lo recomendado por Hernández, Fernández, y Baptista (2015), así como Taylor y Bogdan (2000).

### *Procedimiento y análisis*

En una primera etapa, las entrevistas con los médicos fueron grabadas, transcritas y codificadas en forma manual; la autora y responsable del estudio ha diseñado las preguntas (60), realizado las entrevistas (30), y de su análisis se han derivado las categorías que se enuncian en la tabla 1 y los resultados que se precisan. En una segunda etapa, se ha profundizado sobre una de las categorías de análisis y se ha hecho uso del software Atlas. Ti para apoyar esta parte de la investigación.

Es decir, una vez que las entrevistas se transcribieron como texto se exploraron los conceptos ofrecidos por los participantes, profundizando en la relación de los medios de comunicación sobre el fenómeno que se analiza: la práctica médica defensiva.

Cabe señalar que este manuscrito representa una parte de dicha investigación y una parte de los resultados obtenidos de la investigación mayor, en la que también se exploraron otros aspectos –educativos, jurídicos y sociales– que también tienen algún tipo de influencia sobre la práctica médica defensiva.

En la investigación mayor se les preguntó a los médicos, entre otras cosas, si consideraban suficientes los conocimientos que tenían respecto al derecho a la salud, sobre los derechos de los pacientes, de sus derechos como médicos, y también sobre el desarrollo de estrategias comunicativas para mejorar su relación con el paciente, en reiterados momentos aparecían en el discurso del médico alusiones a los medios de comunicación.

Para la elaboración de este trabajo se ha seguido la codificación axial y selectiva sugeridas por Strauss & Corbin (2002). La visión del investigador están representados, en este abordaje, desde un referente teórico específico, de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva para explicar un fenómeno más complejo en el que intervienen además otros factores que se muestran en la tabla 1. Ha sido de especial utilidad el partir de un diseño metodológico basado en teoría fundamentada, toda vez que bajo este diseño, “el investigador puede fracturar los datos de diferentes maneras de modo de lograr una mayor comprensión de las categorías, sus propiedades y sus inter-relaciones” (Escalante, 2011, p. 148).

### **Resultados**

Los resultados se muestran en tres categorías y 23 subcategorías de análisis que denotan la complejidad de la práctica médica defensiva, que abarca aspectos educativos en la formación del médico, las instituciones de salud, los medios de comunicación y el marco jurídico que regula el derecho a la salud, entre otros. La práctica



médica defensiva es un fenómeno social que debe abordarse desde diversas disciplinas para así proponer soluciones desde diversas áreas del conocimiento.

Por ahora y en atención a los alcances de este manuscrito, el análisis se centra en los medios de comunicación y los resultados que se presentan son los que corresponden al objetivo enunciado.

Para comprender la relación entre los múltiples

factores que inciden en la práctica médica defensiva, se ha considerado oportuno presentar la tabla 1. Dentro de la categoría número uno, definida como “derecho a la salud desde la perspectiva del médico”, se ubican dos subcategorías que guardan relación con los medios de comunicación y la práctica médica defensiva. De esta manera, este manuscrito se desarrolla a partir del análisis de las subcategorías tres y cinco de la tabla 1.

**Tabla 1.** Resultados de la investigación “Implicaciones del derecho a la salud y recurrencias hacia la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II”.

Categorías resultantes	Subcategorías
1.-Derecho a la salud desde la perspectiva del médico	1. Definen el derecho a la salud en términos de acceso y cobertura. Desconocen el marco jurídico aplicable.
	2. Desean una mejora del sistema de salud y una revisión de la legislación de la materia.
	3. Consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad.
	4. Critican el sistema de impartición de justicia para procesar a los médicos por una mala praxis.
	5. Culpan a los medios de comunicación de mal informar al paciente con diabetes.
2.-Emociones y motivaciones en el discurso médico	6. Poseen sentido de altruismo que asocian con su vocación.
	7. Intentan mantener sus emociones distantes de su práctica médica pero no siempre lo logran.
	8. Se motivan con el agradecimiento del paciente.
	9. Atribuyen al paciente un papel protagónico.
3.-De las recurrencias de la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con Diabetes tipo II	10. Buscan la mejora continua conformando comunidades de aprendizaje con otros médicos.
	11. Se sienten vulnerables y desconfían del paciente, esto se acentúa tratándose de instituciones públicas.
	12. No hay un uso indiscriminado de apoyos tecnológicos para apoyar decisiones sino un uso racional en función de las necesidades del paciente y de la disponibilidad de los recursos.
	13. Consideran que es aconsejable terminar la relación médico-paciente cuando el paciente muestra una actitud de desconfianza en la consulta.
	14. Visualizan el consentimiento informado y el expediente clínico como herramientas para defenderse legalmente de una eventual demanda.
	15. Consideran necesario recibir capacitación jurídica y enseñanza de estrategias comunicativas para la comunidad médica.
	16. No evaden atender urgencias o a pacientes con complicaciones.
	17. Les disgusta ser cuestionados y/o desobedecidos por los pacientes.
	18. Dedicar más tiempo a la consulta de un paciente con diabetes.
	19. Citan al paciente con diabetes con mayor frecuencia pero solo acude cuando se complica su estado de salud.
	20. Previenen el conflicto con una buena comunicación, la consideran base de la relación.
	21. Buscan el trato personal y directo con el paciente.
	22. Procuran conocer el contexto emocional, familiar y social del paciente.
	23. Informan al paciente con tacto matizando la información respecto a su padecimiento.

A su vez, los resultados de la investigación, desde el abordaje de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva, se presentan en la tabla 2. Estas dos subcategorías son: a) Los médicos consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad (subcategoría número tres de los resultados generales de la investigación presentados tabla 1) y, b) Los médicos culpan a los medios de comunicación de mal informar al paciente (subcategoría número cinco de los resultados generales de la investigación presentados en la tabla 1).

La subcategoría de análisis número tres enunciada en la tabla 1 es una de las dos que conforman el eje de este manuscrito. En esta subcategoría se obtiene que desde la perspectiva de los médicos, los medios de comunicación y las instituciones creadas para dirimir conflictos no son objetivos. A continuación, se reproducen fragmentos de lo enunciado por los médicos al respecto durante las entrevistas:

Las instituciones dan más difusión cuando están defendiendo algún paciente por una supuesta negligencia en contra de algún médico y para esto han contribuido también los medios informativos, de que hay algún caso de una supuesta negligencia y se hace todo un show y al que acusan siempre es al médico pero realmente no conocen el caso al cien por ciento nada más se basan en lo que dijo el familiar o el paciente sin tomar en cuenta el expediente médico en sí (Médico entrevistado consulta pública y privada).

Al final son instancias que están ahí coludidas, yo creo que en la mayoría de las veces les dan por el lado del paciente sin investigar a fondo todo el caso (Médico entrevistado consulta pública).

Según la perspectiva de los médicos, se difunden y protegen solo los derechos del paciente y no los del médico, como se puede apreciar en su discurso.

Tenemos derecho a que nos respeten principalmente porque se pierde mucho ese respeto, creo que ni el paciente ni el médico esta superior uno del otro, creo que cada quien tiene su lugar y me enfoque sería más al respeto por que se ha perdido demasiado eso en este gremio, yo creo que ya no tenemos mucho respeto (Médico entrevistado consulta pública y privada).

Últimamente se ha visto que por proteger los derechos del paciente se violan los derechos de los médicos entonces creo que son algo parciales (Médico entrevistado consulta privada).

Los resultados muestran también que los médicos se sienten vulnerables y temen ser demandados por sus pacientes debido a, entre otras cosas, los casos que se difunden en los medios de comunicación de médicos procesados por presuntos casos de malas prácticas.

A partir de lo que paso con el médico de Oaxaca, que lo encarcelaron, siento que los pacientes llegan muy exigentes entonces eso no te permite trabajar de una manera libre, se está viviendo una situación que antes no se vivía, antes nosotros veíamos al paciente, trabajábamos en el diagnóstico y nos han formado en la manera de que como llenar bien el expediente clínico, pero no era de una forma en la cual nos estuviéramos que estar cuidando de cualquier posible pues...señalamiento (...) no te permite ser libre, bueno a mí me hace sentir intranquila el que los pacientes están de una manera agresiva solicitando el servicio entonces tienes que invertir más tiempo en la nota médica aunque no vaya acorde a lo que estas tratando del paciente (...)Por lo que hemos visto, para mí lo más traumatizante fue ver a ese doctor que lo llevaron a la cárcel, el de Oaxaca, entonces más que pensar en mi pienso en mis hijas, pienso en mi familia (Médico entrevistado consulta pública).

Aquí en esta ciudad todo lo que tenga que ver con un médico y con alguien que se queja ya es una noticia, y lo pasan en la tele en plenos titulares con (...) [se omiten los noticieros y nombres de periodistas] sin saber que eso puede dañar al médico y que no necesariamente el paciente tiene la razón, claro que eso te hace pensar en el riesgo de una demanda y en buscar protegerte con un seguro que no es garantía pero algo ayuda, por eso en últimas fechas uno tiene que ser más precavido también para evitar esas situaciones (Médico entrevistado consulta privada).

Además, relacionado con esta subcategoría referente a como los médicos consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad, se resalta que el médico considera que los medios de comunicación y la sociedad los juzga de manera severa cuando ocurre un error médico y que no se les respeta su derecho a salvaguardar su prestigio profesional, lo cual se consagra en la Carta de Derechos de los Médicos.

Está mal que los exhiban tanto los medios, a los periódicos, los medios en general, les gusta mucho exhibir a los médicos por algún paciente que falleció o por una negligencia incluso antes que se compruebe una negligencia, o sea, los ladrones a los que capturan los ponen en la televisión con el rostro difuminado, los

ojos tapados, y a los médicos los pasan ahí con nombre y apellido, donde consultan y todo, dañan mucho la reputación del médico, queda ya marcado a veces de por vida, su trabajo (Médico entrevistado consulta pública y privada).

Entendemos que trabajamos con vidas humanas, y aquí no se permite ningún error, pero en ocasiones no depende de nosotros, pero la sociedad nos juzga a así y nos va a seguir juzgando así (Médico entrevistado consulta pública).

Ahora bien, respecto a la subcategoría número cinco de la tabla 1, que alude a esa influencia en el paciente por parte de los medios de comunicación para mal informarlos, se tiene lo siguiente:

Desde la perspectiva del médico, el paciente toma un papel pasivo y otorga más valor a la información que circula en los medios de comunicación que a lo que el médico indica.

Le dan más crédito a los medios y lo que se anuncia ahí que a lo que como médico les indicas, en parte porque quieren las cosas rápidas y sin tanto esfuerzo, tienen cero ejercicio, mala dieta, etcétera (Médico entrevistado consulta pública).

Los pacientes a veces se dejan llevar por lo que ven en la televisión o por lo que escuchan, productos milagrosos y cosas así y le restan valor a lo que dice el médico (...) cuando viene a consulta es porque ya la condición es más grave (Médico entrevistado consulta pública).

Aunado a esto, los pacientes se mal informan en internet respecto al cuidado de su salud, y esto dificulta la comunicación con su médico.

Creo que a los pacientes parece que les vale y no siguen las medidas adecuadas porque hay desinformación y el internet es un arma de doble filo para muchas cosas, hacen caso a lo que ven ahí, remedios y cosas que encuentran (Médico entrevistado consulta privada).

Los pacientes que checan todo por internet son de los más difíciles porque pues tal vez ellos creen saber que tienen, van contigo, les das tu opinión, y pues te dicen oye yo leí que es esto, vi en la tele que es lo otro, te pueden llegar a refutar algunas cosas, puedes entrar en un conflicto con el incluso (Médico entrevistado consulta privada).

Otro punto importante es que, desde la perspectiva de los médicos, los medios de comunicación fomentan hábitos poco saludables para los pacientes con diabetes tipo II y no contribuyen a educar a la gente en el cuidado de su salud.

El paciente que cree que nada más con tomar una pastilla ya está todo el tratamiento completo pues generalmente no le va bien, por ejemplo en un paciente con diabetes es muy importante la dieta, el ejercicio, bajar de peso, y hay pacientes que creen que nada más con tomar su pastilla creen que se van a poder comer sus gansitos, chocolates, nieves, panes y todo y pues no (Médico entrevistado consulta pública y privada).

Hay pacientes que son sedentarios y llevan un estilo de vida poco saludable, que fuman incluso, y les explicas que deben modificar su alimentación, hacer ejercicio y realmente no están dispuestos a modificar nada, porque les es más fácil ver la tele y consumir lo que se anuncia ahí, que procurar una dieta saludable y hacer cambios que mejoren su salud (Médico entrevistado consulta privada).

Por otro lado, respecto como a los medios pueden influir sobre la práctica médica defensiva a través del actuar de paciente, se tiene que el paciente le exige al médico “respetar su derecho a la salud” en base a lo que observa en los medios de comunicación. Esa actitud de exigencia merma la comunicación en la relación médico-paciente ya que el médico identifica a estos pacientes como pacientes difíciles o complicados en su trato personal, lo cual a su vez podría ser un factor que alienta las recurrencias hacia la práctica médica defensiva en el médico.

Los pacientes exigen lo que creen que necesitan, llegan y te lo exigen y se molestan cuando les explicas que así no es y que eso no es lo que requieren, y adoptan una actitud defensiva, para eso han ayudado los medios de comunicación, le dan mucha difusión cuando un paciente se queja por alguna causa, a veces injustificada, pero mientras ya están exhibiendo el hospital, el médico y demás (Médico entrevistado consulta pública).

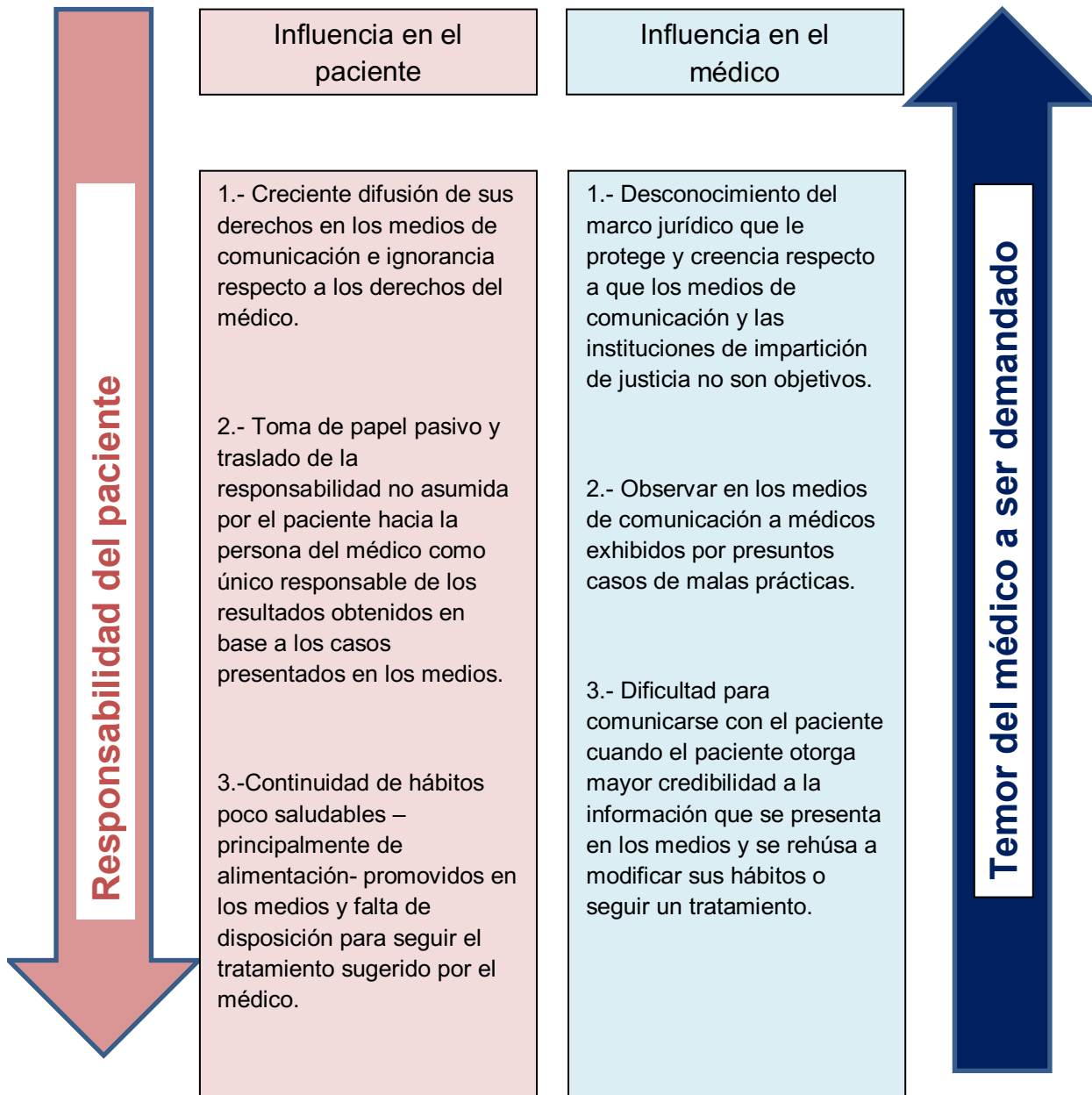
A veces el paciente se resiste o a lo mejor es terco, no está dispuesto a escuchar, en ocasiones vienen a la consulta pero ellos ya traen su diagnóstico y su tratamiento y nada más quieren que tu firmes lo que ellos dicen (Médico entrevistado consulta pública).

La tabla 2 muestra estos resultados. Como aporte original de esta investigación, se destaca la figura 1, que muestra la influencia que tendrían los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva. Se resalta la relación entre la disminución del grado de responsabilidad del paciente y el aumento del temor del médico a ser demandado, a partir de la influencia que los medios de comunicación pueden ejercer en ambos sujetos de la relación clínica.

**Tabla 2.** Análisis de las subcategorías número tres y número cinco referenciadas en la tabla 1.

Categoría de análisis que se relaciona con los medios de comunicación y la práctica médica defensiva	Sub-categoría	Relación entre los medios de comunicación y la práctica médica defensiva en el discurso del médico.
1) Derecho a la salud desde la perspectiva del médico	3) Los médicos consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad	a) Los medios de comunicación y las instituciones creadas para dirimir conflictos no son objetivos.
		b) Se difunden y protegen solo los derechos del paciente y no los del médico.
		c) Los casos de médicos señalados en los medios hacen que el médico se sienta más vulnerable a una demanda.
		d) El médico considera que los medios de comunicación y la sociedad los juzga de manera severa cuando ocurre un error médico.
	5) Los médicos culpan a los medios de comunicación de mal informar al paciente	a) El paciente toma un papel pasivo y otorga más valor a la información que circula en los medios de comunicación que a lo que el médico indica.
		b) Los pacientes se mal informan en internet respecto al cuidado de su salud, y esto dificulta la comunicación con su médico.
		c) Los medios fomentan hábitos poco saludables para los pacientes y no contribuyen a educar a la gente en el cuidado de su salud.
		d) El paciente le exige al médico “respetar sus derechos” en base a lo que observa en los medios.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de investigación.



**Figura 1.** Influencia de los medios de comunicación sobre la práctica médica defensiva. Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de investigación.



## Discusión

En ocasiones los medios de comunicación pueden difundir mensajes equivocados que involucran y pueden comprometer el prestigio del médico, probablemente porque los periodistas no conocen con suficiente amplitud la ciencia médica y pretenden llenar los vacíos de aquello que no entienden, o incluso por tomar con ligereza su responsabilidad y ética profesional.

Es interesante lo que señala Sanabria (2017), respecto a cómo los medios de comunicación pueden tergiversar lo dicho por un médico a los medios de comunicación sobre algún caso atendido, lo que hace que a su vez los médicos no deseen emitir opiniones –aclaraciones– en los medios de comunicación.

Ahora bien, hay algo que merece señalarse del contexto mexicano. Según se estableció en la Reforma penal de 2008 y acorde al Código Nacional de Procedimientos Penales vigente, hay una presunción de inocencia en favor de un acusado por algún delito, por lo que el Código enuncia en el artículo 13 que no se deberá exponer a los acusados ante los medios de comunicación y no presentarlos ante la comunidad como culpables. Esto impide que quien enfrenta un proceso sea presentado ante los medios en forma precipitada, como usualmente sucedía por obtener la primicia en la cobertura de la nota.

Las oficinas de Comunicación Social y los periodistas deben ser cuidados de respetar estos derechos (Secretaría técnica del consejo de coordinación para la implementación del sistema de justicia penal, s.f. p.13). El periodista puede influir notablemente en la opinión pública de manera que se produzca un daño irreparable al prestigio profesional de un médico, de la misma manera que se produce un daño moral en cualquier sujeto que es acusado y que posteriormente se resuelve mediante ejecutoria su inocencia. No basta con que el derecho a salvaguardar el prestigio del médico este enunciado dentro de la Carta de Derechos de los Médicos, sino que es necesario que esto sea una realidad de facto y no solo *de jure*.

En un contexto internacional, se encontró que, en un estudio de caso sobre el uso de medios de comunicación en la cobertura de un presunto hecho delictivo, se observó una especulación infundada sobre hechos de la realidad, que la interpretación está presente en la mayoría de los titulares de los diarios en los que se afirma como real un hecho que es incierto, atribuyendo un delito al sujeto inocente o recreando situaciones inexistentes o hechos inciertos, a la par de que existe una reiterada aparición de juicios de valor por parte de los reporteros (Macia-Barber & Galván-Arias, 2012).

Esta especulación también ocurre cuando se da cobertura a una presunta negligencia médica, ya que con más fuerza, -en función del interés general de la sociedad por temas del derecho a la salud- se señala al médico y al hospital, aun sin comprobarse todavía que en realidad ocurrió una negligencia o una mala práctica médica.

En Argentina, por ejemplo, investigadores afirman que: “en el ámbito periodístico, desde hace aproximadamente 10 años, aparecen publicaciones en donde se indica que el juicio al médico por mala praxis es un negocio en alza” (Maiza, 2001, p.195).

En Perú investigadores encontraron que existe una desinformación de los periodistas, causada por factores como la falta de investigación detallada de los casos, la presentación sesgada de la información procedente de una de las partes, la falta de asesoría en temas médicos, y el interés económico al conseguir mayor audiencia; estos investigadores añaden que un análisis parcial o errado genera lamentables consecuencias para la profesión, para la salud pública y para la integridad de los médicos al grado que es “cada vez más frecuente la agresión de parte de familiares y pacientes” (Valenzuela-Rodríguez & Herrera-Añazco, 2016, p. 248).

Esas “lamentables consecuencias” también estarían representadas por, entre otras cosas, las recurrencias hacia la práctica médica defensiva por parte de algunos médicos que caen en esta práctica ante el temor a ser demandados, lo que a su vez ocurre porque el paciente empieza a desconfiar del médico, lo cuestiona, lo demanda y en consecuencia, el médico desconfía de los pacientes y buscará protegerse adoptando conductas defensivas.

Los errores ocurren en la ciencia médica, de ellos se aprende y gracias a esto evoluciona la ciencia médica. El error es consustancial al devenir científico (Moure, 2017, p. 322), pero en nada beneficia ni al médico ni al paciente cuando se enturbia el transcurrir de un asunto judicial con opiniones incendiarias que aparecen en los medios por parte de los periodistas.

En este manuscrito se destaca el hecho de que los medios de comunicación ejercen influencia en el médico en su estilo de conducir su práctica, y en el paciente en sus expectativas y juicios de valor respecto a la atención que recibe del médico. Si bien el abordaje se realizó desde la perspectiva del médico, los resultados del análisis de su discurso abren la discusión hacia la influencia que tienen los medios de comunicación en la persona del médico, que lo predisponen hacia a la práctica médica defensiva, pero también en la influencia de los medios de comunicación en los pacientes con respecto a lo que los propios médicos refieren que observan durante la consulta y que podrían ser acciones

que incentivan de manera no intencional la práctica médica defensiva del médico.

Sobre la influencia de los medios en el paciente se retoman los aportes siguientes. Por un lado, las perspectivas y expectativas de los pacientes están condicionadas por el entorno sociocultural y por la influencia de los medios de comunicación (Bialik, 2002). Por otro lado, el paciente puede ser influido por noticias sobre ciertos procedimientos que se difunden en los medios de comunicación como efectivos sin realmente serlo, por lo que el médico debe tener un buen diálogo con su paciente para que comprenda esta situación (Sanz, 2010). Los medios de comunicación pueden crear expectativas exageradas en los pacientes porque se difunde el lema que la ciencia lo puede todo, creando altas expectativas en los pacientes que, cuando no se cumplen, son una causa de conflicto (Tena, 2002).

Sobre la influencia de los medios de comunicación en el médico se retoman los aportes siguientes. El amarillismo de los medios de comunicación genera problemas que afectan la relación médico-paciente cuando se juzga con ligereza el actuar de un buen médico (Ortega, 2002), hay una afectación en el médico cuando enfrenta una demanda y es exhibido en los medios de comunicación, una afectación en su patrimonio, en su prestigio profesional y en su salud (Martínez, Gitard, & Caletta 2005) y en últimos años se han difundido los derechos de los pacientes pero no los de los médicos. Al respecto, señala Quirarte-Rivas (2004, p. 339) "Acerca de los derechos de los médicos poco o casi nada se ha escrito".

Se resalta que si bien los medios de comunicación tienen un Código de Ética, no siempre se cumple por parte de los comunicadores (Álvarez, 2004). Esto provoca que se aborde con ligereza y de manera parcial la cobertura informativa en ciertos temas.

En México se ha difundido someramente en la comunidad médica la Carta de Derechos de los Médicos, la cual es producto de una coordinación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y de diversas sociedades, asociaciones y colegios médicos, así como universidades y academias. Uno de esos derechos tiene que ver justamente con los medios de comunicación y la manera en la que serán tratados los presuntos casos de malas prácticas, pues versa dicho derecho sobre salvaguardar su prestigio profesional. Esto implica que los medios de comunicación respeten el principio de legalidad y la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta que no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada (Quirarte-Rivas, 2004, p.340).

Hay que tener en claro que "los médicos son las segundas víctimas cuando se produce un efecto adverso"

(Organización Médica Colegial de España, 2019, s.p.) y que el uso de palabras como "homicidio culposo" paralizan al médico y provocan en el médico una sensación de temor (Young, Finn, Pellegrini, Bruetman, Young, & Trimarchi, 2011) sumado a que, "la prensa hace eco del impacto de dichas demandas al médico, repercutiendo en todos los aspectos de su vida" (Lasarte, 2016, p.7). Esto obliga a que el médico se actualice de los aspectos jurídicos de su práctica médica (Álvarez, 2002). No obstante, a la par de formar al médico en los aspectos jurídicos de su disciplina, es preciso hacer un abordaje sobre cómo es que se incrementa la práctica médica defensiva.

La demanda podría ocurrirle en algún momento, hay que enseñarle al médico cómo actuar y el marco jurídico que regula el acto médico, el derecho que le asiste y le protege, pero también profundizar en ¿qué es lo que podría favorecer que las demandas y las recurrencias hacia la práctica médica defensiva se reduzcan?

Tras la investigación que se presenta, se ha considerado que el análisis de los mensajes que transmiten los medios de comunicación respecto al cuidado de la salud en el paciente, su responsabilidad sobre los resultados, la difusión de los derechos de los médicos a la par de los de los pacientes, son cuestiones que deben abordarse desde la investigación cuantitativa y cualitativa de la comunicación en salud.

## Conclusiones

Los resultados permiten identificar dos grandes ejes en los que los medios de comunicación ejercen influencia en el fenómeno de la práctica médica defensiva: la irresponsabilidad del paciente para el cuidado de su propia salud, y el incremento del sentimiento de temor del médico a ser demandado. Como quedó expuesto, hay una relación de los medios de comunicación con la práctica médica defensiva a través de la influencia de los *mass media* en la conducta del médico y del paciente.

Si el paciente considera que solo el médico es el responsable de cuidar su salud y procurar un resultado favorable, no asumirá que él cómo paciente también tiene un rol que jugar en ese proceso, que no es solo ser pasivo y esperar que el médico actúe, sino colaborar con el médico desde el momento mismo del diálogo al hablar con honestidad sobre su padecimiento, expresar sus dudas, hacer preguntas y seguir las indicaciones que el médico le sugiere.

El paciente que culpa solo al médico de los resultados obtenidos no está dispuesto a asumir su responsabilidad en el cuidado de su salud ni a reconocer que la medicina no es una ciencia exacta que pueda predecir resultados certeros.

Otro aspecto es que el paciente no asume su responsabilidad debido a que los medios de comunicación

enfatan más sus derechos y las obligaciones que los médicos tienen frente a ellos como pacientes y usuarios del servicio. Se requiere educar al paciente para que se asuma como sujeto activo en el cuidado de su salud y en esto juega un papel importante los medios de comunicación.

Los pacientes se mal informan en los medios de comunicación, otorgando credibilidad a “productos milagro” y sustituyendo la consulta con lo dicho en un programa de televisión o una búsqueda en internet. Se requiere que los medios de comunicación sean responsables respecto a los contenidos que difunden, a la par de mayor regulación sanitaria.

Por último, el paciente pretende que el médico utilice procedimientos y le suministre medicamentos que el escuchó o vio en los medios que presuntamente son efectivos. Muchas veces los medicamentos y/o procedimientos no están disponibles en la institución de salud en la que el médico presta el servicio o bien, no son propios para utilizarse en ese paciente. Esta falta de acuerdo merma la relación y hace surgir las conductas defensivas.

El segundo eje es justamente la influencia de los medios en la persona del médico. El médico se percibe vulnerable y teme ser demandado por sus pacientes debido a los casos que se difunden en los medios de comunicación respecto a presuntos casos de malas prácticas, aunado a que en los medios se difunden sus obligaciones y no sus derechos.

Se requiere ética en los medios de comunicación para no difundir noticias amarillistas en contra de médicos y que la población en general conozca que no solo los pacientes tienen derechos frente a su médico sino también el médico tiene derechos frente a sus pacientes y frente a la institución en la que presta el servicio, los cuales deben ser garantizados por el propio Estado, que existe un marco jurídico que ampara y protege también al médico.

Como se puede apreciar en la figura 1, si el médico se siente seguro en su práctica profesional, se aleja de la práctica médica defensiva, y ese sentimiento de seguridad se incrementa, entre otras cosas, cuando el médico conoce sus derechos y el marco jurídico que le ampara, así como cuando el paciente trabaja de manera coordinada con su médico como sujeto activo en el cuidado de su salud, cuando el médico visualiza al paciente como un aliado para un objetivo común y no como un demandante potencial. En esto los medios de comunicación juegan un papel importante que debe analizarse desde la comunicación en salud.

### Agradecimientos

A los médicos que accedieron a ser entrevistados, por su tiempo, buena predisposición y por la confianza en este proyecto.

### Referencias bibliográfica

- Álvarez-Gálvez, J. (2012). *Modelos teóricos sobre los efectos de los medios de comunicación de masas. Documento de trabajo*. Departamento de Sociología IV. Metodología de la Investigación y Teoría de la Comunicación. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/45089/1/doc%20trab%202.pdf>
- Álvarez, R. (2002). La Práctica Médica y sus Controversias Jurídicas. *Cirujano General*, 24(3), 237-238.
- Álvarez, R. (2004). *El médico, la medicina y los medios de comunicación*. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia\\_mar\\_2k4.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_mar_2k4.html)
- Apezteguía, F. (2016). Periodismo de salud en tiempos de crisis. *Revista Española de Comunicación en Salud*, S1, 23-30. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3119>
- Arimany, J. (2007). La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanitas, Humanidades médicas*, 12,11-26. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/237483523\\_La\\_medicina\\_defensiva\\_un\\_peligroso\\_boomerang](https://www.researchgate.net/publication/237483523_La_medicina_defensiva_un_peligroso_boomerang)
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. NJ: Prentice-Hall.
- Bialik, R. (2002). Aspectos antropológicos en la adherencia terapéutica. Memoria del Séptimo Simposio Internacional: La comunicación humana y la relación médico-paciente. *Revista Conamed*, 7(3), 61-65.
- Carta de Derechos de los Médicos. *Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México*. Recuperado de: [http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/td\\_c\\_der\\_medicos.html](http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/td_c_der_medicos.html)
- Código Nacional de Procedimientos Penales. *México*. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cnpp.htm>



- Cote, L., & García, P. (2002). *La Práctica Médica y sus Controversias Jurídicas*. México: Ed. ECM Latinoamericana.
- Dávila, A. (2018). Medicina defensiva ¿evitable? *Cirujano general*, 40(1), 54-60.
- Escalante, E. (2011). Grounded Theory (teoría fundamentada) y la investigación en psicología criminológica. En: E. Escalante, & M. Páramo (compiladores). *Aproximación al análisis de datos cualitativos. Aplicación en la práctica investigativa*. Argentina: Universidad del Aconcagua.
- Feo, C., & Feo, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud Pública. *Saúde em Debate*, 37(96), 84-95.
- Franco, M., Denis, A., Morel, Z., Solalinde, M., Ferreira, M., & Díaz, C. (2018). Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Revista de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 5(1), 25-35.
- Guzmán, J., Shalkow, J., Palacios, J., Zelonka, R., & Zurita, R. (2011). ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cirujano general*, 33(2), 151-156.
- Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones pedagógicas*, 23, 187-210.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista P. (2015). *Metodología de la investigación*. 5ªed. México: McGraw Hill.
- Lasarte, M. (2016). Impacto de la demanda judicial en el profesional médico. *Biomedicina*, 11(1), 6-31.
- Macia-Barber, C., & Galván-Arias, M. (2012). Presunción de inocencia y deontología periodística: el 'caso Aitana'. *Revista Latina de Comunicación Social*, 67, 362-393.
- Maiza, H. (2001). Mala praxis en ortopedia y traumatología: ¿Cuándo y dónde se genera el juicio? *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 66(3), 195-197.
- Martínez, W., Gitard, M., & Caletta, E. (2005). *Demandas injustificadas por mala praxis. Reparación del daño profesional*. Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología. Recuperado de: [https://www.aaot.org.ar/ej\\_prof/pdfs/b\\_demandas\\_injustificadas.pdf](https://www.aaot.org.ar/ej_prof/pdfs/b_demandas_injustificadas.pdf)
- Mones-Xiol, J. (2004). Nuevos medios de comunicación y la práctica médica. *Revista Calidad Asistencial*, 19(4), 274-279.
- Mosquera, A. (2008). Globalización y manipulación ideológica mediante la publicidad sobre fast food. *Pensar la publicidad*, 2(1), 221-234.
- Moure, E. (2017). ¿Comunicar el error médico o esconderlo? a propósito de las memorias de Henry Marsh. *Cuadernos de Bioética*, 28(3), 317-327.
- Organización Médica Colegial de España. (2019). *OMC, SESPAS y SEMES demandan políticas de seguridad del paciente para paliar los efectos de la medicina defensiva*. Recuperado de: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/lu183/np\\_omc\\_sespas\\_y\\_semes\\_analisis\\_medicina\\_defensiva\\_15\\_01\\_19.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/lu183/np_omc_sespas_y_semes_analisis_medicina_defensiva_15_01_19.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Ortega, J. (2002). Factores que afectan la relación médico-paciente. Memoria del Séptimo Simposio Internacional: La comunicación humana y la relación médico-paciente. *Revista Conamed*, 7(3), 23-24.
- Poletti, E. (2014). Origen del conflicto en la relación de la cibernética y el paciente. En: Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes (Ed). *Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico* (pp. 243-274). México: Gobierno del estado de Aguascalientes.
- Quirarte-Rivas, G. (2004). Obligaciones y derechos de los médicos en su ejercicio profesional. *Revista de Sanidad Militar*, 58(4), 336-341.
- Ralis, G. (2018). Proposición con punto de acuerdo que exhorta a Fiscalía de Oaxaca para que se reclasifique la acusación de homicidio doloso en el caso de los médicos Luis Alberto Pérez y Gabriela Cruz López; y se le lleve el proceso de acuerdo con las investigaciones y autoridades correspondientes en los casos de una presunta negligencia médica y no como homicidio doloso por la vía penal, criminalizando el acto médico. México: Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de

- Gobernación. Recuperado de: [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/04/asun\\_3696774\\_20180412\\_1523563010.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/04/asun_3696774_20180412_1523563010.pdf)
- Sanabria, A. (2017). Los cirujanos y los medios de comunicación, relaciones peligrosas. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32, 171-175.
- Sánchez-González, J., Tena-Tamayo, C., Campos-Castolo, E., Hernández-Gamboa, L., & Rivera-Cisneros, A. (2005). Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cirugía y Cirujanos*, 73(3), 199-206.
- Sánchez, J. (2010). La información sobre la salud en los medios de comunicación. *Revista Española Comunicación en salud*, 1(2), 68-76.
- Sánchez, M. (2013). Medicina Defensiva en Cirugía Ortopédica. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular*, 256(48), 163-168.
- Sanz, L. (2010). Ética médica y cirugía ortopédica y traumatología. *Trauma*, 21(1), 65-74.
- Secretaría técnica del consejo de coordinación para la implementación del sistema de justicia penal. (s.f.) *Guía para periodistas "como reportear en el nuevo sistema de justicia penal acusatorio"*. San Luis Potosí, Mexico. Recuperado de: [http://reformapenalslp.gob.mx/uploads/CUsersemedinavDesktopGuia\\_para\\_Periodistas.pdf](http://reformapenalslp.gob.mx/uploads/CUsersemedinavDesktopGuia_para_Periodistas.pdf)
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tancredi, L. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 3ªed. Barcelona: Paidós.
- Tena, C. (2002). La demanda como efecto de mala comunicación médico-paciente. Memoria del Séptimo Simposio Internacional: La comunicación humana y la relación médico-paciente. *Revista Conamed*, 7(3), 15-18.
- Valenzuela-Rodríguez, G., & Herrera-Añazco, P. (2016). Mala praxis periodística en el análisis del acto médico: propuestas de cambio. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 248-249.
- Vargas, F. (2004). La Responsabilidad Civil Objetiva del Médico y Daño Moral. *Revista Conamed*, 9(2), 14-21.
- Velázquez-Tamez, L. (2019). Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II. *Revista CONAMED*, 24(2), 64-72.
- Velázquez-Tamez, L. (2020). Convergencias disciplinarias en la formación médica: comunicación y derecho para reducir la práctica médica defensiva. *Revista Investigación en Educación Médica*, 9(33), 79-88.
- Young, P., Finn, B., Pellegrini, D., Bruetman, J., Young, D., & Trimarchi, H. (2011). *Síndrome clínico judicial*. *Medicina*, 71(5), 501-502.



## Vigilancia de la publicidad de productos químicos para piscinas comercializados por internet

### Advertisement surveillance for swimming pool chemicals commercialized over the Internet

Joaquín Gámez de la Hoz<sup>a</sup>, Ana Padilla Fortes<sup>b</sup>, Marta Padilla-Ruiz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Distrito sanitario costa del sol, Servicio de Salud Pública, Servicio Andaluz de Salud, España

<sup>b</sup> Distrito sanitario Málaga, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio Andaluz de Salud, España

<sup>c</sup> Department of Geomatics Engineering, University of Calgary, Canada

#### Resumen

**Introducción:** La comunicación de los peligros asociados a los productos químicos es un aspecto fundamental para mejorar la confianza de los consumidores en el comercio electrónico. **Objetivo:** Examinar las indicaciones de peligro reglamentarias asociadas con productos químicos para piscinas puestos a disposición de terceros a través de su publicidad por internet. **Metodología:** Se seleccionaron aleatoriamente 40 productos químicos peligrosos de piscinas comercializados en tiendas *online* a través de internet procedentes de 8 empresas con sede social en Andalucía. **Resultados:** Predominaron los productos sin indicaciones de peligro visibles junto a su publicidad (n=25). Las indicaciones de peligros en las etiquetas de los productos en la web resultaron ilegibles. Únicamente 3 productos mostraron los códigos y frases de peligro visibles en el sitio web. **Conclusión:** La protección de consumidores y usuarios de comercio electrónico en materia de seguridad química puede verse comprometida debido a la falta de información relevante sobre la peligrosidad de los productos comercializados a través de internet.

Palabras clave: Comunicación en salud; productos químicos peligrosos; etiquetado de productos; publicidad; seguridad; piscinas; comercio; salud pública.

#### Abstract

**Introduction:** Communication of hazards related to chemical products is an essential aspect for improving customer confidence in electronic commerce. **Objective:** To examine the regulated hazard statements for swimming pool chemicals advertised and sold to the public over the Internet. **Methodology:** We randomly selected 40 hazardous chemicals for swimming pools sold in online stores over the Internet. Data were captured from 8 different companies' websites with headquarters in Andalusia (Spain). **Results:** Chemical advertisements without visible hazard statements were predominant (n = 25). In all cases, hazard statements on product labels displayed on the websites were illegible. Only 3 chemical products showed codes and visible hazard statements on their website. **Conclusion:** The protection of e-commerce consumers and customers concerning chemical safety could be compromised due to the lack of relevant information about selling hazardous products over the Internet.

Keywords: Health communication; hazardous chemicals; product labelling; advertisement; safety; swimming pools; commerce; public health.

## Introducción

Existe una creciente preocupación relacionada con los peligros asociados a los productos químicos. El sector de piscinas es uno de los principales que incluye a usuarios finales de productos químicos. Los compuestos utilizados para asegurar la calidad sanitaria del agua de baño comprenden mezclas y/o sustancias químicas con diferentes grados de peligrosidad para la salud humana, desde productos nocivos, corrosivos e irritantes hasta los tóxicos para el medio ambiente. En el ámbito del reglamento europeo 528/2012, relativo la comercialización y el uso de los biocidas (UE, 2012), se han registrado en España más de 2.000 productos químicos para el tratamiento del agua de piscinas con uso autorizado tanto para el público en general como para personal profesional. Estas cantidades integran productos químicos del tipo 2 que incluye fundamentalmente bactericidas y alguicidas. Los compuestos más habituales son el cloro en forma de hipoclorito y otros derivados (ej. cloroisocianuratos), y ácidos como el clorhídrico o el sulfúrico.

Una de las tareas más importantes en salud pública es la protección de consumidores y usuarios frente a los productos químicos peligrosos. Se han notificado diversos problemas de salud asociados con la exposición a productos químicos en piscinas (Anderson et al., 2014; Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2009; Thomas y Murray, 2008), muchos de ellos debido a una manipulación incorrecta, aunque otros como consecuencia de una comunicación inadecuada sobre los peligros asociados. A veces las sustancias y mezclas químicas utilizadas no siempre son etiquetadas correctamente (Tsai et al., 2016). Para el público, la etiqueta del envase es la información inmediata que muestra la clasificación de peligrosidad del producto y las medidas de seguridad recomendadas para su uso y manipulación en el estado en que se comercializa. Adicionalmente, la ficha de datos de seguridad (FDS) está orientada al usuario profesional como herramienta clave para poder clasificar y etiquetar correctamente aquellos productos químicos que han sido formulados a partir de otros.

Al margen del presumible uso del etiquetado y FDS como fuentes de información, se han detectado serios problemas cuando se utilizan como herramientas de comunicación del riesgo. Algunos investigadores han

revelado que sólo un grupo muy reducido de usuarios atienden al contenido de las etiquetas (Ferrell et al., 1994; Kovacs et al., 1997), que además suelen tener un impacto limitado en materia de seguridad (McGrath, 2011). Incluso los profesionales pueden no entender el significado de los pictogramas de peligrosidad presentes en las etiquetas (Martí Fernández et al., 2015; Hara et al., 2007). Igualmente, la FDS contiene información técnica que puede ser incomprensible para el público y los usuarios profesionales (Seki et al., 2001; Phillips et al., 1999). Estos hallazgos ponen de manifiesto que la efectividad de las advertencias de peligros requiere que sean visibles y comprensibles por cualquier tipo de usuario.

El notable desarrollo normativo experimentado en materia de seguridad química ha estado en gran parte motivado por el impacto de los productos químicos en la salud pública. La importancia sanitaria de la regulación de medidas preventivas radica en garantizar la protección de la salud humana y del medio ambiente, así como la seguridad de los usuarios que entran en contacto con productos químicos peligrosos. En este contexto, el reglamento europeo REACH (*Registration, Evaluation, Authorisation and Restricción of Chemicals*) establece que deben comunicarse los peligros asociados a los productos químicos comercializados (UE, 2006), mientras que el reglamento CLP (*Classification, Labelling and Packaging*) pretende aplicar criterios armonizados de clasificación y etiquetado (UE, 2008).

Sin embargo, el protagonismo alcanzado por las nuevas tecnologías hace que el acceso a Internet posibilite a los consumidores adquirir productos químicos que se suministran y entregan, a menudo traspasando las fronteras entre países, sin interactuar cara a cara con un profesional del sector (UE, 2000). Entre las potenciales amenazas de la venta *online* cabe mencionar la presencia de productos clandestinos (sin registro oficial), formulaciones de escasa calidad (elaboraciones artesanales), deficiencias de las condiciones de almacenamiento durante el suministro, sistemas de información erróneos e incompletos y carencia de un soporte profesional efectivo. Estos inconvenientes hacen que la protección de los consumidores y el control de los sitios web que venden productos químicos, tanto a nivel nacional como internacional, sea un proceso complejo y difícil.

En efecto, muchos de los problemas en las relaciones entre proveedor y consumidor provienen del desconocimiento de los peligros asociados a lo que se está adquiriendo o usando. En este sentido es esencial que tanto los profesionales como cualquier usuario de productos de piscinas puedan acceder a información que sea correcta y les permita dotarse de criterios apropiados para la utilización segura de los productos químicos.

Con el propósito de concienciar a los agentes de la cadena de suministro y sensibilizar a las empresas del sector y al consumidor general, nuestro objetivo fue examinar las indicaciones de peligro reglamentarias asociadas a productos químicos para piscinas puestos a disposición de terceros a través de su publicidad por internet. Un objetivo secundario ha sido identificar los pictogramas de peligro e indicaciones de advertencia presentes en el etiquetado del producto químico ofrecido en el sitio web utilizado para su venta.

## Metodología

### *Diseño del estudio*

Análisis descriptivo con diseño observacional. La unidad de análisis fue cada uno de los sitios web de comercio electrónico de productos químicos para piscinas, con emplazamiento en la comunidad autónoma de Andalucía. Como fuente de recuperación de datos se utilizó el motor de búsqueda Google. El acceso al buscador se realizó durante el mes de marzo del 2018, utilizando su herramienta “búsqueda de lugares” que ofrece una lista detallada de establecimientos agrupados sobre lugares específicos en función de las palabras y comandos empleados en el campo de búsqueda. El criterio de búsqueda de los sitios web con publicidad sobre productos químicos comercializados se basó en el uso de la cadena de búsqueda: productos químicos piscinas AND “nombre de cada provincia andaluza”. A los efectos de esta investigación, se estableció que la publicidad comprende una forma especial de comercialización que permite la puesta a disposición de un producto químico a un consumidor por medio de pedidos *online* (comercio por internet) y realizar un contrato de compraventa a distancia.

### *Criterios de inclusión*

El perfil preferente de los participantes fue los sitios web de proveedores de productos químicos para piscinas con

tiendas *online* (disponibilidad de carro de compra en la propia página web). Cuando no se encontró ese perfil, se amplió la búsqueda a proveedores profesionales de grandes superficies. Como resultado de la búsqueda se seleccionaron aleatoriamente un total de 40 productos químicos peligrosos objeto de estudio, correspondientes a 5 por empresa con sede física y/o social localizada una por cada una de las 8 provincias andaluzas. De cada sitio web se priorizaron productos (mezclas químicas) etiquetados en castellano, clasificados como peligrosos y accesibles al público en general. La selección de productos fue por orden de aparición, rechazando coincidencia de productos del mismo fabricante.

Se descartó la publicidad de pequeña escala que no ofrezca opción de compra (ej. *banners*). Tampoco fue objeto de evaluación las normas precontractuales mínimas que rigen entre vendedor y comprador reguladas conforme a los derechos de protección de los consumidores en materia de contratos a distancia.

### *Mediciones principales*

Al objeto de verificar si se cumple con unos requisitos básicos de comunicación del riesgo se comprobó si la publicidad del producto químico mencionaba las indicaciones de peligro (Frases H) e información suplementaria (Frases EUH) previstas en el reglamento CLP (UE, 2008), ya sea en forma de texto escrito directamente en la propia página web o bien con la imagen clara de una etiqueta que sea fácilmente legible. Adicionalmente, se verificó si contenían pictogramas de peligros y palabras de advertencia que avisen al lector/comprador de un peligro potencial.

Se efectuó un análisis cuantitativo y se confeccionaron diferentes presentaciones gráficas utilizando el software Microsoft Excel 2016 v.16 para Windows 10. Para el control de calidad de la información se realizó una revisión por pares, corrigiendo posibles errores en la introducción de datos.

## Resultados

La investigación reveló que, en nuestra unidad de estudio y emplazamiento, el segmento de mercado de piscinas con tiendas *online* de productos químicos estuvo formado principalmente por microempresas comercializadoras de ámbito nacional. Generalmente las empresas no ostentaban la titularidad de los productos químicos, aunque tres de ellas eran fabricantes en una

gama limitada comercializada. La tabla 1 muestra la descripción de las características socio-económicas de las empresas seleccionadas.

### *Tipología y peligrosidad de los productos*

Observamos que mayoritariamente la presentación comercial de los productos químicos envasados era en estado líquido (n=28), el resto en estado sólido (n=12), y su función principal fue como agentes biocidas (n=28) –es decir, bactericidas y alguicidas destinados a destruir, contrarrestar, neutralizar, impedir la acción o ejercer un control de otro tipo sobre cualquier organismo nocivo presente en el agua de baño–. En la composición de las mezclas químicas identificadas intervinieron sustancias que confieren la peligrosidad al producto comercializado,

dependiendo de la materia activa y su concentración. Las sustancias activas identificadas más relevantes fueron el ácido tricloroisocianúrico y sales de amonio cuaternario.

Atendiendo a las propiedades fisicoquímicas del producto final, la categoría de peligro dominante fue de tipo comburente (n=9), mientras que por sus efectos en la salud humana fue corrosivo (n=25). Con respecto a los daños al medio ambiente, más de la mitad de los productos se clasificaron como tóxicos para el medio ambiente acuático (n=22). El resumen de los productos químicos reconocidos conforme a su composición, finalidad y categoría de peligrosidad se muestra en la tabla 2. No se encontró información sobre restricciones de uso de los productos comercializados para el público general.

**Tabla 1.** Características socio-económicas de las empresas participantes (n=8)

	<b>n</b>
<b>Sede social</b>	
Identificación del titular	8
<b>Tipo de empresa</b>	
Proveedor profesional	7
Gran superficie	1
<b>Tamaño de la empresa</b>	
< 10 empleados	6
Entre 10-50 empleados	1
> 250 empleados	1
<b>Clase de actividad</b>	
Comercialización	8
Fabricación	3
Almacenamiento	1
<b>Nivel de mercado</b>	
Nacional	7
Internacional	1

Fuente: elaboración propia



**Tabla 2.** Clases de peligro y nivel de peligrosidad asociados con los compuestos químicos para piscinas investigados, agrupados según su finalidad (n=40).

	<b>Físico</b>	<b>Salud humana</b>			<b>Ambiental</b>
	Comburente	Nocivo	Corrosivo	Irritante	Peligroso para el medioambiente
<b>Bactericidas</b>					
Hipoclorito de sodio			3		2
Ácido tricloroisocianúrico	5	4		5	5
Ácido tricloroisocianúrico +sulfato de cobre	2	1	1	2	2
Bromocloro-dimetilhidantoina	2	1	2	1	2
Peroximonosulfato de pentapotasio	1	1	1	1	1
Dicloroisocianurato de sodio				1	1
Peróxido de hidrógeno		1	1		
<b>Alguicidas</b>					
Amonio cuaternario, cloruros			4	3	8
Amonio cuaternario +sulfato de cobre		1	1		2
Ácido tricloroisocianúrico +sulfato de cobre	2	1	1	1	2
Sulfato de cobre		1			1
Ácido tricloroisocianúrico +ácido bórico	1	1		1	1
Peroximonosulfato de pentapotasio	1	1	1	1	1
Bromocloro-dimetilhidantoina	1		1		1
Dicloroisocianurato de sodio				1	1
<b>Modificadores del p</b>					
Ácido Clorhídrico			4	1	
Hidróxido de sodio			2		
<b>Floculantes</b>					
Ácido tricloroisocianúrico +sulfato de cobre	2	1	1	1	2
Polihidroxiclورو de aluminio			1	1	
<b>Limpiadores de superficie</b>					
Ácido Clorhídrico			2		
Amonio cuaternario, cloruros			1		
Sin especificar			2		1
<b>Desinfectante de superficie</b>					
Sulfato de cobre		1			1

### Comunicación de peligros en la web

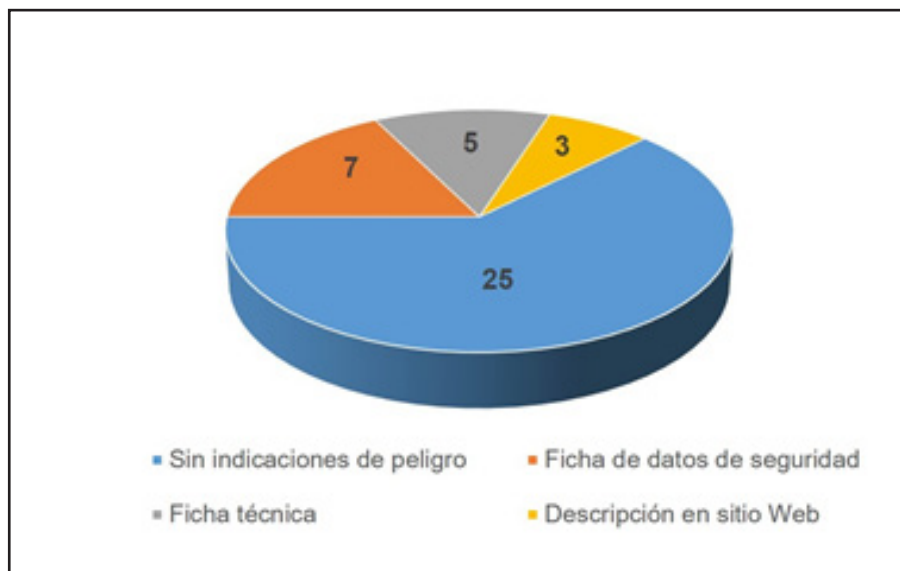
Mayoritariamente los productos químicos puestos a la venta a través de internet no llevaban asociadas indicaciones de peligro directamente visibles junto a su publicidad (n=25). De las 8 empresas participantes, sólo una mostró las preceptivas indicaciones de peligro (frases H) en 3 de los productos publicitados para su compraventa online. Un sitio web aportó la descripción y códigos de peligro (frases H/EUH) en 5 productos a través de un enlace a una ficha técnica comercial. Asimismo, se identificaron 7 productos con enlaces a FDS en ficheros descargables que contenían las frases de peligro tanto de la mezcla final como de los ingredientes clasificados como peligrosos. Seis de las FDS tenían un desfase de 5 años desde su última revisión. En la figura 1 se presenta la localización de las indicaciones de peligro asociadas a la publicidad de los productos químicos comercializados a través de las tiendas *online* de los proveedores investigados.

### Etiquetado

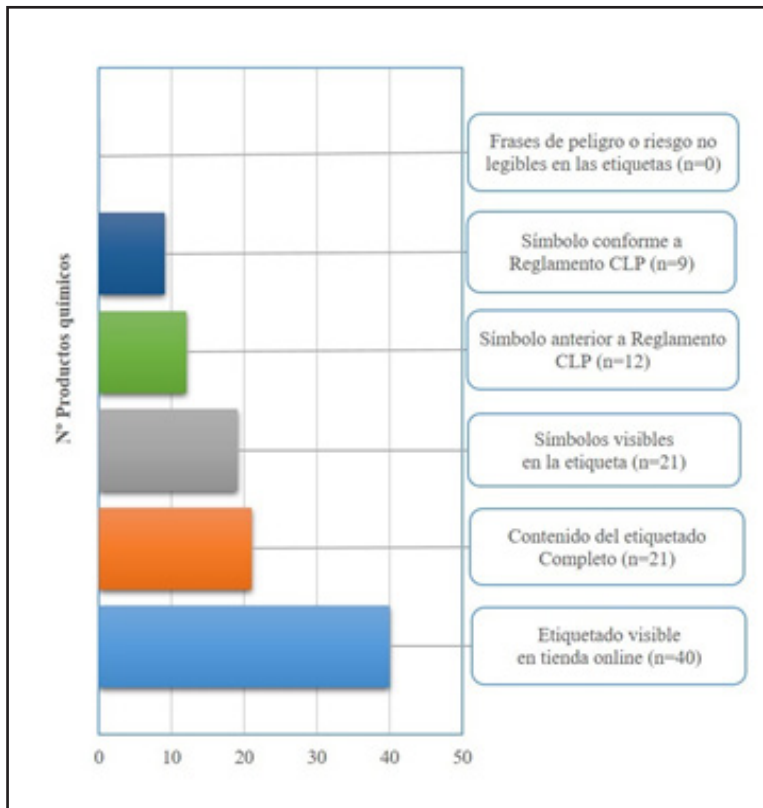
Las etiquetas de los productos químicos se exhibieron en todas las tiendas *online* visitadas, aunque su contenido

fue incompleto (Figura 2). En 19 productos, el contenido de las etiquetas visualizadas se limitaba a mostrar la denominación comercial acompañada generalmente de la forma física de la mezcla química (líquido, granulado, en polvo y tabletas) y de la cantidad nominal (masa o volumen). Mientras que, en los 21 restantes, se presentó una imagen del etiquetado completo, pero sin que las frases de riesgo e indicaciones de peligro fuesen visibles y de fácil lectura, ni tan siquiera con la opción de zoom de la imagen.

La única señal visible de advertencia para el consumidor o lector del sitio web fue la presencia del símbolo normalizado de peligro en 21 de las etiquetas de los envases de productos químicos, aunque en 4 casos carecían de la palabra que describe el tipo de peligro asociado al símbolo y que acompañan al pictograma. Asimismo, se detectó que únicamente 9 pictogramas estaban actualizados al nuevo sistema globalmente armonizado (GHS, *Global Harmonized System*) de clasificación y etiquetado de productos químicos adoptado por el reglamento europeo CLP (Tabla 3).



**Figura 1.** Localización de frases de peligro en los productos químicos de piscinas investigados (n=40).



**Figura 2.** Indicaciones de peligro en el etiquetado de los productos químicos para piscinas investigados en páginas Web (n=40).

**Tabla 3.** Muestra de pictogramas de peligrosidad identificados en el etiquetado de los productos químicos de piscinas investigados en páginas Web (n=40).

Clase de peligro	Comburente	Corrosivo	Nocivo	Irritante	Peligroso para el medio ambiente
Conforme al Reglamento CLP					
Anterior al Reglamento CLP					

\* Equivalencias según Anexo VII del Reglamento CLP

## Discusión

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que la comunicación de los peligros asociados con los productos químicos para piscinas puestos a la venta a través de internet fue inadecuada. Nos encontramos con un comercio electrónico donde casi la mitad de los productos investigados carecían de indicaciones de peligro junto a su publicidad en la web. Las advertencias explícitas aumentan la percepción del riesgo relacionada con los productos peligrosos (Heaps y Henley, 1999), facilitando que consumidores y usuarios puedan seleccionarlos conociendo al instante el nivel de peligrosidad de los productos cuando acceden a una tienda online. Por el contrario, la ausencia de indicaciones de los peligros del producto puede propiciar una falsa sensación de seguridad por ignorarse los riesgos a los que podría estar expuesto tras la compra del producto (Oldershaw y Fairhurst, 2001). En cierta medida el proveedor profesional traslada al comprador la responsabilidad de recabar información técnica, dando pocas facilidades informativas previamente a la adquisición del producto.

Es preciso que el público pueda acceder a información de seguridad completa, correcta y comprensible. Aun así, conviene tener presente que esta correcta comprensión no garantiza que los usuarios actúen de forma segura. La información genérica, como por ejemplo el modo de empleo y la finalidad del producto, puede resultar insuficiente para su aplicación segura en las piscinas. Hay que resaltar que las indicaciones de peligro están referidas al estado en que se comercializa el producto, pero no necesariamente en la forma en que se aplican (ej. diluido o depositado en *skimmers* perimetrales al vaso de la piscina). Por ello, es muy importante que el consumidor disponga inmediatamente de las advertencias adecuadas para saber cómo evitar los riesgos y las consecuencias de no hacerlo.

Con este trabajo destacamos que la información sobre seguridad de compuestos químicos para piscinas ofrecida en tiendas de comercio *online* también fue insuficiente. Aproximadamente en uno de cada tres productos comercializados las indicaciones de peligro se proporcionaron a través de enlaces a FDS y fichas técnicas en la web del proveedor. Debido a la naturaleza técnica y copiosa de estos documentos, son los profesionales quienes conocen su jerga y poseen los recursos básicos para interpretarlos acertadamente (Bernstein, 2002). En cambio, es previsible que el público carezca de las capacidades y competencias para comprender la información técnica que proporcionan. Diferentes investigaciones evidencian que tanto su complejidad como el lenguaje técnico empleado, influyen en la

correcta interpretación del significado de las advertencias de peligro de las FDS y etiquetas, y esto se agrava con el nivel educativo de los usuarios de los productos químicos (Beaufils et al., 2014; Hinks et al., 2009).

Nuestro estudio reveló una pobre calidad informativa mostrada en las etiquetas de los productos químicos comercializados en la web. Hasta las etiquetas con el contenido completo, no tenían un tamaño y resolución suficiente para ser leídas sin problemas. Aun cuando la etiqueta del producto como la FDS pueda estar disponible en la entrega de la mercancía, presumiblemente los manipuladores de productos químicos de piscinas podrían exponerse a sustancias peligrosas como resultado de una inadecuada información ofrecida en origen al consumidor (Suleiman y Svendsen, 2014). En este sentido, Lesch (2008) apunta a que las etiquetas actúan como recordatorio de la información de seguridad que el usuario ha recibido anteriormente de su proveedor.

El hallazgo más destacado sobre advertencias de peligros se evidenció por medio de la visualización de símbolos de peligrosidad en las etiquetas del producto. Los símbolos son un soporte básico de transmisión visual que constituyen uno de los elementos principales del sistema de comunicación de riesgos en seguridad química. Diferentes estudios han remarcado los beneficios de incorporar pictogramas para aumentar la efectividad de la comunicación sobre seguridad (Braun y Silver, 1995; Boelhouwer, Davis, Franco-Watkins, Dorris, y Lungu, 2013) y mejorar la comprensión de las frases de peligro que acompañan al producto (Sojourner y Wogalter, 1997).

Obviamente la interpretación del significado de los símbolos requiere un cierto grado de familiaridad y puede variar en función de la clase de símbolo, según se trate de alerta, prohibición o información general (Hancock et al., 2004). Al respecto, observamos que una considerable muestra de productos presentaban símbolos no actualizados conforme al vigente sistema internacional GHS sobre información de peligros. En cualquier caso, los símbolos por sí mismos tienen un nivel de comprensión limitado, de manera que la incorporación de frases de peligro se ha revelado como una importante ayuda complementaria para identificar símbolos escasamente comprendidos, pese a que la frase no siempre es representativa del concepto de seguridad que encarna cada símbolo (Wolff y Wogalter, 1998; Radnoff, 2013).

En conclusión, la compraventa *online* de productos químicos peligrosos para piscinas en Andalucía tiene un nivel de fiabilidad y protección al consumidor controvertido, debido principalmente a que las indicaciones preceptivas de peligro son omitidas en los sitios web y son ilegibles en el etiquetado de los productos mostrado al público.



Las limitaciones de este estudio tienen que ver con el escaso número de proveedores de piscinas con sede en Andalucía que gestionan tiendas *online* propias en internet. No se ha entrado a valorar si el contenido de la FDS y clasificación de peligrosidad de los productos químicos eran correctas o presentaban errores, lo que sin duda hubiera aportado datos cualitativos de interés.

Como recomendación general sugerimos a los consumidores y usuarios que presten especial atención a las indicaciones de peligro de los productos químicos ofertados en la web, y a tenor de las carencias detectadas sobre comunicación de riesgos, exigir al proveedor la información preceptiva de seguridad. Corresponde a los agentes de la cadena de suministro facilitar información completa y correcta de sus productos y servicios. Por su parte, los poderes públicos tienen la obligación de promover y hacer valer el derecho a la información de los consumidores y usuarios en el comercio electrónico, atendiendo a las características específicas del sector económico y adecuando las regulaciones sobre seguridad química a la sociedad digital de la información.

## Referencias bibliográfica

- Anderson, A., Welles, W., Drew, J., & Orr, M. (2014). The distribution and public health consequences of releases of chemicals intended for pool use in 17 states, 2001-2009. *Journal of Environmental Health*, 76(9), 10-15.
- Beaufils, E., Hommet, C., Brault, F., Marqué, A., Eudo, C., Vierron, E., ... Mondon, K. (2013). The effect of age and educational level on the cognitive processes used to comprehend the meaning of pictograms. *Aging Clinical And Experimental Research*, 26(1), 61-65.
- Bernstein, J. (2002). Material safety data sheets: Are they reliable in identifying human hazards? *Journal Of Allergy And Clinical Immunology*, 110(1), 35-38. <http://dx.doi.org/10.1067/mai.2002.124891>
- Boelhouwer, E., Davis, J., Franco-Watkins, A., Dorris, N., & Lungu, C. (2013). Comprehension of hazard communication: Effects of pictograms on safety data sheets and labels. *Journal of Safety Research*, 46, 145-155.
- Braun, C., & Silver, N. (1995). Interaction of signal word and colour on warning labels: differences in perceived hazard and behavioural compliance. *Ergonomics*, 38(11), 2207-2220. <http://dx.doi.org/10.1080/00140139508925263>
- Centro para el control y la prevención de enfermedades. (2009). Pool chemical-associated health events in public and residential settings – USA, 1983-2007. *Morbidity Mortal Weekly Report*, 58(18), 489-493.
- Directiva relativa a determinados aspectos jurídicos de los servicios de la sociedad de la información, en particular el comercio electrónico en el mercado interior 2000 (UE).
- Ferrell, M., Hollon, J., Lockwood, J., & Wangberg, J. (1994). Pesticide labels: proven protection or superficial safety? *Journal Of The American Optometric Association*, 65(1), 18-26.
- Hancock, H., Rogers, W., Schroeder, D., & Fisk, A. (2004). Safety symbol comprehension: Effects of symbol type, familiarity, and age. *Human Factors: The Journal Of The Human Factors And Ergonomics Society*, 46(2), 183-195. <http://dx.doi.org/10.1518/hfes.46.2.183.37344>
- Hara, K., Mori, M., Ishitake, T., Kitajima, H., Sakai, K., Nakaaki, K., & Jonai, H. (2007). Results of recognition tests on Japanese subjects of the labels presently used in Japan and the UN-GHS labels. *Journal of Occupational Health*, 49(4), 260-267. <http://dx.doi.org/10.1539/joh.49.260>
- Heaps, C., & Henley, T. (1999). Language matters: warning considerations in hazard perception and warning comprehension. *The Journal of Psychology*, 133(3), 341-351. <http://dx.doi.org/10.1080/00223989909599747>
- Hinks, J., Bush, J., Andras, J., Garratt, J., Pigott, G., Kennedy, A., & Pless-Mulloli, T. (2009). Views on chemical safety information and influences on chemical disposal behaviour in the UK. *Science of the Total Environment*, 407(4), 1299-1306. <http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2008.10.056>
- Kovacs, D., Small, M., Davidson, C., & Fischhoff, B. (1997). Behavioural factors affecting exposure potential for household cleaning products. *Journal of Exposure Analysis And Environmental Epidemiology*, 7(4), 505-520.
- Lesch, M. (2008). Warning symbols as reminders of hazards: Impact of training. *Accident Analysis & Prevention*, 40(3), 1005-1012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2007.11.009>
- Martí Fernández, F., Van der Haar, R., López López, J.,

- Portell, M., y Torner Solé, A. (2015). La comprensión de los pictogramas de peligro de productos químicos entre trabajadores del sector de limpieza. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 18(2), 66-71. <http://dx.doi.org/10.12961/aprl.2015.18.2.03>
- McGrath, J. (2011). The role of equipment warning labels in the industrial workplace. *International Journal of Occupational Safety And Ergonomics*, 17(1), 49-60. <http://dx.doi.org/10.1080/10803548.2011.11076871>
- Oldershaw, P., & Fairhurst, S. (2001). Sharing toxicological information on industrial chemicals. *The Annals of Occupational Hygiene*, 45(4), 291-294. [http://dx.doi.org/10.1016/s0003-4878\(00\)00090-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0003-4878(00)00090-9)
- Phillips, C., Wallace, B., Hamilton, C., Pursley, T., Petty, G., & Bayne, C. (1999). The efficacy of material safety data sheets and worker acceptability. *Journal of Safety Research*, 30(2), 113-122.
- Reglamento relativo a la comercialización y el uso de los biocidas 2012 (UE).
- Reglamento sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (CLP) 2008 (UE).
- Reglamento relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH) 2006 (UE).
- Seki, A., Takehara, H., Takigawa, T., Hidehira, T., Nakayama, S., & Usami, M. (2001). Use of material safety data sheets at workplaces handling harmful substances in Okayama, Japan. *Journal of Occupational Health*, 43(2), 95-100. <http://dx.doi.org/10.1539/joh.43.95>
- Sojourner, R., & Wogalter, M. (1997). The influence of pictorials on evaluations of prescription medication instructions. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 31(3), 963-972. <http://dx.doi.org/10.1177/0092861159703100340>
- Suleiman, A., & Svendsen, K. (2014). Are safety data sheets for cleaning products used in Norway a factor contributing to the risk of workers exposure to chemicals? *International of Journal Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(5), 840-853. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0302-8>
- Radnoff, D. (2013). Accuracy of reported flash point values on material safety data sheets and the impact on product classification. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 10(10), 540-546.
- Thomas, H., & Murray, V. (2008). Review of acute chemical incidents involving exposure to chlorine associated with swimming pools in England and Wales, June-October 2007. *Journal of Public Health*, 30(4), 391-397. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdn073>
- Tsai, C. J., Mao, I. F., Ting, J. Y., Young, C. H., Lin, J. S., & Li, W. L. (2016). Quality of Chemical Safety Information in Printing Industry. *Annals of Occupational Hygiene*, 60(3), 361-370.
- Wolff, J., & Wogalter, M. (1998). Comprehension of pictorial symbols: Effects of context and test method. *Human Factors: The Journal of The Human Factors And Ergonomics Society*, 40(2), 173-186. <http://dx.doi.org/10.1518/001872098779480433>

## Perceções sobre o conceito de Dieta Mediterrânica e a sua evolução - perspetivas de profissionais do Algarve-Portugal

## Perceptions on the concept of Mediterranean diet and its evolution - perspectives of professionals from the Algarve-Portugal

Originales

Helena Real<sup>a,b</sup>, Pedro Graça<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Associação Portuguesa de Nutrição, Portugal

<sup>b</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal

### Resumo

**Introdução:** Definir bem um conceito é algo importante para facilitar a transmissão de uma mensagem coerente e que perdure ao longo do tempo. **Objetivos:** Desenvolver um mapa conceptual da definição de Dieta Mediterrânica; avaliar as perceções sobre o conceito e evolução da Dieta Mediterrânica de personalidades representativas da Dieta Mediterrânica, do Algarve-Portugal. **Metodologia:** Foram aplicadas treze entrevistas semiestruturadas. O áudio foi gravado, transcrito, codificado tematicamente e as indicações dos entrevistados foram elencadas. A análise do conceito foi efetuada com base no método híbrido, em três fases: teórica, empírica e analítica. **Resultados:** Cruzando o conteúdo das entrevistas com a literatura desenvolveu-se um mapa conceptual da definição da Dieta Mediterrânica, com quatro eixos – alimentação, convivialidade, produção alimentar, estilo de vida – representando um modelo cultural, com impacto em áreas como ambiente, economia, saúde e turismo. Os entrevistados indicaram existir uma evolução do conceito de Dieta Mediterrânica, em consonância com a constante inovação tecnológica e de investigação, acautelando-se a desvirtuação do conceito e a sua preservação. **Conclusões:** Este trabalho apresenta, pela primeira vez, as perceções de profissionais portugueses sobre a definição e evolução da Dieta Mediterrânica, sendo o mapa conceptual um modelo inovador e potenciador de uma comunicação mais facilitada da sua definição.

Palavras-Chave: Conceito; Dieta Mediterrânica; Evolução; Mapa conceptual; Modelo híbrido.

### Abstract

**Introduction:** Defining a concept well is important to facilitate the transmission of a coherent message that lasts over time. **Objectives:** To develop a conceptual map of the Mediterranean Diet definition; to evaluate perceptions about the concept and evolution of the Mediterranean Diet of personalities representative of the Mediterranean Diet, Algarve-Portugal. **Methodology:** Thirteen semi-structured interviews were applied. The audio was recorded, transcribed, thematically coded and the interviewees' indications were listed. The analysis of the concept was carried out based on the hybrid method, in three phases: theoretical, empirical and analytical. **Results:** Crossing the content of the interviews with the literature, a conceptual map of the definition of the Mediterranean Diet was developed with four axes - food, conviviality, food production, lifestyle - representing a cultural model, impacting on areas such as environment, economy, health and tourism. The interviewees indicated that there is an evolution of the Mediterranean Diet concept, in keeping with the constant technological and research innovation, taking care of the distortion of the concept and its preservation. **Conclusions:** This paper presents, for the first time, the perceptions of Portuguese professionals on the definition and evolution of the Mediterranean Diet, being the conceptual map an innovative model and a facilitator of the Mediterranean Diet definition communication.

Keywords: Concept; Mediterranean diet; Evolution; Conceptual map; Hybrid model.

## Introdução

Em 1975, Ancel Keys publicou, juntamente com a sua esposa Margaret, o livro *“How to eat well and stay well. The Mediterranean way”*, onde apresenta os principais aspetos do padrão alimentar de populações que habitavam em diversas regiões da Grécia, Itália, França e Espanha (Keys & Keys, 1975), fruto do desenvolvimento do Estudo dos Sete Países sobre alimentação e Doença Cardiovascular. Esta publicação surge após alguns anos de vivência deste casal em Pioppi, em Itália e do seu conhecimento da vida do Mediterrâneo. Apesar de este fisiologista americano ter iniciado os estudos sobre o Mediterrâneo na década de 50, só mais tarde conseguiu alargar o conceito de alimentação Mediterrânica para algo mais abrangente. Em certa medida, isto poderá explicar o nome do livro acima indicado, após a publicação de *“Eat well and stay well”*, em 1959, por querer passar a mensagem de que a Dieta Mediterrânica, como apelidou, não tinha apenas a ver com a ingestão de nutrientes mas também com uma forte ligação ao prazer de comer e vivenciar a alimentação de forma comunitária (Carmena, 2006).

A Dieta Mediterrânica representa mais do que apenas um modelo alimentar, englobando anos de história, tradições associadas e estilos de vida próprios da região. Desta forma, definir este conceito é algo complexo, o que justifica a existência de diferentes definições, com dimensões distintas.

A definição de um conceito é algo importante para facilitar a transmissão de uma mensagem coerente e que perdure ao longo do tempo. Se não for definido de forma consistente será mais difícil a sua operacionalização.

Desta forma, o desenvolvimento de um conceito é um processo que se traduz na clareza de ideias e termos para uma melhor perceção sobre o mesmo. Existem diversos modelos de análise e desenvolvimento de conceitos, sendo fundamental escolher o que melhor se adequar ao contexto em estudo.

Apesar de se estimar que a Dieta Mediterrânica se tenha vindo a construir na região do Mediterrâneo desde há 8000 anos sensivelmente, tendo em consideração os registos sobre os povos ao longo dos tempos (Altomare et al., 2013; Berry, Arnoni, & Aviram, 2011), e sobre a estabilidade climática na região, neste artigo apenas se considerará o período após a criação da designação do conceito de Dieta Mediterrânica, por Ancel Keys, ou seja, a partir dos anos 50-60 do séc. XX.

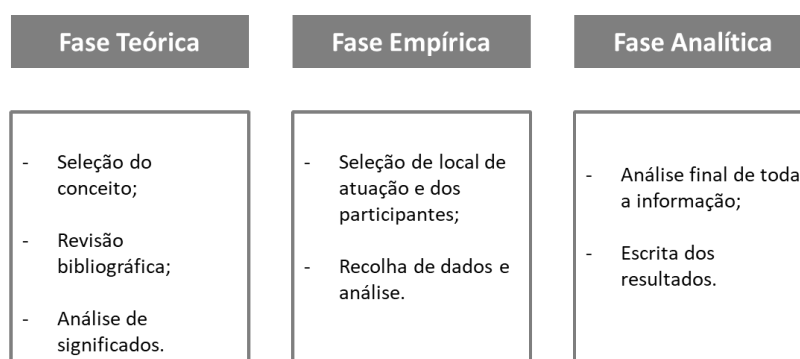
## Objetivos

Este estudo pretende desenvolver um mapa conceptual da definição de Dieta Mediterrânica e avaliar as perceções sobre o conceito e evolução da Dieta Mediterrânica de personalidades de diferentes áreas representativas da Dieta Mediterrânica, do Algarve-Portugal.

## Metodologia

### *Análise/desenvolvimento de conceito*

Para a análise/desenvolvimento de uma definição do conceito de Dieta Mediterrânica utilizou-se o método híbrido de Schwartz-Barcoot e Kim (Schwartz-Barcott, Patterson, Lusardi, & Farmer, 2002), baseado em três fases: teórica, empírica e analítica (Figura 1). Foi ainda construído um mapa de conceitos (Figura 2), resultante da análise de dados efetuada.



**Figura 1.** Fases componentes do método híbrido de Schwartz-Barcoot e Kim (Schwartz-Barcott et al., 2002).



## Participantes

Identificaram-se os potenciais participantes do estudo na zona do Algarve, onde se insere a comunidade representativa da inscrição na UNESCO da Dieta Mediterrânica em Portugal, correspondendo a profissionais com reconhecido conhecimento e experiência na área e que estivessem envolvidos na produção do conceito, por via do ensino e investigação (8 entrevistados com formação na área das Ciências da Nutrição, da Sociologia, da Biologia, da Arqueologia e da Agronomia), ou ligados à utilização do conceito, pela ligação ao poder local, turismo, hotelaria, saúde, cultura, agricultura (5 entrevistados com formação na área do Direito, do Turismo, da Hotelaria, das Ciências da Nutrição, da Sociologia e da Agronomia).

Relativamente ao consentimento informado por parte dos treze inquiridos e para o obter, foram inquiridos inicialmente todos os participantes por e-mail de forma a ser efetuado o convite e detalhar os procedimentos a seguir. Apresentaram-se de seguida as condições de participação, os passos para se manter a confidencialidade e informou-se sobre a gravação da entrevista, solicitando o consentimento devido. Todos os inquiridos receberam esta informação e, por escrito, responderam afirmativamente, concordando em participar no estudo nestas condições.

A taxa de adesão a este estudo foi de 81,3%, tendo sido incluídos no estudo treze dos dezasseis participantes convidados.

## Recolha de dados

Foi desenvolvido um guião de entrevista com questões que se distribuíam por três grupos: (1) perceção dos entrevistados sobre o conceito de Dieta Mediterrânica; (2) perceção sobre a evolução do conceito de Dieta Mediterrânica; e (3) possibilidades de utilização do conceito de Dieta Mediterrânica. Neste artigo serão explorados os aspetos ligados aos dois primeiros grupos, onde se inseriam questões como: qual a visão de cada entrevistado sobre o conceito de Dieta Mediterrânica; que vertentes (ou áreas) consideravam estarem incluídas no conceito da Dieta Mediterrânica; e se consideravam que o conceito da Dieta Mediterrânica evoluiu ao longo dos tempos e se sim, em que medida isso aconteceu; questionava-se ainda se consideravam que o conceito da Dieta Mediterrânica deve evoluir ou manter-se estancado ao longo dos tempos. Os dados referentes ao terceiro grupo foram já publicados recentemente (Helena Real & Pedro Graça, 2019). As entrevistas decorreram entre maio e junho de 2017, tendo sido gravadas em formato áudio, mediante o consentimento dos entrevistados.

## Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas, anonimadas e identificadas através de um código alfanumérico. Foi

realizada a codificação temática, através do enquadramento do discurso dos entrevistados em categorias e subcategorias e da definição da unidade de registo e da unidade de contexto, para integrar a fase empírica do método híbrido na fase de análise/desenvolvimento do conceito de Dieta Mediterrânica e para a análise das perceções sobre a evolução do conceito.

## Resultados

### 1. Definição de conceito

A aplicação do modelo híbrido para o desenvolvimento do conceito de Dieta Mediterrânica implicou três fases:

#### Fase Teórica

##### a) Seleção e uso de conceito

Neste estudo foi selecionado como objeto de análise a definição do conceito de Dieta Mediterrânica, definição que foi pela primeira vez cunhada por Ancel Keys (Moro, 2016). Desde que o mesmo iniciou a sua investigação nos anos 50 do século passado sobre a alimentação dos povos do Mediterrâneo que se assiste a uma proliferação na produção científica em torno da Dieta Mediterrânica, em várias áreas do saber, como a saúde, a antropologia, a economia, a agronomia, entre outras. Ao explorar este conceito na bibliografia é possível encontrar diversos termos que lhe são associados, que importa aprofundar. De seguida, são apresentadas as definições que poderão ser mais relevantes para elencar esses termos.

A primeira definição, proposta por Ancel Keys:

What is the Mediterranean Diet? One definition might be that it is what the Mediterranean natives eat. But as we know and think of it now, it is a relatively new invention. Tomatoes, potatoes, and beans, for example, came from America long after Christopher Columbus discovered the New World.[...] The heart of what we now consider the Mediterranean diet is mainly vegetarian: pasta in many forms, leaves sprinkled with olive oil, all kinds of vegetables in season, and often cheese, all finished off with fruit, and frequently washed down with wine (Keys, 1995).

A definição da UNESCO, que surgiu mais tarde, aquando a distinção de Património Cultural Imaterial da Humanidade:

The Mediterranean diet involves a set of skills, knowledge, rituals, symbols and traditions concerning crops, harvesting, fishing, animal husbandry, conservation, processing, cooking, and particularly the sharing and consumption of food. Eating together is the foundation of the cultural identity and continuity of communities throughout the Mediterranean basin. It is a moment of social exchange and communication, an affirmation and renewal of family, group or community identity. The Mediterranean diet emphasizes values of hospitality, neighbourliness, intercultural dialogue and creativity, and a way of life guided by respect for diversity. It plays a vital role in cultural spaces, festivals and celebrations,

bringing together people of all ages, conditions and social classes. It includes the craftsmanship and production of traditional receptacles for the transport, preservation and consumption of food, including ceramic plates and glasses. Women play an important role in transmitting knowledge of the Mediterranean diet: they safeguard its techniques, respect seasonal rhythms and festive events, and transmit the values of the element to new generations. Markets also play a key role as spaces for cultivating and transmitting the Mediterranean diet during the daily practice of exchange, agreement and mutual respect (UNESCO, 2013).

E no contexto português, a definição apresentada em formato de princípios, apresentados aquando a distinção de Património Cultural Imaterial da Humanidade:

#### 10 Princípios da Dieta Mediterrânica em Portugal

1. Frugalidade e cozinha simples que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes, como as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas;
2. Elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de alimentos de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosas;
3. Consumo de produtos vegetais produzidos localmente, frescos e da época;
4. Consumo de azeite como principal fonte de gordura;
5. Consumo moderado de laticínios;
6. Utilização de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal;
7. Consumo frequente de pescado e baixo de carnes vermelhas;
8. Consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais;
9. Água como principal bebida ao longo do dia;
10. Convivialidade à volta da mesa”.

Comissão responsável pela candidatura da Dieta Mediterrânica a Património Cultural Imaterial da Humanidade da UNESCO, 2013 (Barros, Carrageta, Graça, Queiroz, & Sarmento, 2013)

Para além destas três definições apresentadas, foi ainda considerada uma reflexão sobre a definição de Dieta Mediterrânica de diversos especialistas da área, de diferentes pontos do mundo, publicada em formato de artigo, em 2014 (Trichopoulou et al., 2014).

Trichopoulou e colaboradores apontam que as definições de Dieta Mediterrânica podem variar consoante a geografia, o contexto histórico ou a nacionalidade dos autores, o que pode explicar as definições, por vezes, controversas, que se encontram na literatura (Trichopoulou et al., 2014).

O conceito de Dieta Mediterrânica é, atualmente, utilizado de forma bastante expressiva na literatura científica e não científica, neste caso, na imprensa, enquanto apresentação de modelo alimentar promotor de saúde. Por outro lado, é também utilizado por parte do setor agroalimentar, como potencial fator de valorização, perante o consumidor, das mensagens, dos produtos ou serviços veiculados pelas marcas.

De referir que o conceito de Ancel Keys (Keys, 1995) tenta caracterizar inicialmente um modo de comer, um padrão de consumo e que o conceito da UNESCO (UNESCO, 2013) tenta preservar este modo de consumo mas através da preservação do que permite a sua sobrevivência (a envolvente social, económica e cultural) e as suas formas de transmissão.

#### b) Clarificação dos principais termos

Os autores identificaram um conjunto de termos no contexto da análise das definições de Dieta Mediterrânica previamente elencadas.

##### - Dieta

A palavra “dieta” deriva do termo grego *diaita*, significando na sua génese “modo de vida” (Falcato & Graça, 2015).

Este contexto implica uma predisposição do indivíduo para um comportamento prolongado no tempo, representando uma forma de se relacionar com a produção e consumo alimentar, à semelhança da população grega, determinando o seu dia-a-dia. A evolução da perceção deste termo mudou ao longo dos tempos, pelo que atualmente se verifica a associação do mesmo a restrição (Falcato & Graça, 2015).

No caso da Dieta Mediterrânica, o termo “dieta” remeterá para “modo de vida” ou “estilo de vida”, explorado mais à frente.

##### - Mediterrânica

O termo “Mediterrânica” refere-se ao que é do Mediterrâneo, apelando, assim, a uma condição geográfica. Trata-se de uma zona na base do Mar Mediterrâneo, onde crescem oliveiras, elementos essenciais da paisagem, e onde se destacam características relacionadas com o clima e a flora (Trichopoulou et al., 2014). A paisagem em si é algo característico desta zona geográfica, sendo bastante apreciada no contexto turístico, pelo que representa também um dos aspetos a usar na definição do conceito.

##### - Alimentação

Segundo a FAO (FAO, s.d.) o termo “alimentação” representa “qualquer substância, processada, semi-processada ou crua, que se destine ao consumo humano, e inclui bebidas, pastilhas elásticas e qualquer substância que tenha sido usada na fabricação, preparação ou tratamento do “alimento”, mas não inclui cosméticos ou tabaco ou substâncias usadas apenas como drogas” (FAO, s.d.).

Na literatura é possível encontrar diferentes definições para a parte alimentar da Dieta Mediterrânica. Contudo, as características alimentares mais comumente encontradas apontam para um modelo sobretudo vegetariano, com base na trilogia pão-vinho-azeite, sendo de destacar: elevada quantidade de azeite e

azeitonas, fruta, hortícolas, cereais (sobretudo integrais), leguminosas e frutos oleaginosos, quantidade moderada de peixe e laticínios, e pequenas quantidades de carnes e os seus subprodutos. Vinho em moderação, durante as refeições e em consonância com as normas sociais e religiosas (Keys, 1980; Saura-Calixto & Goni, 2009; Trichopoulou & Lagiou, 1997; Trichopoulou et al., 2014; Willett et al., 1995). Será, assim um modelo maioritariamente à base de produtos vegetais (Trichopoulou et al., 2014).

Tendo em consideração a quantificação destes alimentos e os nutrientes ou outras substâncias que forneçam, Courtney Davis e colaboradores (Davis, Bryan, Hodgson, & Murphy, 2015) propuseram, com base na literatura, que a componente alimentar da Dieta Mediterrânica incluisse 3-9 porções de hortícolas, ½-2 porções de fruta, 1-13 porções de cereais e 8 ou mais porções de azeite. Esta distribuição conterá cerca de 9300 KJ/ 2214,3 Kcal de energia, dos quais 37% seriam gordura, 18,4% gordura monoinsaturada, 4,9% de gordura polinsaturada e 9% de gordura saturada. A relação Gordura monoinsaturada: saturada será de 2,0, a ingestão de fibra de 33 g por dia, de vitamina C de 225 mg/dia e folatos 508,2 µg/dia.

Neste contexto, a frugalidade é algo inerente a estas recomendações, imperando assim a sugestão de um consumo moderado (Trichopoulou et al., 2014).

As informações quantitativas permitem ser usadas para a identificação do padrão alimentar mediterrânico, mediante uma abordagem *a priori*, com a formulação de índices de adesão (Bach et al., 2006), ou através de uma abordagem *a posteriori*, com recurso a técnicas estatísticas multivariadas, que analisam o consumo alimentar reportado pela população (Assi et al., 2016; Newby & Tucker, 2004; Wirfalt, Drake, & Wallstrom, 2013).

#### - Ambiente

O termo mais associado ao ambiente no contexto da alimentação é a sustentabilidade alimentar, nomeadamente as dietas sustentáveis. Em 2010, a FAO e a *Bioversity International* (FAO/Bioversity, 2010) organizaram um simpósio científico internacional sobre “biodiversidade e dietas sustentáveis”, onde se obteve o consenso sobre a definição de dieta sustentável:

São as dietas com baixo impacto ambiental que contribuem para a segurança alimentar e para uma vida saudável para as gerações presentes e futuras. Dietas sustentáveis são protetoras e respeitadoras da biodiversidade e dos ecossistemas, culturalmente aceites, acessíveis, economicamente justas e baratas; são nutricionalmente adequadas, seguras e saudáveis; enquanto otimizam os recursos naturais e humanos.

A Dieta Mediterrânica, enquanto modelo de dieta sustentável, apresenta conceitos de biodiversidade, de ambiente, de economia, de saúde, de sazonalidade, de tradicionalidade dos alimentos, de consumo preferencial de produtos locais e frescos, e da utilização de cadeias curtas de distribuição (Burlingame & Dernini, 2011).

#### - Convivialidade

A família é um elemento de excelência na Dieta Mediterrânica. À volta da mesa fazem-se as refeições, conversa-se, diverte-se e transmite-se ensinamentos entre gerações, onde a mulher assume um papel de realce (Barros et al., 2013; Moreno, 2015; Queiroz, 2015b; Valação, 2015). Cozinhar, estar sentado em redor da mesa e partilhar comida no seio da família ou de amigos, promove um suporte social e a noção de comunidade (Serra-Majem, Bach-Faig, & Raido-Quintana, 2012), onde imperam valores de hospitalidade ou vizinhança. Esta convivialidade, que permite trocas sociais e de comunicação, passa também para a comunidade, onde a Dieta Mediterrânica é dinamizada por Associações, confrarias e comissões de festas que permitem a organização de celebrações e festivais, onde a alimentação é o mote para o seu desenvolvimento e festividade (Barros et al., 2013; Queiroz, 2015a).

#### - Cultura

A Dieta Mediterrânica resulta de uma confluência de civilizações de diferentes continentes, cujas populações interagiram e se influenciaram ao longo dos tempos, através da sua fixação na área geográfica do Mediterrâneo. Deste processo resultou uma “cultura mediterrânica”, fruto da diversidade de componentes alimentares, étnicas e religiosas, que se passou de geração para geração (Queiroz, 2015c). Assistiu-se a uma ritualização dos alimentos do Mediterrâneo, havendo uma forte relação entre os alimentos, a sua produção e as festividades e celebrações, muito comuns nesta região e que caracterizam os povos da mesma (Queiroz, 2015a). A importância dada a alimentos como o pão, o azeite e o vinho era transversal a várias religiões e também a costumes pagãos (Queiroz, 2015a), pelo que a harmonia entre os vários elementos também caracteriza a cultura destes povos.

Integrado no conceito de “Cultura”, surge o “Património”, como algo que herdamos do passado. Em 2003, a UNESCO aprovou a Convenção para a Salvaguarda do Património Cultural Imaterial, no sentido de promover uma proteção internacional do património cultural, de forma a proteger os sítios de valor universal excecional e a diversidade, que até então se destinava



apenas ao património cultural tangível, móvel e imóvel (UNESCO, 2003). A Dieta Mediterrânica foi integrada na lista representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade precisamente com o objetivo de preservar e promover a transmissão desta herança às gerações futuras, de forma a recriarem-na, uma vez que representa um modelo cultural que rapidamente se perde se não for preservado e promovido (UNESCO, 2013).

#### - Estilo de vida

Na Infopédia (Infopédia, 2018) é possível ler sobre a definição de estilos de vida:

Prendem-se com práticas quotidianas e formas de consumo que envolvem escolhas particulares e identitárias em domínios tão díspares como a habitação, a alimentação, os usos do corpo, o vestuário, a aparência, os hábitos de trabalho, o lazer, a religião, a arte, a organização do espaço e do tempo ou o convívio com os outros atores sociais. Distintos e distintivos, com homologias ou correspondências significativas a ligar as suas diversas componentes, os estilos de vida tendem a configurar-se de forma coerente e a exprimir as identidades pessoais e coletivas.

Mikael Jensen apresenta uma proposta de definição para estilo de vida, onde o identifica como um padrão de atos repetidos que são dinâmicos e, até certo ponto, ignorados pelo indivíduo, e que envolvem o uso de artefactos. Este estilo de vida é baseado em crenças sobre o mundo, e sua manutenção ao longo do tempo é orientada por intenções para atingir objetivos. Em outras palavras, um estilo de vida é um conjunto de hábitos que são direcionados pelo mesmo objetivo principal. É regulado por feedback (social) e pelo acesso a artefactos (Jensen, 2007).

Neste contexto, poderá ser inserido o descanso adequado reportado como característica dos Mediterrânicos (Keys & Keys, 1975; Queiroz, 2015b), através de uma sesta diária (Naska, Oikonomou, Trichopoulou, Psaltopoulou, & Trichopoulos, 2007); os hábitos culinários mais comuns, como as sopas, os guisados, os estufados, as açordas (Barros et al., 2013; Moreno, 2015; Valagão, 2015); a opção preferencial por produtos frescos, locais e da época (Barros et al., 2013; Keys, 1995; Moreno, 2015) e a atividade física regular (Keys & Keys, 1975).

#### - Produção Alimentar

A componente da procura dos alimentos e/a sua produção são muito fortes nesta zona. Com base na agricultura, pesca e pecuária, é possível obter no Mediterrâneo uma diversidade interessante de alimentos. Sendo o

solo fértil, conjugado com condições geoclimáticas favoráveis, é possível aceder a uma diversidade de espécies vegetais considerável, desde os cereais, aos produtos hortícolas, à fruta, às ervas aromáticas, aos frutos oleaginosos, ao azeite e ao vinho (Queiroz, 2015e, 2015f). O modelo de produção e colheita dos produtos respeita a biodiversidade, preserva os recursos naturais e aposta na sazonalidade, sendo, por isso, comumente apontado como um exemplo de sustentabilidade ambiental (Donini et al., 2016).

#### - Saúde

A Organização Mundial da Saúde define “Saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946).

A Dieta Mediterrânica começou por ser associada à redução da incidência de doenças coronárias, tendo em conta o baixo conteúdo de gordura saturada, com base nos dados do Estudo dos “Sete Países” (Keys & Keys, 1975). Depois desse estudo, vários foram os estudos que se multiplicaram, obtendo-se informação sobre a vantagem em se ter uma Dieta Mediterrânica face à diminuição do risco de diversas doenças: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes tipo 2, síndrome metabólica, doenças neurodegenerativas, cancro, relacionando-se com a longevidade (Martinez-Lacoba, Pardo-Garcia, Amo-Saus, & Escribano-Sotos, 2018; Trichopoulou et al., 2014).

A necessidade de alteração de dieta é algo reportado desde há muito tempo, possivelmente desde o Estudo dos Sete Países de Ancel Keys (Keys & Keys, 1975). Contudo, apesar do alerta e conhecimento gerado desde então, as escolhas alimentares vêm-se a deteriorar, o que se traduz num pior estado de saúde (Lang, 2013).

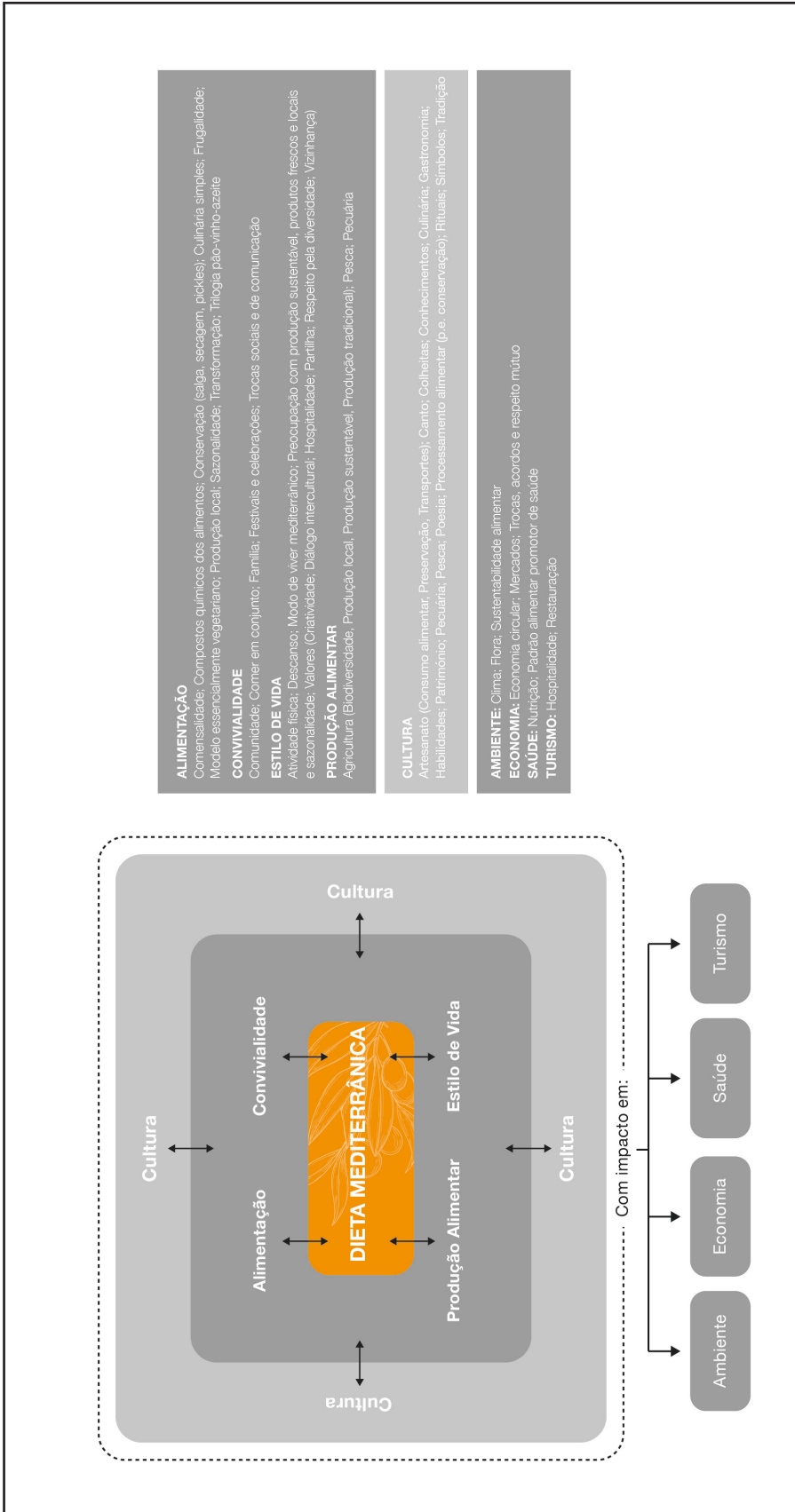
#### Fase Empírica

Foram administrados 13 questionários semiestruturados presenciais com uma média de 30,5 minutos de realização de cada entrevista, entre maio e junho de 2017.

#### Fase Analítica

Com base na revisão da literatura apresentada na fase teórica e no levantamento e caracterização das perceções sobre o conceito de Dieta Mediterrânica da fase empírica, foi possível efetuar um mapeamento de diferentes perceções do conceito de Dieta Mediterrânica que resume toda esta reflexão e que permitiu apresentar uma versão unificadora e os termos que poderão ser indicados quando se expõe este conceito (Figura 2).





**ALIMENTAÇÃO**  
Comensalidade; Compostos químicos dos alimentos; Conservação (salga, secagem, pickles); Culinária simples; Frugalidade; Modelo essencialmente vegetariano; Produção local; Sazonalidade; Transformação; Infilogia pão-vinho-azeite

**CONVIVALIDADE**  
Comunidade; Comer em conjunto; Família; Festivais e celebrações; Trocas sociais e de comunicação

**ESTILO DE VIDA**  
Atividade física; Descanso; Modo de viver mediterrânico; Preocupação com produção sustentável; produtos frescos e locais e sazonalidade; Valores (Criatividade, Diálogo intercultural; Hospitalidade; Partilha; Respeito pela diversidade, Vizinhança)

**PRODUÇÃO ALIMENTAR**  
Agricultura (Biodiversidade, Produção local, Produção sustentável, Produção tradicional); Pesca; Pecuária

**CULTURA**  
Artesanato (Consumo alimentar, Preservação, Transportes); Canto; Colheitas; Conhecimentos; Culinária; Gastronomia; Habilidades; Património; Pecuária; Pesca; Poesia; Processamento alimentar (p.e. conservação); Rituais; Símbolos; Tradição

**AMBIENTE:** Clima; Flora; Sustentabilidade alimentar

**ECONOMIA:** Economia circular; Mercados; Trocas; acordos e respeito mútuo

**SAÚDE:** Nutrição; Padrão alimentar promotor de saúde

**TURISMO:** Hospitalidade; Restauração

**Figura 2.** Mapeamento do conceito de Dieta Mediterrânica, com base na literatura e perceções de especialistas do Algarve/Portugal em Dieta Mediterrânica.

Proposta de análise global: A Dieta Mediterrânica assenta em quatro eixos – Alimentação, Convivialidade, Produção Alimentar e Estilo de vida – representando um modelo cultural, com impacto em áreas como o ambiente, a economia, a saúde e o turismo. Toda esta envolvimento é passível de conduzir ao desenvolvimento de estratégias e/ou políticas que preservem e promovam a Dieta Mediterrânica.

## 2. Evolução do conceito

Quando os entrevistados deste estudo foram questionados sobre a evolução do conceito de Dieta Mediterrânica, destacaram a importância da distinção como Património Cultural Imaterial da Humanidade pela UNESCO, como um dos principais marcos, referindo ainda que consideravam que o conceito não era estático, visto representar um modelo cultural e, por isso, dinâmico:

Estamos perante um conceito construído. Reconstruído, reinventado ao longo dos séculos. [ID 03]

O conceito de Dieta Mediterrânica surgiu muito ligado à componente da saúde e a dimensão e a divulgação que o conceito de Dieta Mediterrânica teve desde o tempo de Ancel Keys, que foi quem trouxe o conceito para a ribalta, por assim dizer, está muito relacionado com a saúde, com a investigação científica na área da saúde, com a promoção da saúde e hábitos alimentares, saúde nas suas diferentes vertentes, saúde não só cardiovascular como foram os conceitos da investigação inicial, mas também saúde noutras vertentes, de combate à obesidade, prevenção do aparecimento de doenças crónicas metabólicas não transmissíveis na sua diversidade, de alimentação mediterrânica e saúde óssea, saúde mental. [ID 05]

A evolução fez com que o conceito aparecesse [...] temos a tecnologia que nos ajuda nessa evolução, claramente. [ID 01]

Eu acho que evoluiu claramente, quer dizer, o facto de termos alargado o número de disciplinas e de potenciais interessados na Dieta Mediterrânica trouxe um enriquecimento ao conceito porque contributos que surgiram de vários lados e o facto de, por vezes, as coisas poderem parecer contraditórias nalguns aspetos, porque nós, por exemplo, com o trabalho com a UNESCO não estamos muito voltados para as questões económicas. [ID 12]

Não é um conceito estanque. [ID 02]

Evoluiu [a Dieta Mediterrânica] porque a partir do momento em que ela começou a ser estudada como potencial promotor de saúde, se calhar houve até, não sei, uma apropriação do conceito de Dieta Mediterrânica para fazer valer outros pontos de vista e outras ideias [ID02].

Então evoluiu porque se adaptou àquilo que seriam também as recomendações científicas associadas à alimentação e a esse estilo de vida. [ID 02]

... passamos de uma visão extraordinariamente focada e redutora e minimalista de apenas e só prevenir as doenças cardiovasculares, [...] culminando aqui com uma visão muito social e cultural. [ID 07]

A cultura pode ser tudo menos ser estática. Isto é, não existe, ao contrário do que as pessoas podem pensar,

um estatismo nas práticas culturais, não há, as práticas culturais são extremamente dinâmicas e mais, estão em constante evolução e resultado das interações sociais, culturais, geográficas, etc. Portanto, há sempre uma evolução. [ID 08]

A candidatura a património imaterial da Humanidade veio ajudar, primeiro, a criar, a justificar o porquê da identidade mediterrânica e por outro lado gerar aqui um conjunto de informação para que pudesse ser dinamizado e replicado junto das pessoas em geral, inclusive do consumidor comum. [ID 13]

Este conceito patrimonializado é um conceito cultural, cultura, e a cultura é a cultura intangível, por isso é o património imaterial, é a cultura tangível, a agrícola, a piscicultura, a da conservação, tudo. [...] O conceito patrimonializado atualmente é o cultural. [ID 04]

Destacou-se também a oportunidade associada à distinção atribuída à Dieta Mediterrânica, para valorizar os recursos que o país tem e servir de motor para melhorar a sua promoção:

E, portanto, esta questão da Dieta Mediterrânica associada a vários países do Mediterrâneo e esta candidatura e este, digamos, Património Cultural Imaterial da Humanidade acho que veio também dar aqui um sentido às coisas completamente diferente, de uma sensibilidade diferente, um olhar para estas áreas de uma forma, enfim, no sentido de valorizarmos mais, percebermos mais o quanto é importante termos coisas ao pé que nem sempre sentimos e valorizamos e em função desta candidatura e desta aceitação, digamos, mundial também fez-nos aqui ter intervenções de mais responsabilidade, de mais exigência, mais parcerias envolvendo, enfim, as instituições de uma forma transversal, cada uma fazendo aquilo que tem a fazer, umas mais na ação direta, outras mais na promoção, outras mais na divulgação, outras mais no sentido da funcionalidade... [...] Portanto, sem artificialidade, sem fazermos aqui, digamos, mascararmos as coisas, maquilharmos as coisas e eu acho que nesse contexto acho que temos sido felizes e que temos aproveitado bem este processo, desta candidatura e desta valorização deste conceito, deste estilo de vida saudável que, enfim, a região tem procurado aproveitar, particularmente estes últimos 3 anos. [ID 09]

Todavia, foi também notado que a perceção de que o conceito seria passível de evolução poderia ser errada, sendo que o que evoluiria seria a sociedade, adaptando-se o conceito a essas alterações:

Não é o conceito que evolui, é a sociedade que evolui, que impõe uma reflexão e uma reinterpretação. [ID 04]

O que nós podíamos era ver o que há de bom na tradição, porque as tradições são o nosso húmus cultural. Quer

queira quer não, uma sociedade sem tradição não existe. E nós nascemos, caminhamos e avançamos, mesmo que fechemos os olhos, com esse húmus atrás de nós. Ora, vamos pegar nisso e vamos adaptar ao dia de hoje, de maneira engraçada, que se possa levar para a escola isto ou aquilo. [ID 04]

Ao questionar-se sobre a capacidade ou necessidade de evolução do conceito, os especialistas referem que é fundamental existir essa evolução, sobretudo adaptada à própria evolução da sociedade em que nos inserimos, de forma a melhor passar o conceito de Dieta Mediterrânica, sem que o mesmo se desvirtue ao longo do tempo:

...tudo isto é uma evolução, com os conceitos do passado, mas se calhar em proporções diferentes, de maneira diferente, e numa arquitetura dos diferentes setores. Portanto há uma evolução nítida. [ID 10]

As nossas necessidades atuais enquanto povo não são as mesmas necessidades que os nossos antepassados tinham e então este conceito de Dieta Mediterrânica tem que evoluir em função daquilo que é o nosso desenvolvimento [ID 13].

Tem que evoluir porque um conceito estanque é uma coisa que fica parada no tempo e morre, desaparece, não é? [...] E nós só podemos passar esse testemunho às gerações seguintes se nós soubermos adaptar a mensagem e o conceito e as práticas àquilo que é a sociedade atual, àquilo que são as exigências da sociedade atual, àquilo que são as características das gerações seguintes. [ID 05]

Se nós pegarmos nos grandes conceitos-chave, a frugalidade, no respeito pela produção sazonal dos bens alimentares, sejam eles quais forem e nos grandes grupos de alimentos e juntarmos a isso o modo de preparação simples, aquela cozinha que eu gosto de definir como sendo uma cozinha de água e tacho... depois se o tacho é de aço inoxidável ou de cobre como era no tempo dos nossos avós, acho que não faz diferença nenhuma [...] Faz diferença é a maneira como nós abordamos a prática do consumo de alimentos e a prática da preparação dos alimentos e a aquisição dos alimentos. [ID 06]

A Dieta Mediterrânica sendo um estilo de vida é uma prática cultural, um conjunto de práticas culturais, evolui necessariamente. Agora, não pode é perder a sua lógica, não pode perder a sua coerência. [ID 08]

...nós não temos que, à volta de um conceito e à volta de um perfil, à volta de um padrão gastronómico, estarmos reportados aos padrões de há 500 anos atrás. Agora, a ideia geral é que tem que se manter porque senão já não é a mesma coisa. [ID 11]

Foi ainda focada a mensagem de que a evolução do conceito deve ser acompanhada de forma a não se verificar a desvirtuação do conceito, no sentido de se

ter algo completamente diferente da sua génese. Desta forma, atribui-se especial relevância aos planos de salvaguarda do conceito de Dieta Mediterrânica:

...porque quando se desvirtua o conceito criamos outra coisa qualquer. E, por isso, é que o esforço da UNESCO é enorme nesta matéria, isto é, porque a UNESCO reduz-nos ou traz-nos para uma outra dimensão, que é a dimensão de que a história e a cultura ancestral deve ser preservada, que os atuais devem legar este ativo enorme de capital histórico e tradicional que deve ser preservado, registado, isto é, devemos ter um plano de salvaguarda para tudo isto e legar para o futuro. [ID 11]

## Discussão

Identificar uma definição de Dieta Mediterrânica será fundamental para uma melhor reprodução e preservação do conceito. Courtney Davis, em 2015, publicou uma revisão da literatura sobre a definição de Dieta Mediterrânica, apontando-lhe uma definição quantitativa de alimentos e grupos de alimentos, nutrientes e conteúdo em flavonoides (Davis et al., 2015). Poderá consultar-se na literatura várias formas de definir Dieta Mediterrânica: como um padrão alimentar, com base em guias alimentares, como a pirâmide, em sistemas a priori ou a posteriori de construção de padrões alimentares, com base em alimentos ou nutrientes, como modelo cultural ou como modelo de sustentabilidade (Bach-Faig et al., 2011; Davis et al., 2015; Donini et al., 2016; Saura-Calixto & Goni, 2009; Trichopoulou et al., 1995; Willett et al., 1995). No caso do uso dos modelos de avaliação da adesão é, assim, possível encontrar algumas discrepâncias nas definições, por via da utilização de diferentes critérios ou pontos de corte adotados (Radd-Vagenas, Kouris-Blazos, Singh, & Flood, 2017; Real, Queiroz, & Graça, 2019). Contudo, ao consultar a literatura é frequente verificar um especial enfoque sobre as características alimentares da Dieta Mediterrânica quando se faz a sua caracterização. Todavia, para além da alimentação existem outros fatores importantes que, em conjunto com questões alimentares, contribuem para os benefícios apontados, nomeadamente em termos de saúde e longevidade. Bellisle, em 2009, publicou um artigo onde referia precisamente alguns dos aspetos pouco destacados da Dieta Mediterrânica e que também influenciam o estado de saúde: a sesta, o número de refeições por dia, a presença ou ausência de lanches ou o horário das refeições (Bellisle, 2009).

De facto, a alimentação assume um papel central na vida social e cultural do Mediterrâneo, contudo, a definição de Dieta Mediterrânica vai mais além e assume-se como um modelo cultural complexo que reúne aspetos sociais

e culturais que se interrelacionam em torno de sistemas alimentares e nunca de forma independente (Dernini & Berry, 2015), o que poderá potenciar a sua transmissão entre gerações, mantendo os elementos estruturantes ao longo dos anos, apesar das alterações e evoluções sociais, comportamentais e históricas (Queiroz, 2015d).

O conceito de Dieta Mediterrânica apresentado por Ancel Keys (Keys, 1995) sublinhava uma relação nutriente-estado de saúde, com impacto positivo na saúde, mas que é relativamente robusta sob o ponto de vista da validação científica, visto ser algo relativamente fácil de avaliar e comprovar. Com a distinção da UNESCO, a definição inicial evoluiu para um conceito mais amplo onde se incorporam as questões culturais e sociais e onde a relação saúde-estilo de vida se tornam mais difíceis de estudar, já que as variáveis consideradas são menos definíveis e caracterizáveis. Além disso, não é fácil acumular evidência científica tão forte para estes elementos como a que obtemos com a componente alimentar da Dieta Mediterrânica.

O mapa de conceitos apresentado (Figura 2) resulta do somatório da consulta da literatura da área, daquilo que os entrevistados referiram e o que os investigadores consensualizaram sobre a matéria. Desta forma, se tivessem sido entrevistadas outras pessoas, eventualmente de outras zonas do país, o resultado poderia ser diferente. Um modelo conceptual permite apresentar os conceitos de forma integrada e dinâmica, não sendo fechado à possibilidade de se adaptar a forma de o apresentar à realidade que se tem, mediante a região ou o tipo de população. Além disso, deverá ser o mais transversal possível de forma a poder enquadrar a essência do conceito, mas ser permeável à evolução da sociedade onde o conceito se aplica, sem que se perca.

Da análise das perceções dos entrevistados deste estudo verificou-se que não existe uma ideia unificada sobre o que representa o conceito de Dieta Mediterrânica, o que é comum ao encontrado na literatura, como referido previamente. A distinção da Dieta Mediterrânica como Património Cultural Imaterial da Humanidade pela UNESCO veio redimensionar o conceito, relançando a discussão sobre o mesmo na comunidade científica e não científica. Começa-se, desta forma, a verificar uma desfragmentação do conceito inicial e uma redefinição do conceito de Dieta Mediterrânica, dado que é agora abordado e estudando cada vez por mais agentes, o que é indicativo da abrangência do conceito (Real & Graça, 2019).

Desde a altura das investigações de Ancel Keys no Mediterrâneo, muitas foram as alterações que se

verificaram ao longo dos tempos, devido a vários fatores, de onde se destaca a confluência de civilizações, as migrações e o turismo, o que permite uma transmissão de conhecimentos entre os povos, reinventando a sua forma de estar ao longo dos anos (Queiroz, 2015c). Além disso, também se pode considerar as alterações a nível da globalização dos sistemas de produção, acesso facilitado a alimentos de todo o mundo, bem como alteração de mentalidades e costumes, condicionados por fatores como a revolução reprodutiva, a emancipação da mulher na sociedade, a redução do tempo disponível para cozinhar, entre outros (CIHEAM, 2012). Todas estas vertentes podem ter efeito no estilo de vida, contribuindo para uma evolução a nível dos hábitos alimentares, verificando-se uma influência do Ocidente nos princípios da Dieta Mediterrânica, com conseqüente perda do equilíbrio alimentar característico desta Dieta.

A zona do Mediterrâneo sempre foi caracterizada pela introdução de novos alimentos, trazidos por outros povos, o que não contribuiu para o seu decréscimo de qualidade, pelo contrário, enriqueceu o portefólio de alimentos produzidos nesta zona do globo. Contudo, o que se assiste atualmente é a um crescimento de novos alimentos, sobretudo processados, e com conteúdos de açúcar, sal e/ou gorduras desproporcionais, promovendo um consumo frequente nos mesmos, desequilibrando a balança. Uma projeção da FAO para 2030 prevê o crescimento da oferta de produtos de origem animal e alimentos mais densos em termos energéticos (Alexandratos, 2006). Esta previsão, associada ao rápido urbanismo, aumento dos rendimentos da população, alterações tecnológicas no setor agroalimentar, disseminação de venda de comida económica e pobre em termos nutricionais e globalização podem por em questão a adesão à Dieta Mediterrânica (Alexandratos, 2006).

Dados de uma publicação recente apontam para uma estimativa de redução da adesão à Dieta Mediterrânica entre 1961-65 e 2000-03. Entre 2004-2011 estima-se uma estabilização da adesão, sendo que em 16 dos 41 países selecionados para o estudo, da latitude 40° Norte (países do Mediterrâneo, da Ásia, Japão, América do Norte e Península Ibérica) estima-se um aumento de adesão. Os países do Mediterrâneo apresentaram especial deterioração da adesão (Vilarnau et al., 2018).

Todavia, o património, não só alimentar, mas também cultural associado à Dieta Mediterrânica é passível de ser preservado, daí a distinção da UNESCO, onde Portugal se inseriu, em 2013 (Alexandratos, 2006; UNESCO, 2013). Esta distinção permitirá desenvolver formas



de preservar o conceito de Dieta Mediterrânica face às constantes evoluções que a sociedade apresenta. Quando se questionou sobre a eventual evolução do conceito de Dieta Mediterrânica, diversas foram as respostas sobre essa possibilidade ou o dinamismo que pode existir em redor da evolução da Dieta Mediterrânica. Contudo, um dos entrevistados referiu que a evolução a registar será a da sociedade e não a do conceito da Dieta Mediterrânica. A apresentação de diferentes pontos de vista sobre questões idênticas pode dever-se ao facto de a maior parte dos estudos e reflexões sobre Dieta Mediterrânica em Portugal terem ocorrido após a distinção da UNESCO, o conhecimento em Portugal é ainda pouco sólido, estando em clara fase de crescimento e sedimentação. Estima-se que o conhecimento sobre o assunto seja sobretudo proveniente da aplicação do conceito, e, por isso, muito mais utilitarista e menos assente numa discussão conceptual e a partir das suas premissas históricas.

A evolução da sociedade induz a inclusão de novos alimentos, novas técnicas, novas tecnologias e novos estilos de vida. O desafio será garantir que esta evolução não desvirtue os princípios originais da Dieta Mediterrânica. Será, portanto, importante promover a transmissão de memórias de saberes, cheiros e sabores entre gerações, integrando estes conhecimentos ancestrais na contemporaneidade (Queiroz, 2015d). O modelo de consumo alimentar investigado por Ancel Keys será facilmente adaptado ao longo dos anos. Contudo, a tradicionalidade de determinados fatores pode perder-se com a evolução da sociedade, daí a importância da UNESCO neste contexto, por tentar preservar o modelo como um todo. Para se proteger é necessário trabalhar uma definição clara do conceito. Contudo, no caso da Dieta Mediterrânica assistimos a uma definição bastante abrangente e que ainda se mantém em sedimentação em termos de conhecimento sobre a mesma, o que dificulta a capacidade de ser preservada e promovida às novas gerações.

Atualmente, o Mediterrâneo está também a passar por uma transição nutricional, onde coexistem problemas de desnutrição e obesidade e outras doenças crónicas não transmissíveis. As alterações alimentares ocorridas poderão dever-se a um aumento rápido da população, globalização e urbanização dos países desta região (Dernini et al., 2013).

Por outro lado, será importante perceber que pode existir uma definição de conceito transversal a todos os países do Mediterrâneo, mas que a sua aplicação poderá ser distinta em cada país, com base nas especificidades

de cada um (Dernini & Berry, 2015). Nos países do Mediterrâneo as tradições alimentares mudam de país para país (Trichopoulou, Soukara, & Vasilopoulou, 2007), tendo em conta as diferentes realidades de cada um a nível cultural, religioso, climatérico, económico ou social, emergindo, contudo, um traço comum que permite realçar aquilo que se reconhece como Dieta Mediterrânica, ou seja, a essência do seu conceito. Tendo em consideração todas as mudanças da sociedade, não se torna fácil implementar um modelo conceptual da Dieta Mediterrânica, pelo que é fundamental a sua discussão e promoção, sobretudo junto dos mais jovens. Neste contexto, foi desenvolvido um mapa conceptual da definição de Dieta Mediterrânica, com base nas perceções de um conjunto de personalidades de diferentes áreas representativas da Dieta Mediterrânica, do Algarve-Portugal, e avaliou-se as suas perceções sobre o conceito e evolução da Dieta Mediterrânica, sendo que esperamos que constituam ferramentas e informação importantes no processo de reflexão sobre a temática.

## Conclusões

Neste artigo foi apresentada uma análise extensiva do conceito de Dieta Mediterrânica, propondo-se a apresentação de um mapa conceptual, que realça a abrangência do conceito, colocando de parte a associação mais redutora exclusivamente à alimentação e saúde. Além disso, a sistematização da classificação do conceito de Dieta Mediterrânica num mapa assume-se como um modelo inovador que permitirá certamente uma comunicação mais facilitada da sua definição.

A perceção da Dieta Mediterrânica associada à cultura e a termos difusos e variados traz oportunidades, mas também algumas dificuldades a quem quer utilizar pedagogicamente o conceito. A ligação do conceito à saúde permitia uma mais fácil transmissão do mesmo, contudo, tornava-se incompleto. Neste sentido, será expectável que várias áreas do saber se interliguem e criem sinergias neste contexto de passagem da mensagem à população, nomeadamente às crianças, visto ser uma das formas mais apontadas para a necessária promoção e preservação da Dieta Mediterrânica. Também já o próprio Ancel Keys abordava a importância fulcral das crianças na passagem da mensagem da Dieta Mediterrânica aos seus pais (Keys, 1995).

A distinção da UNESCO como Património Cultural Imaterial da Humanidade veio consolidar a Dieta Mediterrânica como modelo cultural e dinâmico que deve ser preservado no contexto de uma sociedade que evolui

ao longo dos tempos, de forma a garantir a salvaguarda das premissas básicas do conceito para que este não se desvirtue no decorrer da evolução.

## Referências Bibliográficas

- CIHEAM. (2012). *Mediterra 2012. The Mediterranean Diet for Sustainable Regional Development*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Alexandratos, N. (2006). The Mediterranean diet in a world context. *Public Health Nutrition*, 9(1a), 111-117.
- Altomare, R., Cacciabauda, F., Damiano, G., Palumbo, V. D., Gioviale, M. C., Bellavia, M., . . . Lo Monte, A. I. (2013). The mediterranean diet: a history of health. *Iran Journal of Public Health*, 42(5), 449-457.
- Assi, N., Moskal, A., Slimani, N., Viallon, V., Chajes, V., Freisling, H., . . . Ferrari, P. (2016). A treelet transform analysis to relate nutrient patterns to the risk of hormonal receptor-defined breast cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Public Health Nutrition*, 19(2), 242-254. doi:10.1017/s1368980015000294.
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., . . . Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12a), 2274-2284. doi:10.1017/s1368980011002515.
- Bach, A., Serra-Majem, L., Carrasco, J. L., Roman, B., Ngo, J., Bertomeu, I., & Obrador, B. (2006). The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public Health Nutrition*, 9(1a), 132-146.
- Barros, V., Carrageta, M., Graça, P., Queiroz, J., & Sarmento, M. (2013). *Dieta Mediterrânica - Um património civilizacional partilhado*. Retrieved from Tavira: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10480/1/6927.pdf>.
- Bellisle, F. (2009). Infrequently asked questions about the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, 12(9a), 1644-1647. doi:10.1017/s1368980009990498.
- Berry, E. M., Arnoni, Y., & Aviram, M. (2011). The Middle Eastern and biblical origins of the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, 14(12a), 2288-2295. doi:10.1017/s1368980011002539.
- Burlingame, B., & Dernini, S. (2011). Sustainable diets: the Mediterranean diet as an example. *Public Health Nutrition*, 14(12a), 2285-2287. doi:10.1017/s1368980011002527.
- Carmena, R. (2006). Nota Biográfica del Dr. Ancel Keys. In P. y. A. Mediterranean Diet Foundation y Ministerio de Agricultura (Ed.), *Comer bien, sentirse bien. La receta Mediterránea*. Barcelona.
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J., & Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients*, 7(11), 9139-9153. doi:10.3390/nu7115459.
- Dernini, S., & Berry, E. M. (2015). Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern. *Frontiers in Nutrition*, 2, 15. doi:10.3389/fnut.2015.00015.
- Dernini, S., Meybeck, A., Burlingame, B., Gitz, V., Lacirignola, C., Debs, P., . . . El Bilali, H. (2013). Developing a methodological approach for assessing the sustainability of diets: The Mediterranean diet as a case study. *New Medit*, 12(3), 28-36.
- Donini, L. M., Dernini, S., Lairon, D., Serra-Majem, L., Amiot, M. J., Del Balzo, V., . . . Berry, E. M. (2016). A Consensus Proposal for Nutritional Indicators to Assess the Sustainability of a Healthy Diet: The Mediterranean Diet as a Case Study. *Frontiers Nutrition*, 3, 37. doi:10.3389/fnut.2016.00037.
- Falcato, J., & Graça, P. (2015). A Evolução Etimológica e Cultural do Termo "Dieta". *Revista Nutricias*, 24, 12-15.
- FAO. *Definitions for the purposes of the Codex Alimentarius*. Retrieved from <http://www.fao.org/docrep/005/Y2200E/y2200e07.htm>.
- FAO/Bioversity. (2010). *Report of the international symposium on Biodiversity and Sustainable Diets*. Retrieved from Rome: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/28506-0efe4aed57af34e2dbb8dc578d465df8b.pdf>.
- Infopédia. (2018). *Estilos de vida in Artigos de apoio Infopédia. 2003-2018*. Retrieved from [https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/\\$estilos-de-vida](https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/$estilos-de-vida).
- Jensen, M. (2007). Defining lifestyle. *Environmental Sciences*, 4(2), 63-73. doi:10.1080/15693430701472747.
- Keys, A. (1980). *Seven countries: a multivariate*

- analysis of death and coronary heart disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- Keys, A. (1995). Mediterranean diet and public health: personal reflections. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6 Suppl), 1321s-1323s.
- Keys, A., & Keys, M. (1975). *How to eat well and stay well. The Mediterranean way*. New York, USA: Doubleday Publishing.
- Lang, T. (2013). Alimentos sustentáveis para dietas sustentáveis? O desafio da saúde pública ecológica. In F. C. Gulbenkian (Ed.), *O Futuro da Alimentação: ambiente, saúde e economia* (pp. 247).
- Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I., Amo-Saus, E., & Escribano-Sotos, F. (2018). Mediterranean diet and health outcomes: a systematic meta-review. *European Journal of Public Health*, 28(5), 955-961. doi:10.1093/eurpub/cky113.
- Moreno, I. (2015). Culturas Mediterrânicas e sistemas alimentares: continuidades, imaginários e novos desafios. In U. d. Algarve (Ed.), *Dimensões da Dieta Mediterrânica: Património Cultural Imaterial da Humanidade* (pp. 301).
- Moro, E. (2016). The Mediterranean Diet from Ancel Keys to the UNESCO Cultural Heritage. *A Pattern of Sustainable Development between Myth and Reality. Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 223(Supplement C), 655-661. doi:https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.380.
- Naska, A., Oikonomou, E., Trichopoulou, A., Psaltopoulou, T., & Trichopoulos, D. (2007). Siesta in healthy adults and coronary mortality in the general population. *Archives of Internal Medicine*, 167(3), 296-301. doi:10.1001/archinte.167.3.296.
- Newby, P. K., & Tucker, K. L. (2004). Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: a review. *Nutrition Reviews*, 62(5), 177-203.
- Queiroz, J. (2015a). Alimentos sagrados e festividades cíclicas. In Althum.com (Ed.), *Dieta Mediterrânica: uma herança milenar para a humanidade* (2ª ed., pp. 255). Lisboa.
- Queiroz, J. (2015b). Dieta, um estilo de vida. In Althum.com (Ed.), *Dieta Mediterrânica: uma herança milenar para a humanidade* (2ª ed., pp. 255). Lisboa.
- Queiroz, J. (2015c). O Doutor “colesterol”: Ancel Keys e a “descoberta” da Dieta Mediterrânica. In Althum.com (Ed.), *Dieta Mediterrânica. Uma herança milenar para a Humanidade* (2ª ed., pp. 255). Lisboa.
- Queiroz, J. (2015d). *O padrão alimentar da Dieta Mediterrânica. Dieta Mediterrânica. Uma herança milenar para a humanidade* (2ª ed., pp. 255). Lisboa: Althum.com.
- Queiroz, J. (2015e). Ouro líquido do Mediterrâneo: o azeite. In Althum.com (Ed.), *Dieta Mediterrânica. Uma herança milenar para a humanidade* (2ª ed., pp. 255). Lisboa.
- Queiroz, J. (2015f). A vinha e o néctar dos Deuses. In Althum.com (Ed.), *Dieta Mediterrânica. Uma herança milenar para a humanidade* (2ª ed., pp. 255). Lisboa.
- Radd-Vagenas, S., Kouris-Blazos, A., Singh, M. F., & Flood, V. M. (2017). Evolution of Mediterranean diets and cuisine: concepts and definitions. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 26(5), 749-763. doi:10.6133/apjcn.082016.06.
- Real, H., & Graça, P. (2019). Marcos da História da Dieta Mediterrânica, desde Ancel Keys. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 17, 6-14.
- Real, H., & Graça, P. (2019). Perceções de utilização do conceito de Dieta Mediterrânica, potencial utilização indevida e perspetivas a explorar = Perceptions of use of the concept of Mediterranean diet, potential misuse and prospects to explore. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(2), 147-159.
- Real, H., Queiroz, J., & Graça, P. (2019). Mediterranean food pattern vs. Mediterranean diet: a necessary approach? *International Journal of Food Science Nutrition*, 1-12. doi:10.1080/09637486.2019.1617838.
- Saura-Calixto, F., & Goni, I. (2009). Definition of the Mediterranean diet based on bioactive compounds. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 49(2), 145-152. doi:10.1080/10408390701764732.
- Schwartz-Barcott, D., Patterson, B. J., Lusardi, P., & Farmer, B. C. (2002). From practice to theory: tightening the link via three fieldwork strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 281-289.
- Serra-Majem, L., Bach-Faig, A., & Raido-Quintana, B. (2012). Nutritional and cultural aspects of the

- Mediterranean diet. *International Journal of Vitamin and Nutrition Research*, 82(3), 157-162. doi:10.1024/0300-9831/a000106.
- Trichopoulou, A., Kouris-Blazos, A., Wahlqvist, M. L., Gnardellis, C., Lagiou, P., Polychronopoulos, E., . . . Trichopoulos, D. (1995). Diet and overall survival in elderly people. *British Medical Journal*, 311(7018), 1457-1460.
- Trichopoulou, A., & Lagiou, P. (1997). Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle. *Nutrition Reviews*, 55(11 Pt 1), 383-389.
- Trichopoulou, A., Martínez-González, M. A., Tong, T. Y. N., Forouhi, N. G., Khandelwal, S., Prabhakaran, D., . . . de Lorgeril, M. (2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: Views from experts around the world. *BioMed Central Medicine*, 12(1). doi:10.1186/1741-7015-12-112.
- Trichopoulou, A., Soukara, S., & Vasilopoulou, E. (2007). Traditional foods: a science and society perspective. *Trends in Food Science & Technology*, 18(8), 420-427. doi:10.1016/j.tifs.2007.03.007.
- UNESCO. (2003). *Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage*. Retrieved from Paris: <https://ich.unesco.org/en/convention>.
- UNESCO. (2013). *Mediterranean diet*. Retrieved from <http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/mediterranean-diet-00884>
- Valagão, M. M. (2015). Identidade alimentar mediterrânica de Portugal e do Algarve. In U. d. Algarve (Ed.), *Dimensões da Dieta Mediterrânica: Património Cultural Imaterial da Humanidade* (pp. 301).
- Vilarnau, C., Stracker, D. M., Funtikov, A., da Silva, R., Estruch, R., & Bach-Faig, A. (2019). Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72, 83–91. doi:10.1038/s41430-018-0313-9
- WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, 19 June - 22 July 1946*; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. New York.
- Wirfalt, E., Drake, I., & Wallstrom, P. (2013). What do review papers conclude about food and dietary patterns? *Food & Nutrition Research*, 57. doi:10.3402/fnr.v57i0.20523.
- G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., & Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6 Suppl), 1402s-1406s.



## Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig

### Healthcare communication barriers with amazigh immigrant

Carla Ferrerós Pagès<sup>a</sup>, Mònica Barrieras Angàs<sup>b</sup>, Francesc Roca Urgell<sup>a</sup>, Alícia Baltasar Bagué<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Grup de Lèxic i Gramàtica (GLG), Departament de Filologia i Comunicació, Facultat de Lletres, Universitat de Girona, España

<sup>b</sup> Grup d'Estudi de Llengües Amenazades (GELA), Departament d'Educació Lingüística i Literària, i Didàctica de les Ciències Experimentals i de la Matemàtica, Universitat de Barcelona, España

<sup>c</sup> Grup de Lèxic i Gramàtica (GLG), Departament d'Infermeria, Facultat d'Infermeria, Universitat de Girona, España

#### Resumen

**Introducción:** Estudio sobre problemas de comunicación asistencial teniendo en cuenta la institución y la lengua y cultura de los pacientes. Se estudiará la expresión de síntomas relacionados con cuestiones no orgánicas desde el punto de vista lingüístico, y que genera malentendidos que suelen pasar desapercibidos por los profesionales. **Objetivos:** El objetivo principal es analizar barreras de comunicación con pacientes de origen amazig. Los objetivos específicos son analizar recursos disponibles y formación relacionada con la atención a pacientes inmigrantes y describir dificultades de comunicación. **Metodología:** Cualitativa descriptiva. Realizado en los centros de atención primaria y hospitales de las comarcas de Girona y Barcelona escogidos al azar. Participantes: 32 informantes (13 médicos, 9 enfermeros, 4 mediadores y 6 trabajadores sociales). Se utilizó un cuestionario y una entrevista semiestructurada. El análisis de los discursos e interpretación de los contenidos se realizó con el soporte Atlas.ti 6.0. **Resultados:** Los profesionales refieren una distribución desigual de los pacientes inmigrantes y carencia de recursos y de tiempo. Las dificultades de comunicación son no son detectadas en la mayoría de los casos. **Conclusiones:** Algunas cuestiones lingüísticas pueden dificultar la comunicación. Más recursos y formación proporcionada por la institución podrían ayudar a solventar este problema.

Palabras clave: barreras de comunicación; diversidad cultural; inmigración; servicios de salud; atención primaria; *idioms of distress*.

#### Abstract

**Introduction:** Study about communication problems taking into account issues related to the institution and to patients' language and culture. The expression of symptoms related to non-organic issues will be studied from a linguistic point of view as it generates misunderstandings that may go unnoticed by professionals. **Objectives:** The main objective is to analyse the communication barriers with immigrant patients of Amazigh origin. Specific objectives: analyse the available resources and the training in relation to the care immigrant patients receive; detailing strictly linguistic difficulties. **Methodology:** Qualitative. Descriptive. Setting: Hospitals and primary health care centers in Girona and Barcelona areas have been chosen at random. Participants: 32 informants: 13 doctors, 9 nurses, 4 intercultural mediators and 6 social workers. Process followed: A survey and a partially structured interview. For the analysis of the conversations and the interpretation of their content Atlas.ti 6.0 software was employed. **Results:** The healthcare professionals detected an unequal distribution and a lack of resources and time. Possible communication difficulties go undetected in the majority of cases. **Conclusions:** Some linguistic aspects may make the communication between healthcare professionals and patients speaking different L1 difficult. More resources and training coming from healthcare institutions would help solve this problem.

Key words: barrier communication; cultural diversity; immigration; health services; primary care; idioms of distress.

## Introducción

Desde finales del siglo pasado coexisten en España un gran número de lenguas. En Cataluña, el colectivo inmigrante más numeroso es el formado por personas de procedencia marroquí con un total de 211.192 individuos, representando el 19,52% respecto el total de la población extranjera (Institut d'Estadística de Catalunya, 2018), la mayoría de las cuales tienen el amazig como primera lengua (L1) (Barrieras, 2014). La coexistencia de diferentes lenguas suele ocasionar dificultades de intercomprensión entre profesionales de la salud y pacientes (Crous, Gràcia y Baltasar, 2015), creándose una barrera de comunicación intercultural que tiene consecuencias negativas en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente (Gailly, 1997) y que puede ocasionar problemas médicamente significativos (Murray y Skull, 2005). Además, afecta la toma de decisiones, la planificación y la capacidad de proporcionar servicios de salud eficaces a las comunidades con lenguas, circunstancias migratorias y estatus socioeconómicos diferentes (Chu, 1998; Bowen, 2000).

Estas cuestiones han sido estudiadas desde diferentes disciplinas. En el ámbito de las ciencias de la salud, no obstante, existen pocas investigaciones sobre comunicación asistencial como se señala en la revisión bibliográfica realizada por López (2010), en especial el artículo dedicado a la asistencia de grupos marginalizados entre los cuales se puede contar la población inmigrante. Pero se han estudiado sobre todo desde disciplinas como la antropología y la comunicación intercultural (Comelles y Martínez, 1993; Almagro et al., 2010; Llosada, Vallverdú, Miró, Pijem y Guarga, 2012).

La expresión de los síntomas que hacen referencia a cuestiones no orgánicas puede tener significados distintos para los pacientes y profesionales que no hablan una misma lengua. Por ejemplo, los llamados *idioms of distress* se refieren a la expresión cultural de las enfermedades y tienen significados interpersonales y sociales amplios: explicitan síntomas somáticos y, si el profesional los interpreta incorrectamente, pueden llevar a procedimientos y tratamientos innecesarios o inadecuados (Desai y Chaturvedi, 2017). En un estudio realizado por Tamarit, Gallegos, Amela y Radu (2009) se señala que, cuando la comunicación entre profesional y paciente se ve afectada por el idioma, los profesionales se sienten insatisfechos y frustrados por la comunicación con los pacientes inmigrantes en contextos determinados.

Hay pocos estudios que analicen la comunicación

asistencial desde la perspectiva del léxico y la semántica (Crous, et al., 2016; Gràcia, Ferrerós y Baltasar, 2017; Ferrerós, 2019). Cada lengua muestra una manera distinta de segmentar y ordenar realidad. La categorización es un proceso cognitivo que agrupa y ordena las entidades y eventos de la realidad en función de rasgos relevantes (Taylor, 2002) y se refleja lingüísticamente en maneras diferentes de ordenar la realidad. Las lenguas muestran diferencias léxicas que pueden ocasionar malentendidos incluso cuando los interlocutores hablan la misma lengua. La polisemia es un fenómeno que muestra diferencias interlingüísticas importantes: es frecuente que las palabras para partes del cuerpo tengan más de un significado que pueden no coincidir interlingüísticamente (Ibarretxe-Antuñano, 1999; Ibarretxe-Antuñano, 2010). Las expresiones polisémicas son frecuentes en los *idioms of distress*, que ponen de manifiesto diferencias de codificación de significados mediante una misma palabra (Nitchter, 2010; Ferrerós, 2019).

Partimos de la hipótesis de que existen dificultades de comunicación, no detectadas por parte de los profesionales, derivadas de las diferencias interlingüísticas de categorización y de asignación de significados no literales a palabras que designan partes del cuerpo y que tales dificultades son agravadas por la falta de recursos y de formación en los centros asistenciales. A pesar de que el estudio es eminentemente lingüístico, consideramos que hay otras cuestiones que pueden interferir en el proceso comunicativo. Es por este motivo que, para conseguir el objetivo principal del estudio, analizar las barreras de comunicación con pacientes amazigs, nos planteamos dos objetivos específicos: 1) describir y analizar los recursos disponibles y la formación por parte de los profesionales; es decir, analizar aquellos aspectos relacionados con la comunicación con pacientes inmigrantes que atañen a la institución (subobjetivo 1) y 2) describir y analizar las dificultades de comunicación con un colectivo de pacientes inmigrantes concreto y muy presente en Cataluña, el que tiene como L1 la lengua amazig, derivadas de las diferencias de categorización y denominación de las partes del cuerpo y enfermedades (subobjetivo 2). Nos centramos en un solo colectivo por la imposibilidad de estudiar todas las dificultades lingüísticas de todas las comunidades atendidas.

## Participantes y métodos

### Diseño y contexto

Estudio cualitativo descriptivo realizado en Centros de Atención Primaria (CAPs) y hospitales de las comarcas

de Girona y Barcelona escogidos al azar: Martorell, Banyoles, Sarrià de Ter, Celrà, Salt, Anglès, Arbúcies, Girona y Sant Sadurní (años 2015-18).

### *Muestra y participantes*

El muestreo teórico fue la estrategia para escoger a los participantes. La selección de los participantes fue intencional, no aleatoria y no finalizó hasta alcanzar la saturación. Los criterios de inclusión fueron:

1. Profesión: médicos, enfermeros, mediadores o trabajadores sociales.
2. Sexo: esta variable puede influir en la obtención de información relacionada con temas que pueden ser considerados tabúes en ciertas culturas.
3. Lengua: se seleccionaron profesionales con L1 español y catalán y profesionales con L1 amazig (es decir, compartida con los pacientes que tenemos en cuenta en este trabajo).

La muestra está compuesta por 32 informantes: 13 médicos (9 mujeres, 4 hombres), 9 enfermeros (7 mujeres, 2 hombres), 4 mediadoras y 6 trabajadores sociales (4 mujeres, 2 hombres); 24 informantes, pues, son mujeres y 8 son hombres. Hay 2 mediadores, 2 trabajadores sociales, 1 médico y 1 enfermero que tienen el amazig o el árabe como L1. La presencia de las dos lenguas se justifica porque, al tratarse de lenguas en contacto con grandes interferencias mutuas y habladas por comunidades que comparten rasgos culturales, los profesionales con L1 árabe proporcionan información relevante. A cada participante se le solicitó el consentimiento informado para la grabación de los discursos. A cada informante le corresponde una etiqueta compuesta por el nombre de su profesión y un número que hace referencia al orden de realización de las entrevistas. Así, por ejemplo, la etiqueta "Enfermera 3" designa a la tercera enfermera entrevistada.

### *Obtención de los datos*

1. En relación con los datos sobre la comunicación con pacientes inmigrantes que atañen a la institución (subobjetivo 1), se utilizó un cuestionario sobre aspectos relacionados con la institución: número, procedencia y L1 de los pacientes, los recursos para facilitar la comunicación, el tipo de formación recibida relacionada con la atención a pacientes inmigrantes y la existencia de un protocolo de atención.
2. En relación con los datos estrictamente lingüísticos y culturales (subobjetivo 2), se realizó una entrevista

semiestructurada sobre las posibles dificultades lingüísticas y culturales que llevan a una mala comprensión entre el paciente inmigrante y el profesional de la salud, estructurada en dos partes: 1) diferencias de categorización a partir de ejemplos expuestos por el entrevistador y 2) diferencias de asignación de significados a palabras polisémicas mediante procesos de metáfora o de metonimia.

### *Análisis de los datos*

1. Lectura en profundidad para extraer las unidades de significado más relevantes que emergían de los discursos.
2. Agrupación en categorías que aglutinaban aquellas unidades de significado más pequeñas que tenían algo en común.
3. Interpretación de los contenidos de cada categoría mediante Atlas ti 6.0.

## **Resultados**

En este apartado se analizarán resultados relacionados con dos categorías principales correspondientes a los dos subobjetivos del estudio.

### *Institución*

#### *Organización institucional*

Los profesionales entrevistados indicaron el número de pacientes inmigrantes atendidos diariamente (en la tabla 2 no incluimos los mediadores interculturales, ya que, debido a la naturaleza de su trabajo todos los pacientes que atienden son de origen extranjero) (Ver tabla 2).

En lo que hace referencia a la formación, 11 de los profesionales entrevistados afirman que no han recibido ningún tipo de formación relacionada con la atención a pacientes inmigrantes: 5 médicos/-as, 2 enfermeros/-as y 4 trabajadores/-as sociales. Dejamos de lado las mediadoras interculturales, que tienen una formación específica para la atención a las personas de cada comunidad.

La mayoría de la formación recibida por el resto de profesionales gira en torno a las siguientes cuestiones no lingüísticas: diabetes y Ramadán; mutilación genital femenina; y/o enfermedades tropicales y vacunación.

Solo una enfermera (Banyoles) y un médico (Montilivi) mencionan un curso de comunicación verbal y no verbal, y 3 profesionales de Martorell aluden a sesiones de atención al inmigrante centradas en el protocolo de actuación.

Dos de los trabajadores/-as sociales entrevistados también tienen formación específica en interculturalidad, pero no ofrecida por la institución (por ejemplo, uno de ellos se refiere su licenciatura en antropología social y

cultural). Algunos de los profesionales reclaman también la necesidad de formación específica para profesionales o conferencias impartidas por personas de cada país de origen de las comunidades mayoritarias.

**Tabla 1.** Categorías, subcategorías, barreras y facilitadores.

Categorías	Subcategorías	Facilitador	Barrera
Institución	Organización	Distribución desigual de inmigrantes	Distribución desigual de inmigrantes
		Bajo número de pacientes	Alto número de pacientes
		Formación lingüística y cultural	Falta de formación lingüística y cultural
		Protocolo consensuado	Falta de protocolo consensuado
	Gestión económica	Más tiempo asistencial	Falta de tiempo asistencial
		Equipos cualificados	Falta de espacios
		Presencia del mediador	Ausencia de recursos útiles
		Disponibilidad de recursos útiles	
Comunicación profesionales-pacientes	Categorización y denominación	Misma L1 profesional - paciente	Diferente L1 profesional - paciente
		Uso de otras lenguas compartidas	Desconocimiento de fenómenos lingüísticos/culturales
	Diferencias en la asignación de significados no literales	Escolarización del paciente en país de acogida	



**Tabla 2.** Número y porcentaje de pacientes de origen extranjero atendidos al día.

	Médicos/-as	Enfermeros/-as	Trabajadores/-as Sociales
Más de 30	1	1	-
Entre 25 y 29	5	3	-
Entre 20 y 24	-	-	-
Total, N=	N= 6 (46,15%)	N= 4 (44,4%)	
Entre 15 y 19	-	-	-
Entre 10 y 14	2	1	1
Total, N=	N=2 (15,38%)	N=1 (11,11%)	N=1 (16,67%)
Entre 5 y 9	5	4	3
Menos de 5	-	-	2
Total, N=	N= 5 (38,46%)	N=4 (44, 44%)	N=2 (83, 33)
Total, N=28	13	9	6

### Gestión económica

25 de los participantes creen que el equipo, los materiales y el tiempo del que disponen no son suficientes o son poco ágiles. Solo un médico cree que es mejor no utilizar los servicios de un mediador: «El mediador impide el contacto directo, y hay que tener en cuenta que el contacto directo ayuda a no alterar la información que nos da el paciente» (Médico 3). El resto de participantes creen que más mediadores interculturales y más tiempo de atención mejoraría el servicio ofrecido. Para suplir la falta de recursos, se utiliza material de apoyo: traductor de Google, Doctor Speaker, dibujos y mímica.

Todos los participantes afirman que hay pacientes que van acompañados por un amigo o un familiar en la consulta que actúa de traductor, y que, a pesar de ciertos inconvenientes (privacidad, confidencialidad, en muchos casos son niños, etc.) esto agiliza la consulta y facilita la comunicación.

Los 7 profesionales que afirman que los recursos son suficientes se dividen en dos categorías. 4 forman parte del grupo que atiende menos pacientes inmigrantes y afirman que pueden dedicarles tiempo. Los otros no tienen la sensación de que haya problemas de intercomprensión, a pesar de que las mediadoras interculturales señalan que existen dificultades no percibidas por parte del médico o enfermero, como veremos en el punto siguiente.

### Comunicación entre profesionales y pacientes

#### Diferencias de categorización

Solo una enfermera (de los profesionales con L1 catalán o castellano) afirma que ha tenido problemas de comunicación derivados de diferencias de categorización: «Tienen expresiones diferentes (...) y me ha pasado que no las he entendido y entonces les digo, 'que te refieres a...'. Entonces ya me lo explican de otra manera, porque claro, las expresiones son diferentes.» (Enfermera 7).

Los profesionales entrevistados de L1 amazig o árabe sí son conscientes de las dificultades derivadas de las diferencias de categorización en las lenguas implicadas. Las mediadoras interculturales, al tener una alta competencia en ambas lenguas, detectan dificultades que pasarían desapercibidas:

A pesar de que haya muchos pacientes que hablen catalán o español hay cosas que a veces no entienden. Dicen que sí, pero salen de allí sin idea de lo que les ha dicho el médico. A veces no encontramos la palabra exacta para explicarle al paciente o al profesional. A veces, el profesional te dice algo que entiendes, pero cuesta decirle al paciente qué quiere decir. No hay algunas palabras exactamente iguales, que den el mismo significado que dicen los dos (Mediadora 2).

En estas ocasiones pueden recurrir al francés cuando el paciente ha estado escolarizado en su país de origen, especialmente para referirse a enfermedades. Si los pacientes no están familiarizados con el francés o el inglés, los mediadores utilizan expresiones no técnicas y, por lo tanto, no coincidentes con las de la biomedicina occidental:

Me encuentro con muchos problemas de traducir enfermedades. Por ejemplo, si me dicen una neumonía y si la persona no entiende qué es, pues le digo: “¿sabes? El pulmón está enfermo” y ya está. La tuberculosis sería la “enfermedad del pulmón” (Mediadora 1).

Un médico con el árabe como L1 señala que en su lengua las enfermedades pueden etiquetarse con expresiones que explicitan alguno de los síntomas que producen, y una traducción literal puede conllevar malentendidos. Algunos de los ejemplos que menciona son del árabe, pero tienen expresiones equivalentes en amazig:

Una persona tiene una hernia y lo dice así: “que tengo un poco el vientre abierto”. O para decir que tiene un dolor de espalda, si hay una infección, dice: “el síntoma que tengo es que tengo aire en la espalda, tengo aire”. “Tengo un poco abierta la espalda (...) y necesito que alguien la cure y la cierre”. O, por ejemplo (...) la varicela, la gente mayor dicen que es la “roja” (...) porque antes las abuelas ponían un pañuelo a los niños, un pañuelo rojo para que no los cogiese un brujo. (...) Porque saben que es una enfermedad que el niño puede morir, porque antes sí se morían (...). Y ha quedado este tópico y lo cuentan así: “¡ya tiene la roja!” (...) También nosotros decimos “el perro”, que es la laringitis. Tiene la enfermedad del perro (Médico 12).

### Diferencias en la asignación de significados no literales

Algunos de los participantes afirman que muchos pacientes procedentes de Marruecos se quejan de dolor de cabeza y lo atribuyen a distintas causas:

Nos encontramos que hay muchos problemas de... de dolor. El umbral del dolor que tienen... parece que está más abajo» [o bien] «Supones que es un tema de estrés, pero cuando lo abordas, no lo asumen (...). Y al final ves que no hay una patología orgánica y piensas más en causas psicológicas. Pero no lo aceptan (...). Para ellos es un dolor de cabeza (Enfermera 1).

No solo el dolor de cabeza, sino sensaciones asociadas al corazón son referidas por los pacientes de origen marroquí, según los profesionales entrevistados:

Una niña pequeña vino un día con su madre, “me duele

el corazón, me duele el corazón”, y la madre (...) le buscó una visita al CAP y dice que no tiene nada en el corazón, tenía problemas de estómago (Médico 9).

En lo que hace referencia a las enfermedades no orgánicas, el médico con L1 árabe ha detectado que algunos pacientes hacen una descripción de los síntomas derivada de la asociación de significados no literales a partes del cuerpo distinta a la que se hace en catalán o en español:

“Me duele el corazón”, por la tristeza. O “siento que el hígado me estalla”. De la tristeza, de estar enfadado. Puede ser que vengan diciendo que les duele el hígado y es un dolor emocional, pero lo somatizan así. “Tengo la cabeza que me da vueltas”, también de una emoción. O “veo doble, no veo bien, veo a aquella persona doble”, de tanto dolor emocional que le ha producido (Médico 12).

También afirma que los amazigófonos de más edad explican los síntomas psíquicos como físicos:

Ellos vienen así y no te dicen... “tengo problemas, estoy triste”. Vienen y dicen: “mira, tengo algo que me aprieta el pecho y me ahoga”. Tú vas preguntando y llegas al punto. (...) Algunos dicen: “mira, tengo algo como si estoy poseído, tengo algo en la cabeza y después me deja ciego”. Es una migraña con aura (Médico 12).

## Discusión

En primer lugar, tendremos en cuenta los resultados relativos a la institución. Más allá de analizar la percepción que tienen los profesionales en lo que hace referencia a las dificultades lingüísticas de comunicación con un colectivo de pacientes de origen inmigrante, consideramos imprescindible describir también aquellos aspectos que dependen de la institución y que puedan tener una incidencia en la comunicación asistencial, como son los recursos disponibles y la formación recibida por parte de los profesionales. Otros estudios también relacionan el papel de la institución con la atención a los pacientes inmigrantes y las dificultades que puede conllevar el hecho de no compartir la lengua o aspectos culturales con los profesionales de la salud que los atienden (Tamarit et al., 2009).

En lo que hace referencia a la organización institucional y en relación con el número de pacientes atendidos por cada profesional, se observa que algunos atienden un alto número de pacientes inmigrantes y otros que atienden un número bajo, pero no hay casos intermedios. Esto se debe a la distribución desigual de la población en las zonas urbanas analizadas. Los profesionales que atienden menos pacientes inmigrantes son los de los

CAP de Montilivi (Girona), Martorell y Sant Sadurní.

Tampoco hemos visto uniformidad respecto a la formación recibida por los profesionales: gran parte de ella gira entorno a cuestiones no lingüísticas. Los profesionales más formados en comunicación y atención a los inmigrantes son aquellos que trabajan en CAP con un número menor de pacientes extranjeros.

Los profesionales hacen referencia a la falta de recursos (mediadores interculturales y mayor tiempo de atención). A veces la presencia de un familiar o amigo del paciente facilita la comunicación, aunque hay inconvenientes asociados como la falta de privacidad y la confidencialidad (Seguí, 2005). Los profesionales afirman que, para suplir la falta de recursos, usan traductores automáticos, dibujos y mímica. Pero esto conlleva varios problemas: el traductor de Google y programas similares requieren que el paciente sepa leer en su L1; la variedad recogida por los traductores es la estándar, desconocida por hablantes de variedades del árabe o del chino, por ejemplo; y algunas L1 de los pacientes no están contempladas. En el caso de la mímica, hay que señalar que muchos gestos no son universales y pueden provocar más problemas de comunicación (Vázquez, Terraza, Vargas y Lizana, 2009; Crous et al., 2016).

En lo que hace referencia a la comunicación entre profesionales y pacientes de L1 amazig, los mediadores interculturales afirman que algunas veces les es difícil traducir expresiones utilizadas por los profesionales de la salud. En algunos casos, recurren al francés. El hecho de que en Marruecos la lengua vehicular de los estudios científicos sea el francés o el inglés (Ennaji, 2005; Chaker, 2013) ha causado que las lenguas propias del territorio, el árabe marroquí y el amazig, no hayan accedido a este ámbito de uso. Cuando los pacientes no conocen el francés, los mediadores interculturales y los profesionales que comparten L1 con ellos utilizan expresiones no coincidentes con las de la biomedicina occidental. En este sentido, si en la consulta no hay un mediador intercultural y el profesional no tiene la misma L1 que el paciente, es posible que no se perciba que no hay una buena comprensión del discurso.

Otros problemas de comunicación se relacionan con la diferente asignación de significados a palabras para partes del cuerpo en las lenguas implicadas, los *idioms of distress* (Nitchter, 2010). Así, por ejemplo, el hecho de que muchos pacientes de origen marroquí se refieren a menudo al dolor de cabeza o a síntomas asociados con el corazón se relaciona con los diferentes significados que tienen estas palabras en amazig. Las partes del cuerpo que se suelen asociar con el dolor son designadas con

palabras polisémicas: 'cabeza', 'corazón', 'hígado', etc. Los significados no centrales de estas palabras en amazig no coinciden con los significados de las palabras equivalentes en catalán o español, pero los pacientes se los atribuyen al hablar la L2. En amazig, *azllif*, que tiene como significado principal 'cabeza', también codifica significados relacionados con el estrés o los nervios: "Cuando tienes problemas y estás muy estresado, tienes muchos nervios, dices en amazig "me explota la cabeza". El estrés, los nervios, cuando no das abasto o cuando no estás bien, eso se pone en la cabeza" (Ferrerós, 2019). Una traducción literal de esta expresión genera malentendidos en la consulta. Igualmente, la palabra *ul*, que en amazig significa literalmente 'corazón', por un proceso metonímico también puede designar 'estómago' en expresiones como *iteqsa-yi ul inu* (literalmente, 'me duele el corazón', 'tengo náuseas') (Taifi, 1996; Serhoual, 2002; El Adak, 2006). Este ejemplo explica las palabras reproducidas en el apartado anterior del profesional que refería el ejemplo de la adolescente con problemas gástricos.

Este estudio no está exento de limitaciones. El ámbito de estudio es relativamente reducido y no hay una distribución equilibrada de las variables tenidas en cuenta para la selección de participantes, en esta línea, hemos contado con más mujeres que hombres, y con más profesionales con L1 catalán o español que profesionales con L1 amazig.

## Conclusiones

Respecto a la institución, se observa una distribución desigual de la población extranjera en los centros donde trabajan los profesionales entrevistados. Es relevante que los más formados en cuestiones de comunicación y atención a los pacientes inmigrantes son los que trabajan en centros con menos pacientes extranjeros.

Los recursos (equipo, materiales y/o tiempo) son escasos y poco ágiles. Para suplir estas carencias, los profesionales utilizan material de apoyo que no resulta suficiente: el desconocimiento de las diferencias interlingüísticas de las lenguas habladas por los pacientes o de la no universalidad de la gestualidad pueden ocasionar malentendidos no detectados por profesionales y pacientes. Algunos profesionales se refieren al hecho de que hay pacientes que acuden a la consulta acompañados por amigos o familiares con más dominio de las L2. Aun así, este hecho conlleva ciertos inconvenientes, el más destacable de los cuales es la falta de privacidad.

Los mediadores afirman que las diferencias de



significado de las expresiones lingüísticas pueden ocasionar malentendidos no detectados por parte de médicos y enfermeros. Este trabajo ha puesto de manifiesto que algunas cuestiones lingüísticas, como las diferencias de categorización y de asignación de significados no literales a palabras para partes del cuerpo, pueden impedir la comunicación entre los profesionales y los pacientes incluso cuando ambos se expresan en la lengua de la comunidad de acogida.

#### Agradecimientos

A Berta Crous y Adrià Mayans la realización y transcripción de algunas de las entrevistas.

#### Financiación

Este trabajo ha sido financiado por los siguientes proyectos: Variación microparamétrica y cambio lingüístico en morfología, sintaxis y discurso (FFI2017-87140-C4-2-P) (MINECO) y Grup de lèxic i gramàtica (2017SGR1194) (AGAU).

### Referencias bibliográfica

- Almagro, M. J., Rojas, M. J., Guix, J., Garreta, S., Ribot, B., & Arija, V. (2010). Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad. *Atención Primaria*, 42(5), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.019>
- Barrieras, M. (2013). La cruïlla del multilingüisme: Les llengües dels catalans al segle XXI. *Divèrsia*, 3.
- Bowen, S. (2000). *Language barriers in access to health care*. Ottawa, Ontario: Health Canada.
- Comelles, J.M. y Martínez, A.M. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid, España: Eudema.
- Crous, B., Gràcia, L., y Baltasar, A. (2016). El corazón y la palabra: diferencias interlingüísticas y sus consecuencias en el ámbito de la salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(1), 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.04.008>
- Chaker, S. (2013). L'officialisation de tamazight (Maroc/Algérie): quelques réflexions et interrogations sur une dynamique aux incidences potentielles considérables. *Asinag*, 8, 35-50.
- Chu, C. (1998). Cross-cultural health issues in contemporary Australia. *Ethnicity & Health*, 3(1-2), 125-134. <https://doi.org/10.1080/13557858.1998.9961854>
- Desai, G. y Chaturvedi, S.K. (2017). Idioms of Distress. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8 (Supl. 1), pp 94-97. DOI: 10.4103/jnrp.jnrp\_235\_17.
- Desai, G., y Chaturvedi, S. K. (2017). Idioms of Distress. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8(Suppl 1), 94-97. [https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp\\_235\\_17](https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_235_17)
- El Adak, M. (2006). *Le figement lexical en rifain: étude des locutions relatives au corps humain* (Tesis Doctoral). Institut National de langues et civilisations Orientales de Paris.
- Ennaji, M. (2005). *Multilingualism, cultural identity, and education in Morocco*. New York : Springer Science & Business Media.
- Ferrerós, C. (2019). El cuerpo y las enfermedades en catalán por parte de hablantes de rifeño: Cuestiones léxicas y semánticas en la comunicación asistencial. En N. Rodríguez y B. Heinsch (Eds.), *Contextos multilingües. Mediadores interculturales, formación del profesorado de lenguas extranjeras* (pp. 221-242). Bern: Peter Lang.
- Gailly, A. (1997). Turkish immigrants in Belgium. En I. Al-Lissa y M. Tousignan (Eds.), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology* (pp. 147-164). New York: Plenum Press.
- Gràcia, L., Ferrerós, C., y Baltasar, A. (2017). El cuerpo y la palabra: diferencias interlingüísticas y sus consecuencias en el ámbito de la salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(6), 312-318. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.03.046>
- Ibarretxe-Antuñano, I. (1999). *Polysemy and Metaphor in Perception Verbs: A Cross-Linguistic Study*. (Tesis doctoral). University of Edinburgh.
- Ibarretxe-Antuñano, I. (2010). Lexicografía y Lingüística Cognitiva. *Revista Española de Lingüística Aplicada*, 23, 195-213.
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2018). *Padró municipal d'habitants*. Recuperado 4 de septiembre de 2019, de <https://www.idescat.cat/pub/?id=pmh>
- López, M.M. (2010). Comunicación Sanitaria y marginalidad. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 178-186.



- Llosada, J., Vallverdú, I., Miró, M., Pijem, C., y Guarga, A. (2012). Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria*, 44(2), 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.014>
- Murray, S. B., y Skull, S. A. (2005). Hurdles to health: immigrant and refugee health care in Australia. *Australian Health Review*, 29(1), 25-29. <https://doi.org/10.1071/AH050025>
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture Medicine and Psychiatry*, 34(2), 401-416. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6>
- Seguí, M. (2005). El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. Medicina de Familia. *Semergen*, 31(11), 505-507. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72980-4](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72980-4)
- Serhoual, M. (2002). *Dictionnaire tarifit-français* (Tesis Doctoral). Université Abdelmalek Essaâdi, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Tétouan.
- Taïfi, M. (1996). Étude sémantique comparative du terme "coeur" en arabe dialectal (qelb) et en berbère (ul). *Études et Documents Berbères*, (14), 153-162.
- Tamarit, I., Gallegos, D., Amela, R., y Radu, I. (2009). *Problemas éticos en la comunicación con los pacientes inmigrantes infecciosos de larga duración y con tratamientos paliativos: Informe final*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Taylor, J.R. (2002). *Linguistic Categorization*. New York: Oxford Textbooks in Linguistics.
- Vázquez, M. L., Terraza, R., Vargas, I., y Lizana, T. (2009). Necesidades de los profesionales de la salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402.

## A produção científica sobre a comunicação na revista brasileira *Interface*

### The scientific production about communication in the Brazilian journal *Interface*

Antonio Pithon Cyrino<sup>a</sup>, Andrea Langbecker<sup>b</sup>, Monica Petracci<sup>c</sup>, Janine Miranda Cardoso<sup>d</sup>, Ricardo Rodrigues Teixeira<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Brasil

<sup>b</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil

<sup>c</sup> Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina

<sup>d</sup> Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

<sup>e</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil

Revisiónes

#### Resumo

**Introdução:** Considerando a importância de *Interface* entre as revistas de Saúde Coletiva e enquanto espaço de produção de saberes e práticas nesse campo na América Latina, este trabalho teve como **objetivo** mapear a produção científica que investigou a comunicação, em suas diversas dimensões, durante os 20 anos desse periódico (de 1997 a 2017). **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo dos aspectos quantitativos e qualitativos da produção sobre comunicação mediante análise de conteúdo. **Resultados:** Nesse período, a revista publicou 1.343 manuscritos. Desse total, 154 manuscritos tiveram a comunicação como um dos seus objetos, o que representou 11,47% do total de artigos. Predominaram os estudos empíricos (52,60%), seguidos dos teóricos (25,97%). Os campos temáticos identificados foram: Mídias (26,62%); Saúde Coletiva (26,62%); Formação profissional (16,88%); Relacionamento profissional, paciente, família e serviço (14,29%); Tecnologias de Informação e Comunicação (9,09%); e Comunicação e Sociedade (1,30%). **Conclusão:** Essa diversidade temática demonstra a riqueza e heterogeneidade do campo Comunicação e Saúde. Entretanto, o baixo número de publicações relacionadas à comunicação evidencia a escassez da produção científica sobre esse objeto no campo da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: comunicação; mídia; Saúde Coletiva; formação profissional; relação profissional-paciente; Tecnologias de Informação e Comunicação.

#### Abstract

**Introduction:** Considering the importance of the Brazilian journal *Interface* among the Collective Health journals and as a space of production of knowledge and practices in the area in Latin America, this work **aimed** at mapping the scientific production related to communication in its various dimensions throughout the magazine's 20 years of existence (1997 to 2017). **Methodology:** This is a descriptive study of the quantitative and qualitative aspects of production on communication through content analysis. **Results:** During this period, the journal published 1,343 manuscripts among which 154 were related to communication, representing 11.47% of all papers. Empirical studies were predominant (52.6%), followed by theoretical studies (25.97%). The identified thematic fields were: Media (26.62%); Collective Health (26.62%); Professional education (16.88%); Professional relationship, patient/family/service (14.29%); Information and Communication Technologies (9.09%); and Communication and society (1.3%). **Conclusion:** This thematic diversity demonstrates the Communication and Health field's wealth and heterogeneity of topics. However, the low number of publications related to communication highlights the lack of scientific production on this matter in Collective Health.

Keywords: communication; media; collective health; professional education; professional-patient relationship; Information and Communication Technologies.

## Introdução

O surgimento da área de Comunicação e Saúde é recente e remonta à segunda metade do século XX, sendo formada a partir do encontro dessas duas áreas; e do entrelaçamento dos aspectos sociais e comunicacionais da saúde e, especialmente, para alguns autores, dos aspectos relacionados à Saúde Coletiva (Araújo & Cardoso, 2007; Petracci, 2012). Tem caráter interdisciplinar e polissêmico. Na América Latina, transita de uma fase de construção (Araújo e Cardoso, 2007; Cuberli, 2008) para a sua consolidação acadêmica.

Enquanto objeto de interesse científico, pode-se considerar que as pesquisas realizadas, nos Estados Unidos, foram pioneiras na reflexão sobre as particularidades da comunicação relacionadas à saúde. Na década de 1940, pesquisadores americanos encontraram nos centros de pesquisas interdisciplinares a possibilidade de desenvolver estudos relacionados à comunicação e saúde (Pessoni, 2006). Algumas pesquisas realizadas em Palo Alto, na Califórnia, também ganharam destaque, no fim da década de 1950, ao desenvolverem trabalhos sobre Psiquiatria a partir de uma abordagem comunicativa relacional (Valente, 2011).

Iturrizaga (2011) considera que, a partir da década de 1950/1960, a área transformou-se em um dos setores de destaque nos estudos de comunicação no âmbito anglo-saxônico. Já Rogers (1996) destaca a criação do *Stanford Heart Disease Prevention Program*, em 1971, como um propulsor que alavancou o processo de crescimento e reconhecimento dessa área de estudos (Rogers, 1996; Pessoni, 2006). A primeira revista acadêmica, a *Health Communication*, foi lançada em 1989, e a segunda, *Journal of Health Communication*, em 1996, sendo consideradas marcos importantes para a consolidação dessa área (Iturrizaga, 2011; Bertol, 2012).

No primeiro número dessa revista, o pesquisador norte-americano Everett Rogers apresentou um conceito de comunicação e saúde que se tornou uma referência:

Health communication is a specialty field of communication study that includes the media agenda-setting process for health issues; media advocacy for health; scientific communication among biomedical scientists; doctor-patient communication; and, particularly, the design and evaluation of preventive health communication campaigns” (Rogers, 1996, p. 15)

A partir dessa conceitualização, o mapeamento posterior da área da Comunicação e Saúde trouxe visibilidade à heterogeneidade do campo, à luz das mudanças comunicacionais contemporâneas (Cuberli y Araujo, 2015; Waisbord 2015; Rodríguez Zoya, 2017).

No caso brasileiro, foi somente a partir da década de 1990 que começaram a se desenvolver, de forma mais articulada, ações que impulsionaram a produção científica relacionada à comunicação e saúde, como a implementação de cursos de pós-graduação, criação de um grupo de trabalho em Comunicação e Saúde na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a realização de congressos nessa área (Araújo e Cardoso, 2007; Cardoso e Rocha, 2018).

Nesse contexto, foi lançado, durante o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 1997, o primeiro fascículo da revista *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Não havia, na época, periódico científico no Brasil e na América Latina com esse perfil (Cyrino et al., 2015).

De caráter interdisciplinar, o escopo da publicação versa sobre dois grandes eixos: a comunicação e a educação e sua inter-relação – tomando as palavras da própria revista – “com as práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas”.

Editada pela Universidade Estadual Paulista, *campus* Botucatu, a *Interface* privilegia pesquisas qualitativas com abordagens críticas e inovadoras para o campo em questão. A revista publica – em português, inglês e espanhol – textos ensaísticos, analíticos (teóricos ou empíricos), revisões de literatura, entrevistas, relatos de experiências, resenhas e comunicações breves.

É uma das nove revistas latino-americanas voltadas para comunicação que está indexada na base de dados Scopus, contando com um dos melhores índices: quartil Q2 e H5-Index 20 (Loterio-Echeverri, 2019). Também se encontra indexada na *Emerging Sources Citation Index* (incluída na plataforma *Web of Science*), *SciELO* e outras bases.

Em uma recente revisão de literatura sobre a comunicação em revistas de Saúde Pública no período 2005-2015, Terrón et al. (2017) destacaram a *Interface* pelo maior número de artigos sobre comunicação publicados. Na pesquisa – baseada na análise de 18 revistas de Saúde Pública de dez países disponíveis na base de dados *SciELO* –, constataram que, das 18 revistas analisadas, 12 traziam artigos com esse perfil,

o que representou 0,62% (124 artigos sobre um total de 19.866 manuscritos publicados). Apesar do número pouco expressivo de artigos sobre comunicação, 41,12% (51 artigos) correspondiam à Interface.

Os autores apontaram ainda que a Interface foi a revista que incluiu um maior número de artigos teórico-conceituais, pesquisas com métodos qualitativos e baseadas em técnicas sistemáticas.

Considerando a relevância dessa revista entre as publicações de Saúde Coletiva e enquanto espaço de produção de saberes e práticas nesse campo, este trabalho teve como objetivo mapear a produção científica que investigou a comunicação, em suas diversas dimensões, durante os 20 anos desse periódico (de 1997 a 2017). Acreditamos que, assim, é possível trazer um amplo mapeamento dessa produção, apresentando e refletindo sobre as tendências existentes e as abordagens presentes na área de Comunicação e Saúde na América Latina.

## Metodologia

Trata-se de estudo descritivo dos aspectos quantitativos e qualitativos da produção sobre comunicação mediante análise de conteúdo. Durante o período investigado - de 1997 a 2017 -, a revista publicou 1.343 manuscritos<sup>1</sup>.

Para a construção do *corpus* empírico, foram descarregados todos os manuscritos da Interface, disponíveis na plataforma Scielo. Para selecionar os artigos que compuseram a análise, foi realizada a leitura dos títulos, resumos e das palavras-chave de todos os manuscritos. No caso de dúvida, realizou-se a leitura do texto completo. Foram selecionados aqueles que tiveram a comunicação como objeto de investigação em suas múltiplas dimensões e recortes temáticos.

Foram utilizados como critério de exclusão: artigos que somente tangenciaram a comunicação; quando a comunicação foi resultante de outros objetos investigados; e quando esta foi somente utilizada para subsidiar discussões de outras temáticas.

Os manuscritos, incluídos no *corpus* empírico, foram lidos e relidos a fim de classificá-los segundo o tipo de estudo realizado – se empírico, teórico, relato de experiência, estudo de revisão ou estudo de caso – e segundo as seções da revista que publicaram essa temática. Também foram identificados os campos temáticos, tendo como

critério para a sua formação a presença de características similares que permitiram agrupá-los. Os manuscritos que não se adequaram a nenhuma classificação e apareceram em apenas um manuscrito foram identificados como “outros”. Embora um único artigo pudesse estar presente em mais de um campo, optou-se por classificá-lo no campo temático que melhor o representasse. Em busca de uma maior especificidade para o estudo, foram identificadas categorias, a fim de expressar os diferentes temas abordados.

Para garantir a confiabilidade na codificação, os dados foram codificados pelo primeiro autor (APC), seguido pelo segundo autor (AL). Após a conclusão da codificação, foram feitas alterações no esquema de codificação para dirimir eventuais discordâncias identificadas a fim de alcançar 100% de concordância.

## Resultados

### *A produção sobre comunicação na Interface*

Foram selecionados 154 manuscritos que tiveram a comunicação como um dos seus objetos, o que representou 11,47% do total de 1.343 artigos publicados. Houve publicações com esse enfoque em praticamente todos os anos investigados, com exceção de 2001. Conforme mostra o gráfico 1, há uma tendência de crescimento da produção nesta área, a despeito das oscilações anuais.

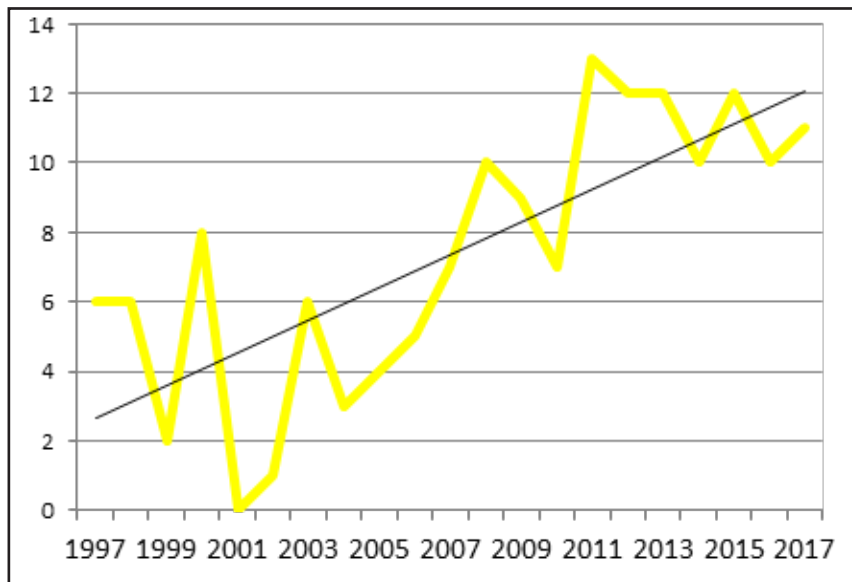
A temática da comunicação esteve presente em quase todas as seções da revista, mas majoritariamente na seção Artigos, conforme mostra a tabela 1. Essa seção publica textos analíticos ou de revisão oriundos de pesquisas originais teóricas ou de campo. Apresentando uma porcentagem próxima de publicações, apareceram as seções Espaço Aberto – que engloba notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico<sup>2</sup> – ; e Dossiê – que contempla ensaios ou textos analíticos temáticos a convite dos editores e resultantes de estudos e pesquisas.

Quanto ao tipo de estudo, destacaram-se os empíricos, seguidos dos teóricos. Os estudos de revisão e os estudos de caso foram os menos frequentes como mostra a tabela 2.

<sup>1</sup> Total de manuscritos publicados nas seções Artigos, Espaço Aberto, Revisão, Dossiê, Notas Breves e Debates.

<sup>2</sup> A partir de maio de 2016, essa seção se dedica exclusivamente a “textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista”, segundo especificado no site da revista.





**Gráfico 1.** Número de artigos publicados sobre comunicação com linha de tendência no período de 1997 a 2017.

**Tabela 1.** Número de manuscritos publicados por seção, de 1997 a 2017.

Seções	N	Frequência %
Artigos	104	67,53
Espaço aberto	22	14,29
Dossiê	18	11,69
Debates – artigo	5	3,25
Debates – comentários	4	2,60
Notas breves	1	0,64
Total	154	100%

**Tabela 2.** Tipo de estudos publicados na Interface de 1997 a 2017.

Tipo de estudo	N	Frequência %
Empírico	81	52,60
Teórico	40	25,97
Relato de experiência	20	12,99
Estudo de caso	6	3,90
Estudo de revisão	7	4,54
Total	154	100%

### *Campos temáticos: diversidade e riqueza de abordagens*

Os manuscritos selecionados foram agrupados em seis campos temáticos: “Mídias” (1), cujos artigos analisam a cobertura jornalística sobre temas da Saúde Coletiva – ou as redes sociais – ou discutiram a comunicação praticada pelos meios de comunicação; “Saúde Coletiva” (2), que concentra manuscritos que tematizaram as relações e o papel da comunicação nas suas várias dimensões nas práticas de Saúde Coletiva; “Formação profissional” (3), que contempla artigos que analisam a comunicação nos cursos de graduação em saúde e nas estratégias de formação continuada, bem como a

abordagem da comunicação e saúde na formação dos profissionais de comunicação; “Relação profissional saúde, paciente/família e serviço” (4), que analisa as práticas comunicativas entre esses atores; as “Tecnologias de informação e comunicação (TIC)” (5), quando o foco dos artigos foram as TIC em seus usos e impactos na saúde; e “Comunicação e sociedade” (6), com abordagens centradas na comunicação sem estabelecer uma conexão com a saúde.

Quanto aos campos temáticos que concentraram o maior número de publicações, destacaram-se “Mídias” e “Saúde Coletiva”, com 41 manuscritos cada um, representando juntos mais de 50% das publicações (tabela 3).

**Tabela 3.** Campos temáticos e categorias presentes nas publicações de Interface no período de 1997 a 2017.

Campos temáticos	Categorias	Autores	N	%
Mídias	Discursos dos meios de comunicação	Soares, 1998; Lefèvre, 1999; Bevilacqua et al, 2000; Rangel-S, 2006; Vaz et al. 2007; Campos et al., 2009; Zucco & Minayo, 2009; Ortega et al., 2010; Soares & Caponi, 2011; Stacheski & Massi, 2011; Santos & Cardoso, 2011; Souza & Brandão, 2012; Cavaca et al., 2012; Díaz del Castillo et al., 2012; Rios et al., 2015; Cavaca & Vasconcellos-Silva, 2015; Cordeiro & Kruse, 2015; Sarudiansky, 2016; Lopes & Araújo, 2017.	19	12,34
	Redes sociais	Costa, 2005; Montardo & Passerino, 2010; Separavich & Canesqui, 2012; Ortega et al., 2013; Zago, 2013; Barros & Serpa Jr., 2014; Martorell et al., 2016; Sena & Tesser, 2017; Teixeira et al., 2016.	9	5,84
	Comunicação midiática	Rubim, 2000; Oliveira, 2000; Njaine & Minayo, 2003; Njaine, 2006; Romanini & Roso, 2014; Thiago, Russo, & Camargo Junior, 2016.	6	3,90
	Divulgação científica	Cunha, 2008; Oliveira & Epstein, 2009; Oliveira et al., 2009; Luz et al., 2013.	4	2,60
	Jornalismo	Ferreira, 2000; Kucinski, 2000.	2	1,30
	Propaganda	Rabello & Camargo Júnior, 2012.	1	0,65
	Subtotal		41	26,62
Saúde Coletiva	Práticas de comunicação e/ou educação em saúde	Cyrino & Cyrino, 1997; Teixeira, 1997; Pitta, 1998; Marinho, 2000; Oliveira, 2002; Queiroz & Jorge, 2006; Kiss, Schraiber, & D'Oliveira, 2007; Rangel-S, 2008; Teixeira, 2008; Montoro, 2008; Oliveira et al., 2008; Deslandes & Mitre, 2009; Lima & Rivera, 2009; Ramalho e Oliveira et al., 2009; Kelly-Santos, Monteiro, & Ribeiro, 2010; Santos, Ribeiro, & Monteiro, 2012; Guimarães et al., 2010; Freitas & Rezende Filho, 2011; Marteleto & David, 2014; Sampaio et al., 2014; Esteves, Antunes, & Caires, 2014; Omelczuk et al., 2015; Lindenmeyer & Martins, 2015; Lima et al., 2016; Garelli et al., 2017; Marques et al., 2017.	26	16,88
	Informação em saúde	Packer, 2005; Moraes, 2008; Santos et al., 2013; Leite et al., 2014; Sanmartino et al., 2015; Oliveira et al., 2015; Pinto et al., 2015.	7	4,55
	Comunicação e políticas públicas	Pitta & Magajewski, 2000; Araújo, 2004; Marinho, 2005; Pitta & Rivera, 2006.	4	2,60
	Comunicação e Saúde Pública	Rojas-Rajs & Soto, 2013; Oliveira, 2014; Araujo & Mandú, 2016; Lisboa & Lerner, 2017.	4	2,60
	Subtotal		41	26,62

**Tabela 3.** Continuação.

<b>Campos temáticos</b>	<b>Categorias</b>	<b>Autores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Formação profissional	Educação na Saúde	Novelli, 1997; Ramos-Cerqueira, 1997; Nobre et al., 2004; Teixeira, 1997; Rossi & Batista, 2006; Magalhães, 2007; Tapajós, 2007; De Marco et al., 2010; Rios & Schraiber, 2011; Galato et al., 2011; Lanzieri et al., 2011; Sá & Siqueira, 2011; Romanholi & Cyrino, 2012; Costa & Silva, 2012; Oliveira et al., 2012; Santos & Noro, 2013; Silva et al., 2013; De Marco et al., 2013; De Longhi et al., 2014; Liberali & Grosseman, 2015; Marcolino & Reali, 2016.	21	13,64
	Educação superior	Moran, 1998; Mutti & Axt, 2008; Ruiz-Moreno, Pittamiglio, & Furusato, 2008.	3	1,95
	Educação na Comunicação	Kucinski, 1997; Meneguetti & Gomes, 2009.	2	1,30
	Subtotal		26	16,88
Relação profissional, paciente/família e serviço	Relação médico-paciente	Zevallos Castañeda, 1999; Aciole, 2004; Favoreto & Camargo Jr., 2011; Aragon, 2003; Ruiz-Moral, 2007; Coelho Filho, 2007; Sucupira, 2007; Borges & D'oliveira, 2011; Mantilla & Alonso, 2011.	9	5,84
	Relação profissional-paciente	Studart & Acioli, 2011; Ayres et al., 2012; Passamai et al., 2012; Correa & Ribeiro, 2012; Junqueira et al., 2013; Moura, Guimaraes, & Luz, 2013; Bellenzani, Nemes, & Paiva, 2013; Aguiar & Mota, 2014; Coriolano-Marinus et al., 2015.	9	5,84
	Relação profissionais-serviços	Schraiber et al., 2003; Moura & Rodrigues, 2003; Pereira, Rivera, & Artmann, 2013.	3	1,95
	Relação profissionais-família	Furtado & Leite, 2017.	1	0,65
	Subtotal		22	14,29
Tecnologias de Informação e Comunicação		Paixão et al., 2011; Maia & Struchiner, 2010; Castiel & Vasconcellos-Silva, 2003; Ribeiro, 1998; Jimenez, 2005; Garbin, Pereira Neto, & Guilam, 2008; Miranda & Farias, 2009; Camarotti, Kornblit, & Di Leo, 2013; Nespoli, 2013; Martins, & Spink, 2015; Frossard & Dias, 2016; Struchiner, Ramos, & Serpa Junior, 2016; Carvalho & Struchiner, 2017; Oliver-Mora & Iniguez-Rueda, 2017.	14	9,09
Comunicação e sociedade		Rasco, 1998; Ribeiro, 2000.	2	1,30
Outros		Ayres, 1997; Teixeira, 1998; Silva, 2003; Grossman, Araujo-Jorge, & Araujo, 2008; Fontanella et al., 2011; Lerner & Vaz, 2017; Junges et al., 2017, Ventura et al., 2017.	8	5,19
<b>Total</b>			<b>154</b>	<b>100 %</b>

### *O campo temático Mídias*

Os manuscritos incluídos neste campo trouxeram a comunicação nas suas mais diversas manifestações – jornalismo, publicidade e propaganda – e formas – impressa ou on-line, massiva ou especializada, além da presença das redes sociais. Contou com seis categorias, sendo as mais frequentes às relacionadas aos discursos dos meios de comunicação e às redes sociais (tabela 3).

Na primeira categoria, não houve mais de um artigo por tema, sendo que as investigações analisaram a cobertura jornalística relacionada a uma diversidade de doenças, tais como: Aids, doenças negligenciadas, fibromialgia, intoxicação ocupacional por benzeno, leishmaniose visceral, surto de *legionella* e depressão. Outros temas investigados foram aborto; autismo; crimes de exploração sexual de crianças e adolescentes; envelhecimento; loucura; morte; uso da Ritalina; saúde bucal; sexualidade feminina; genética humana e o uso do Viagra; e visão de saúde e doença.

Na maioria dos casos em que houve pesquisa empírica, os meios de comunicação analisados foram predominantemente jornais (dez artigos); jornais e revistas (três); e revistas (dois). Apenas um trabalho analisou notícias veiculadas em jornais e em programas de televisão (Díaz del Castillo et al., 2012). Não foi objeto de análise outros meios de comunicação, como as rádios ou sites de notícias.

Em relação aos veículos pesquisados, predominaram os jornais de maior circulação nacional: a Folha de São Paulo apareceu em 33% dos artigos publicados – seguido de O Globo. O restante foi composto por títulos de circulação regional, como os jornais do estado de Minas Gerais, do estado da Bahia, do Espírito Santo e do Paraná. As matérias veiculadas em revistas foram objeto de pesquisa em cinco artigos, sendo que a Veja, de circulação nacional, apareceu em quatro deles.

Dos 19 manuscritos analisados, apenas três voltaram-se para alguma dimensão da produção de notícias: dois deles sobre os critérios de noticiabilidade utilizados no processo de seleção de notícia (Campos, Vieira e Mota, 2009; Cavaca e Vasconcellos-Silva, 2015) e o último, para os próprios jornalistas, ao analisar as narrativas e experiências dos profissionais de comunicação acerca da loucura (Santos e Cardoso, 2011).

Na categoria Redes Sociais, percebeu-se um aumento paulatino no número de publicações na Interface concomitante com a própria expansão da internet e das mídias sociais, com a primeira ocorrendo em 2010. Essa categoria reuniu nove artigos, que tiveram

diferentes objetos e meios de investigação. O único tema que se repetiu em dois manuscritos foi o autismo. Dos meios analisados blog, redes de relacionamentos, Orkut e Facebook, este último foi objeto de dois artigos.

Em relação ao referencial teórico-metodológico empregado nas categorias Discursos dos Meios de Comunicação e Redes Sociais – que contemplaram 28 artigos, a maior concentração desse campo temático –, este se mostrou bastante diverso, trazendo a riqueza de possibilidades teóricas utilizadas no campo da comunicação e saúde, não sendo identificada uma tendência predominante. Ao mesmo tempo em que houve, em alguns casos, a utilização de mais de uma corrente teórica na mesma pesquisa, em outros, nem sempre houve uma referência direta ao quadro teórico utilizado.

Entretanto, pode-se destacar o emprego da análise do discurso (com base em autores como Foucault, Maingueneau, Bakhtin, Minayo), a análise de conteúdo (Bardin) e ainda a utilização de estudos netnográficos e socioantropológicos. Foi possível também identificar referências ao interacionismo simbólico (Erving Goffman); ciência da linguagem (Greimas); psicanálise (Lacan e Freud); construcionismo social e teoria da notícia (Traquina); análise de redes sociais (Granovetter); retórica (Aristóteles, Foucault); e inteligência coletiva (Lévy).

Para a produção de dados nos estudos empíricos de ambas as categorias, houve a predominância da pesquisa documental (de textos ou imagens) na maioria dos estudos realizados.

### *O campo temático Saúde Coletiva*

Este campo temático contou com quatro categorias, sendo que predominaram os estudos sobre a categoria “Práticas de comunicação e/ou educação em saúde”, contabilizando 26 manuscritos, e aqueles que trataram a questão da “Informação em saúde” – constituindo-se esta em mais uma categoria –, com sete artigos. Essas duas categorias concentraram a maioria dos manuscritos publicados nesse campo (tabela 3).

A primeira categoria trouxe, em alguns trabalhos, a análise de materiais informativos ou campanhas de prevenção, entre elas, sobre hanseníase e Aids, bem como as estratégias de comunicação empregadas nesse processo, sendo a comunicação vista como um dos desafios a ser enfrentado no campo da saúde.

Ainda na perspectiva de produtos educativos, houve estudos que se voltaram para as experiências de



educação sanitária do Estado de São Paulo na primeira metade do século XX. A comunicação e a educação, em uma perspectiva de humanização dos espaços, também foram completadas em alguns manuscritos relacionados a práticas de cinema e intervenção de palhaços na pediatria hospitalar. A comunicação e a formação de vínculos entre profissionais e usuários e a integração de serviços de saúde como uma ação comunicativa também foram objetos investigados.

Foi tema de discussão as práticas de educação, comunicação e mobilização comunitárias, como no caso do combate à dengue, assim como o relato de um projeto de cooperação envolvendo universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias.

A segunda categoria, que se destacou neste campo temático, foi relacionada à “Informação em saúde”, que contou com sete manuscritos. Foram temas de análise a informação sobre a doença de Chagas na perspectiva das pessoas afetadas; o conhecimento de pessoas surdas relacionadas à saúde e à doença; e a análise de vídeos utilizados como suportes informacionais nas ações de intervenção social na área da saúde. A produção de informação sobre raça/cor da pele dos corpos submetidos à necrópsia e o relato sobre um grupo informativo relacionado ao uso de drogas também foram contemplados. A informação científica em saúde esteve presente na análise sobre a origem da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Em relação ao referencial teórico-metodológico empregado nessas categorias, ocorre algo similar ao já descrito no campo Mídias: diversidades de enfoques, não havendo uma tendência predominante, além de nem sempre constar uma informação precisa sobre o quadro teórico empregado. Todavia, pode-se destacar o uso da análise de conteúdo (Bardin) e de discurso (Orlandi); e referência a autores como Pierre Lèvy, Minayo, Paulo Freire, Geertz, Lefèvre, Habermas, Austin, Echeverria, Bourdieu, Thompson e Gramsci.

### *Campo temático Formação profissional*

Este campo temático contou com três categorias, sendo “Educação na saúde” a que concentrou o maior número de publicações (tabela 3). A maioria delas trouxe a educação médica ou os cursos de graduação em Medicina de universidades paulistas como objeto de investigação.

Quanto à abordagem, foi possível identificar a predominância de três eixos principais na categoria “Educação na saúde”. O primeiro problematizou o processo de ensino-aprendizagem, em que a comunicação apareceu na relação professor-aluno na prática pedagógica, nas

atividades em sala de aula ou no processo ensino-aprendizagem da comunicação na consulta médica.

O segundo eixo abordou a qualificação dos estudantes no que se refere a suas habilidades comunicacionais para a realização de entrevistas, observação e atendimento ao paciente utilizando diversas técnicas, entre elas, recursos audiovisuais, uso de psicodrama e jogos educativos. Predominaram os relatos de experiência relacionados à graduação médica, com exceção de dois estudos que envolveram alunos de graduação de outras áreas da saúde.

O terceiro eixo agrupou discussões teóricas e reflexões sobre a formação profissional em saúde, tais como práticas extensionistas no campo da saúde e os conceitos de humanização e humanidades e a sua relação com a comunicação nesse processo.

### *Campo temático relação profissional, paciente/família e serviço*

Este campo temático contou com quatro categorias. Dos 22 manuscritos, nove deles estavam vinculados à categoria relação médico-paciente e nove, relacionados à relação profissional-paciente.

Na primeira categoria, a maioria dos artigos foi composta por estudos teóricos. São exemplos expressivos de alguns desses estudos os que seguem: a relação médico-paciente a partir da racionalidade científica de matriz biológica e das questões estruturais e conjunturais que organizam a prática profissional do médico; e a incorporação da narrativa como possibilidade de ampliar o saber e prática clínica no âmbito da atenção primária à saúde.

Em relação aos estudos empíricos, uma pesquisa analisou as práticas discursivas e as múltiplas vozes – dos médicos, dos locutores e dos pacientes – na construção do corpo durante um programa de consultório médico de uma emissora de rádio peruana. Outro trabalho recorreu ao método cartográfico para trazer a possibilidade de a cena médica abrir-se para possibilidades de comunicação que ultrapassassem a relação médico-paciente.

### *O campo temático Tecnologias de Informação e Comunicação*

No campo temático TIC, que reuniu 14 manuscritos, não houve a necessidade de apresentar classificações. Alguns artigos trouxeram uma perspectiva crítica sobre a utilização das tecnologias na área da saúde, como a abrangência das TIC que produzem setores especializados, tais como e-saúde, telemedicina, cibermedicina e informática para a saúde do consumidor. Já outros analisaram as

possibilidades e implicações dessas estratégias, como o uso pedagógico das ferramentas da web 2.0 nos cursos de saúde, ou mesmo a inclusão digital na área da saúde.

### *O campo temático Comunicação e Sociedade*

Esse campo temático – composto por dois artigos – caracterizou-se por trazer abordagens mais amplas e centradas na comunicação sem estabelecer uma conexão com a saúde. Esses artigos fazem parte de um período em que a revista não havia especificado o escopo em seu expediente – o que só ocorreu em 2002. A partir desse momento, a revista deixava claro que os manuscritos submetidos deveriam explorar a articulação da comunicação e da educação com a saúde (Cyrino et al., 2015).

### **Discussão e conclusões**

No período 1997-2017, 11,47% (154) do total dos artigos publicados (1.343) pela Interface tiveram a comunicação como um dos seus objetos. A produção sobre comunicação se manteve todos os anos, exceto em 2001. O ano de 2008 marca um pico de crescimento expressivo que poderia estar relacionado às intervenções, nesse período, de questões relativas tanto ao mesmo campo (por exemplo, a questão do processo marcado pela construção do campo e encaminhado a sua consolidação acadêmica) como externo a ele (por exemplo, as questões do crescimento da pós-graduação e da maior exigência de publicação dos pesquisadores).

Em relação às seções da revista, mais da metade das publicações se encontram na seção Artigos (67,53%), fato intimamente relacionado ao tipo de estudo predominante: 52,60% correspondem a estudos empíricos. Destacam-se ainda os estudos teóricos, como a segunda categoria com mais artigos: três de dez manuscritos sobre comunicação fazem parte desse rol (25,97%).

A diversidade temática dos artigos – Mídias (26,62%); Saúde Coletiva (26,62%); Formação profissional (16,88%); Relacionamento profissional, paciente e serviço (14,29%); Tecnologias de Informação e Comunicação (9,09%); e Comunicação e Sociedade (1,30%) – evidencia a heterogeneidade e riqueza do campo Comunicação e Saúde. Para Petracci (2015, p. 15):

Lejos de considerarla un obstáculo, leo esa “heterogeneidad” en clave positiva. De ella emergieron fortalezas del campo a través de una producción que permitió comprender procesos individuales y subjetivos sobre los comportamientos en salud, mejorar diseños y planificaciones institucionales, y analizar críticamente procesos político-comunicacionales propios del espacio

público. [...] A partir de la confluencia, la profusa actividad en terreno y la producción académica, las fortalezas alcanzadas y los desafíos teóricos, conceptuales, metodológicos y prácticos pendientes, se desarrolló y sigue expandiéndose, con logros y carencias, un campo de conocimiento heterogéneo atravesado por las tensiones y los conflictos de la trama comunicacional contemporánea.

Todos os tópicos estão inter-relacionados, mas o lugar de destaque ocupado pelo campo temático Mídias não faz mais do que refletir a relevância que, conceitual e empiricamente, tem os meios de comunicação como parte importante da construção da realidade social (Charaudeau, 2005). Podem ser entendidos tanto como laço social – na medida em que pulverizam valores simbólicos que podem ser compartilhados – quanto comportamental, enquanto referência a padrões e comportamentos (Oliveira, 2013).

Os dados analisados refletem ainda o papel do jornalismo em geral e a maior profissionalização do jornalismo em saúde nessas mensagens. Nos estudos investigados, houve a predominância da análise da mídia impressa. Esses achados são similares aos de Catalan-Matamoros & Peñafiel-Saiz, (2017), Terrón et al., (2017) e Langbecker et al. (2019), não sendo objeto de estudos programas de rádio e sites de notícias. Somente um artigo investigou programas de televisão.

Entretanto, não é possível considerar que todos os meios sejam igualmente determinantes e impositores de conceitos e comportamentos. Cada um deles tem um *ethos* próprio, com especificidades por parte tanto de seus enunciadores quanto de seus públicos (Xavier, 2006; Sampaio, 2011); daí a importância de incluir em futuras análises programas de rádio, de televisão e de sites de notícias, possibilitando assim abarcar diferentes formatos e audiências.

Além disso, este lugar de destaque do jornalismo durante o século XX e o atual vem sofrendo mudanças diante do desenvolvimento das redes sociais e das novas tecnologias de comunicação em geral. O rápido crescimento da internet e das mídias sociais refletem o seu entrelaçamento à vida cotidiana. Com essa expansão, a centralidade na seleção dos fatos que são publicizados, comumente atribuída aos meios de comunicação, vem perdendo espaço para esses novos formatos, trazendo outras possibilidades de divulgação e circulação de discursos, informação e opiniões, o que poderia impactar na produção científica. Essas mudanças abrem outras vias de investigação na área de comunicação e saúde.

Nos estudos analisados, a categoria Redes Sociais contou apenas com nove artigos, o que indica a necessidade de novas pesquisas sobre essas plataformas, bem como

a análise de outras mídias sociais para além do Facebook, como o caso do YouTube, Instagram e Twitter.

Uma análise prévia, bem como as conclusões de Terrón et al. (2017), coloca a Interface em um lugar pioneiro e promotor de publicações sobre comunicação em saúde. Se anteriormente assinalamos que, na América Latina, o campo está localizado entre a construção e a consolidação, a Interface contribuiu para o fortalecimento do campo da Comunicação e da Saúde por meio de aportes sobre teoria e prática; sobre pesquisa e avaliação como base para a comunicação de políticas públicas de saúde e incidência pública e política; sobre o lugar da comunicação no ensino de médicos e de outros profissionais de saúde; entre outros.

Todavia, a baixa produção sobre comunicação, representando 11,47% do total de manuscritos publicados, em uma revista que conta com essa especificidade em seu escopo expressa ainda a incipiência da comunicação nas investigações no âmbito da Saúde Coletiva. Para Terrón et al. (2017), a comunicação, como campo, não está na agenda das revistas de saúde pública, o que coloca a interdisciplinaridade entre os campos da comunicação e da saúde como um desafio a ser vencido.

#### Agradecimentos

Agradecemos a equipe da revista Interface, especialmente a Juliana Freitas Oliveira, e a equipe da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva (UPESC) da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, responsável pela organização do banco de dados das publicações da revista Interface.

## Referências bibliográfica

- Aciole, G.G. (2004). O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. *Interface* (Botucatu), 8(14), 95-112. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100006>.
- Aguiar, M.E., & Mota, A. (2014). O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface* (Botucatu), 18(50), 493-506. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0040>.
- Aragon, L.E.P. (2003). A espessura do encontro. *Interface* (Botucatu), 7(12), 11-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100002>.
- Araújo, I.S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz.
- Araújo, I.S. (2004). Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface* (Botucatu), 8(14), 165-178. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100010>.
- Araujo, N.B., & Mandú, E.N.T. (2016). Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. *Interface* (Botucatu), 20(57), 363-375. doi: [10.1590/1807-57622015.0301](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0301)
- Ayres, J. R.C.M. Razão, ciência e pedagogia da emancipação. (1997). *Interface* (Botucatu), 1(1), 95-108. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200007>
- Ayres, J.R.C.M., Carvalho, Y.M., Nasser, M.A., Saltão, R.M, & Mendes, V.M. (2012). Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface* (Botucatu), 16(40), 67-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>.
- Barros, O.C., & Serpa Júnior, O.D. (2014). Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. *Interface* (Botucatu), 18(50), 557-569. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0680>
- Bellenzani, R.N., Baptistella M.I., & Paiva, V. (2013). Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. *Interface* (Botucatu), 17(47), 803-834. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0051>.
- Bertol, S.R.S. (2012). Gravidez de adolescentes na mídia impressa. *Organicom*, 9(16/17), 223-241. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-2593.organicom.2012.139140>
- Bevilacqua, P.D., Paixão, H.H., Castro, M.C.P.S., & Modena, C.M. (2000). Leishmaniose visceral: história jornalística de uma epidemia em Belo Horizonte, Brasil. *Interface* (Botucatu), (4)7, 83-102. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200007>.
- Borges, R., & D'Oliveira, A.F.P.L. (2011). A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface* (Botucatu), 15(37), 461-472.
- Camarotti, A.C., Kornblit, A.L., & Di Leo, P.F. (2013). Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente en Argentina utilizando TIC. *Interface* (Botucatu), 17(46), 695-703. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000023>.



- Campos, M.A.T.F., Vieira, C.D.D., & Mota, J.A.C. (2009). A infância sem segredos: a noticiabilidade jornalística do crime de exploração sexual de crianças e adolescentes. *Interface* (Botucatu), 13(30), 17-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300003>.
- Cardoso, J. M., & Rocha, R.L. (2018). Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(6), 1871-1880. [10.1590/1413-81232018236.01312018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018)
- Carvalho, R.A., & Struchiner, M. (2017). Conhecimentos e expertises de universidades tradicionais para o desenvolvimento de cursos a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). *Interface* (Botucatu), 21(63), 991-1003. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0027>.
- Castañeda, M.M.Z. (1999). Voces y cuerpos. El consultorio médico radial como espacio discursivo en el Perú. *Interface* (Botucatu), 3(4), 75-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000100007>
- Castiel, L. D., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2003). A interface internet/s@úde: perspectivas e desafios. *Interface* (Botucatu), 7(13), 47-64. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200004>.
- Cavaca, A.G., & Vasconcellos-Silva, P.R. (2015). Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface* (Botucatu), 19(52), 83-94. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0205>
- Cavaca, A.G., Gentilli, V., Marcolino, E.M., & Emmerich, A. (2012). As representações da saúde bucal na mídia impressa. *Interface* (Botucatu), 16(43), 1055-68. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000039>
- Charaudeau, P. (2005). ¿Nos manipulan los medios? *Cuadernos de Información y Comunicación*, (10), 319-30. <https://dx.doi.org/10.5209/CIYC>
- Cordeiro, F.R., & Kruse, M.H.L. (2015). A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia. *Interface* (Botucatu), 19(55), 1193-205. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0199>
- Coriolano-Marinus, M.W.L., Andrade R.S., Ruiz-Moreno L., & Lima, L.S. (2015). Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. *Interface* (Botucatu), 19(53), 311-324. [10.1590/1807-57622013.0552](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0552)
- Corrêa, G.T., & Ribeiro, V.M.B. (2012). Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. *Interface* (Botucatu), 16(41), 331-342. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000023>
- Costa, L.S.M., & Silva, N.C.Z. (2012). Desenvolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes de medicina na atenção em saúde de pessoas surdas. *Interface* (Botucatu), 16(43), 1107-17. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000051>
- Costa, R. (2005). Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface* (Botucatu), 9(17), 235-248. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200003>.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 1(18), 1-6. Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524/443>
- Cuberli, M., & Soares de Araújo, I. (2015). Las prácticas de la comunicación y salud: intersecciones e intersticios. En: M. Petracci. *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.
- Cunha, R.B. (2008). Do científico ao jornalístico: análise comparativa de discursos sobre saúde. *Interface* (Botucatu), 12(24), 195-203. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000100015>
- Cyrino, A.P., & Cyrino, E.G. (1997). Integrando Comunicação, Saúde e Educação: experiência do UNI-Btu. *Interface* (Botucatu), 1(1). <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200012>
- Cyrino, A.P., Lima, E.A., Garcia, V.L., Teixeira, R.R., Foresti, M.C.P.P., & Schraiber, L.B. (2015). Um espaço interdisciplinar de comunicação científica na Saúde Coletiva: a revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2059-2068. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.05942015>
- De Longhi, A.L., Bermudez, G.M.A., Abensur, P.L.D., & Ruiz-Moreno, L. (2014). Una estrategia didáctica para la formación de educadores de salud en Brasil: la indagación dialógica problematizadora. *Interface* (Botucatu), 18(51), 759-69. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0967>
- De Marco, M.A., Degiovani, M.V., Torossian, M.S., Wechsler, R., Joppert, S.M.H., & Lucchese, A.C.



- (2013). Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. *Interface* (Botucatu), 17(46), 683-93. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000017>
- De Marco, M.A., Vessoni, A.L., Capelo, A., & Dias, C.C. (2010). Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface* (Botucatu), 14(32), 217-27. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100018>
- Deslandes, S.F., & Mitre, R.M.A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface* (Botucatu), 13(supl.1), 641-9. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>
- Díaz del Castillo, A., Olarte Sierra, M.F., & Pérez-Bustos, T. (2012). Testigos modestos y poblaciones invisibles en la cobertura de la genética humana en los medios de comunicación colombianos. *Interface* (Botucatu), 16(41), 451-67. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200013>
- Esteves, C.H., Antunes, C., & Caires S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface* (Botucatu), 18(51), 697-708.
- Favoreto, C.A.O., & Camargo Jr, K.R. (2011). A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface* (Botucatu), 15, 473-483.
- Ferreira, L.A. (2000). Intencionalidade, jornalismo opinativo e leitura. *Interface* (Botucatu), 4(6), 187-192.
- Coelho Filho, J.M. (2007). Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface* (Botucatu), 11(23), 631-633.
- Fontanella, B.J.B., Demarzo, M.M.P., Mello, G.A., & Fortes, S.L.C.L. (2011). Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é "perdido na tradução". *Interface* (Botucatu), 15(37), 573-585.
- Freitas, F.V., & Rezende Filho, L.A. (2011). Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface* (Botucatu), 15, 243-256.
- Frossard, V.C., & Dias, M.C.M. (2016). O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde. *Interface* (Botucatu), 20(57), p.349-361.
- Furtado, M.E.M.F., & Leite, D.M.C. (2017). Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface* (Botucatu), 21(63), 969-980.
- Galato, D., Alano, G.M., França, T.F., & Vieira, A.C. (2011). Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO): uma experiência de ensino por meio de simulação do atendimento farmacêutico. *Interface* (Botucatu), 15(36), 309-19.
- Garbin, H.B.R., Pereira Neto, A.F., & Guilam, M.C.R. (2008). A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface* (Botucatu), 12(26), 579-588.
- Garelli, F., Sanmartino, M., & Dumrauf, A. (2017). Análisis de materiales didácticos e informativos sobre dengue em Argentina. *Interface* (Botucatu), 21(60), 35-49.
- Grossman, E.A.J., Tania C., & Araújo, I. S. (2008). A escuta sensível: um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde. *Interface* (Botucatu), 12, (25), 309-324.
- Guimarães, M.C.S., Silva, C.H., Souza, R.A., Santos, R.T., Silva, L.R. (2010). Educação sanitária em 16mm: memória audiovisual do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP. *Interface* (Botucatu), 14(32), 23-34.
- Iturrizaga, A.U. Epílogo. En U. Cuesta, T. Menéndez, & A. Ugarte, (org.). (2011). *Comunicación y salud - Nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: ed. Complutense.
- Jiménez, R.V. (2005). Educación, poder y mercado: deconstrucción crítica de los efectos disciplinantes de las TIC en la nueva Escuela del Espectáculo. *Interface* (Botucatu), 9(18), 475-488.
- Junges, J.R., Fernandes, R.B.P., Herbert, N.D.R., Tomasini, F., Werle, L., Pereira, C., & Moretti, A.W. (2017). O cuidado longitudinal difícil de uma usuária em situação de grave cronicidade: análise de caso emblemático. *Interface* (Botucatu), 21(62), 651-659.
- Junqueira, L.C.U, Vieira, E.M., Giami, A, & Santos, M.A. (2013). Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface* (Botucatu), 17(44), 89-101.
- Kelly-Santos, A., Monteiro, S.S., & Ribeiro, A.P.G. (2010). Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. *Interface* (Botucatu), 14(32), 37-51.

- Kiss, L.B., Schraiber, L.B. & d'Oliveira, A.F.P.L. (2007). Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface* (Botucatu), 11(23), 485-501.
- Kucinski, B. (2000). Jornalismo, saúde e cidadania. *Interface* (Botucatu), 4(6), 181-186.
- Kucinski, B. (1997). Jornalismo, saúde e cidadania. *Interface* (Botucatu), 1(1), 209-212.
- Langbecker, A., Castellanos, M.E.P., Neves, R.F., & Catalan-Matamoros, D. (2019). A cobertura jornalística sobre temas de interesse para a Saúde Coletiva brasileira: uma revisão de literatura. *Interface* (Botucatu), 23, e1800095. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180095>
- Lanzieri, P.G., Claro, L.B.L., Bragança, F.C.R., Montezano, V.R.S., & Silva, C.S. (2011). "Boa noite, bom dia HUAP!", uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. *Interface* (Botucatu), 15(36), 289-97.
- Lefèvre, F. (1999). Jornal, saúde, doença, consumo, Viagra e Saia Justa. *Interface* (Botucatu), 3(4), 63-72.
- Leite, R.A.F., Brito, E.S., Silva, L.M.C., Palha, P.F., & Ventura, C.A.A. (2014). Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface* (Botucatu), 18(51), 661-71.
- Lerner, K., & Vaz, P. (2017). "Minha história de superação": sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. *Interface* (Botucatu), 21(60), 153-163.
- Liberali, R., & Grosseman, S. (2015). Uso de Psicodrama em medicina no Brasil: uma revisão de literatura. *Interface* (Botucatu), 19(54), 561-71.
- Lima, J.C., Rivera, F.J.U., & Artmann, E. (2016). Análise do discurso argumentativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Interface* (Botucatu), 20(56), 51-63.
- Lima, J.C., & Rivera, F.J.U. (2009). Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface* (Botucatu), 13(31), 329-342.
- Lindenmeyer, L. & Martins, C.M. (2015). Comunicação e saúde nos manuais dos organismos internacionais para situações de emergência e desastre: intervenção e hegemonia. *Interface* (Botucatu), 19(53), 299-310.
- Lisboa, M.R., & Lerner, K. (2017). Sentidos de saúde, cuidado e risco para adolescentes residentes na favela da Maré, no Rio de Janeiro, Brasil. *Interface* (Botucatu), 21, (63), 893-906.
- Lopes, F., & Araújo, R. (2017). Um grande surto de Legionella ausente do debate público. *Interface* (Botucatu), 21(63), 957-67.
- Lotero-Echeverri, G., Romero-Rodríguez, L.M., & Pérez-Rodríguez, A. (2019). Tendencias de las publicaciones especializadas en el campo de la educacion y alfabetización mediática en Latinoamérica. *Interface* (Botucatu), 23, e180193. doi: 23: e180193 <https://doi.org/10.1590/Interface.180193>
- Luz, M.T., Sabino, C., Mattos, R.S., Ferla, A.A., Andres, B., Alba, R.D., ... Assimos, R. (2013). Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. *Interface* (Botucatu), 17, (47), 901-912.
- Magalhães, C.R. (2007). O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde. *Interface* (Botucatu), 11(23), 647-54.
- Maia, F., & Struchiner, M. (2010). Utilização dos Weblogs e de Comunidades do Orkut como Ferramentas Pedagógicas em cursos da área da saúde. *Interface* (Botucatu), 14(35), 905-918.
- Mantilla, M.J., & Alonso, J.P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales. *Interface* (Botucatu), 19(52), 21-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000025>
- Marcolino, T.Q., & Reali, A.M.M.R. (2016). Crônica do grupo: ferramenta para análise colaborativa e melhoria da reflexão na pesquisa-ação. *Interface* (Botucatu), 20(56), 65-76.
- Marinho, M.B. (2000). Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da Aids. *Interface* (Botucatu), 4(6), 103-110.
- Marinho, M.B. (2005). O demônio nos "paraísos artificiais": considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. *Interface* (Botucatu), 9(17), 343-354.
- Marques, M.C.C., Brasileiro, D.F., & Fernandes, S.C.G. (2017). Informação e disciplina: a Coletânea de Educação Sanitária do estado de São Paulo, Brasil (1939-1952). *Interface* (Botucatu), 21(61), 397-410.

- Marteletto, R.M., & David, H.M.S.L. (2014). Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. *Interface* (Botucatu), 18(Supl 2), 1211-1226.
- Martins, M.H.M., & Spink, M.J.P. (2015). O uso de tecnologias de comunicação de riscos de desastres como prática preventiva em saúde. *Interface* (Botucatu), 19(54), 503-514.
- Martorell, L.B., Nascimento, W.F., & Garrafa, V. (2016). Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no facebook. *Interface* (Botucatu), 20(56), 13-23.
- Matos, M.R., Meneguetti, L.C., & Gomes, A.L.Z. (2009). Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface* (Botucatu), 13(31), 437-447.
- Miranda, L.M., & Farias, S.F. (2009). As contribuições da internet para o idoso: uma revisão de literatura. *Interface* (Botucatu), 13(29), 383-394.
- Montardo, S.P., & Passerino, L.M. (2010). Implicações de redes temáticas em blogs na Análise de Redes Sociais (ARS): estudo de caso de blogs sobre autismo e síndrome de Asperger. *Interface* (Botucatu), 14(35), 921-31.
- Montoro, T. (2008). Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. *Interface* (Botucatu), 12(25), 442-51.
- Moraes, A.F. (2008). A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. *Interface* (Botucatu), 12(27), 811-22.
- Njaine, K., & Minayo, M.C.S. (2003). Violência na escola: identificando pistas para a prevenção. *Interface* (Botucatu), 7(13), 119-134.
- Moran, J.M. (1998). Internet no ensino universitário: pesquisa e comunicação na sala de aula. *Interface* (Botucatu), 2(3), 125-130.
- Moura, E.R.F., & Rodrigues, M.S.P. (2003). Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. *Interface* (Botucatu), 7(13), 109-118.
- Moura, M.M.D., Guimarães, L.M.B., & Luz, M. (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface* (Botucatu), 17(45), 393-404.
- Mutti, R.M.V., & Axt, M. (2008). Para uma posição enunciativa no discurso pedagógico mediado por ambientes virtuais de aprendizagem. *Interface* (Botucatu), 12(25), 347-361.
- Nespoli, G. (2013). Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. *Interface* (Botucatu), 17(47), 873-884.
- Njaine, K. (2006). Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia. *Interface* (Botucatu), 10(20), 381-392.
- Nobre, M.E.C., Domingues, R.Z.L., & Yamaguishi, R.Z. (2004). Relato do aprendizado em estágio de observação da prática médica. *Interface* (Botucatu), 8(15), 381-6.
- Novelli, P.G. (1997). A sala de aula como espaço de comunicação: reflexões em torno do tema. *Interface* (Botucatu), 1, 1, 43-50.
- Oliveira, A., Silva Neto, J.C., Machado, M.L.T., Souza, M.B.B., Feliciano, A.B., & Ogata, M.N. (2008). A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface* (Botucatu), 12(27), 749-62.
- Oliveira, F. A. (2002). Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface* (Botucatu), 6(10), 63-74.
- Oliveira, J.A., & Epstein, I. (2009). Tempo, ciência e consenso: os diferentes tempos que envolvem a pesquisa científica, a decisão política e a opinião pública. *Interface* (Botucatu), 13(29), 423-433.
- Oliveira, M. S., Paiva, L.H.C., Costa, J.V., & Pinto-Neto, A.M. (2009). Saúde da mulher na imprensa brasileira: análise da qualidade científica nas revistas semanais. *Interface* (Botucatu), 13(30), 07-16.
- Oliveira, M.L.C. (2014). Vozes em sintonia: Educação Popular sobre DST via rádio comunitária. *Interface* (Botucatu), 18(suppl.2), 1523-1528.
- Oliveira, V.C. (2013). Os sentidos da saúde nas mídias jornalísticas impressas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação em Saúde*, 6(4), 1-14. doi://dx.doi.org/10.3395/reciis.v6i4.622
- Oliveira, V.C. A. comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. (2000). *Interface* (Botucatu), 4(7), 71-80.
- Oliveira, Y.C.A., Celino, S.D.M., França, I.S.X., Pagliuca,



- L.M.F., & Costa, G.M.C. (2015). Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. *Interface* (Botucatu), 19(54), 549-60.
- Oliveira, Y.C.A., Costa, G.M.C., Coura, A., S., Cartaxo, R.O., & França, I.S.X. (2012). A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. *Interface* (Botucatu), 16(43), 995-1008.
- Oliver-Mora, M., & Iñiguez-Rueda, L. (2017). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los centros de salud: la visión de los profesionales en Cataluña, España. *Interface* (Botucatu), 21(63), 945-955.
- Omelczuk, F., Fresquet, A., & Santi, A.M. (2015). Educação, cinema e infância: um olhar sobre práticas de cinema em hospital universitário. *Interface* (Botucatu), 19(53), 387-94.
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L., & Ferreira, C.P. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface* (Botucatu), 14(34), 499-512.
- Ortega, F., Zorzanelli, R., Meierhoffer, L.K., Kozslowski, L., Rosário, C.A., Almeida, C.F. ... Feldman, C. (2013). A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. *Interface* (Botucatu), 17(44), 119-32.
- Packer, A.L. (2005). A construção coletiva da Biblioteca Virtual em Saúde. *Interface* (Botucatu), 9(17), 249-272.
- Paixão, P.B.S., Freire, V.P., Lima, M.F.M., Linhares, R.N., Mendonça, A.V.M., & Sousa, M.F. (2011). A prática de alfabetização em Informação e Comunicação em Saúde: o olhar dos agentes comunitários de Saúde sobre o projeto de Inclusão Digital em Sergipe, Brasil. *Interface* (Botucatu), 15(38), 937-46.
- Passamai, M.P.B., Sampaio, H.A.C., Dias, A.M.I., & Cabral, L.A. (2012). Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface* (Botucatu), 16(41), 301-314.
- Pereira, R.C.A., Rivera, U.F.J., & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface* (Botucatu), 17(45), 327-340.
- Pessoni, A. (2006). Comunicação para a saúde na América Latina: território de pesquisa interdisciplinar. *Comunicação & Inovação*, 7(12), 39-49. <https://doi.org/10.13037/ci.vol7n12.636>
- Petracci, M. (2012). Comunicação e saúde: um campo variado e pujante. *Organicom*, 16(17), 40-49.
- Pinto, L.O., Oliveira, D.J., & Duarte, F.M. (2015). Grupo Informativo: estratégia de redução de danos para pessoas apreendidas por consumo/porte de drogas ilícitas. *Interface* (Botucatu), 19(Supl 1), 965-73.
- Pitta, A.M.R., & Magajewski, F.R.L. (2000). Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Interface* (Botucatu), 4(7), 61-70.
- Pitta, A.M.R., & Rivera, F.J.U. (2006). Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface* (Botucatu), 10(20), 395-410.
- Queiroz, M.V., & Jorge, M.S. (2006). Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface* (Botucatu), 10(19), 117-30.
- Rabello, E.T., & Camargo Júnior, K.R. (2012). Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. *Interface* (Botucatu), 16(41), 557-567.
- Ramalho e Oliveira, S.R., Gaspar, D.R., & Ramalho e Oliveira, G.A. (2009). Uma contribuição da semiótica para a comunicação visual na área da saúde. *Interface* (Botucatu), 13(29), 409-20.
- Ramos-Cerqueira, A.T.A. (1997). A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor-aluno como eixo: o ponto de vista psicológico. *Interface* (Botucatu), 1(1), 187-192.
- Rangel-S, M. L. (2006). Imagens e sentidos no discurso da mídia impressa acerca de uma epidemia de intoxicação ocupacional por benzeno. *Interface* (Botucatu), 10(19), p.92.
- Rangel-S, M. L. (2008). Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle-propostas inovadoras. *Interface* (Botucatu), 12(25), 433-41.



- Rasco, J.F.A. (1998). De la acción comunicativa a la sociedad democrática. *Interface* (Botucatu), 2(3).
- Ribeiro, A.C.T. (2000). A natureza do poder: técnica e ação social. *Interface* (Botucatu), 4(7), 13-24.
- Ribeiro, A.C.T. (1998). Tecnologias de informação e comunicação, saúde e vida metropolitana. *Interface* (Botucatu), 2(2), 7-22.
- Rios, C., Ortega, F., Zorzanelli, R., & Nascimento, L.F. (2015). Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. *Interface* (Botucatu), 19(53), 325-336.
- Rios, I.C., & Schraiber, L.B. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. *Interface* (Botucatu), 2011, 15(36), 39-52.
- Rodríguez Zoya, P. (2017). Notas para pensar la complejidad del campo de Comunicación y Salud. En: M. Petracci, P. Schwarz, y P. Rodríguez Zoya. *Comunicación y Salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 13-68). Buenos Aires: Teseo.
- Rogers, E.M. (1996). The field of health communication today: Up-to-date report. *Journal of Health Communication*, 1(1), 15-23.
- Rojas-Rajs, S., & Soto, E.J. (2013). Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva. *Interface* (Botucatu), 17(46), 587-599.
- Romanholi, R.M.Z., & Cyrino, E.G. (2012). A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface* (Botucatu), 16(42), 693-705.
- Romanini, M., & Roso, A. (2014). Midiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Interface* (Botucatu), 18(49), 363-376.
- Rossi, P.S., & Batista, N.A. (2006). O ensino da comunicação na graduação em Medicina- uma abordagem. *Interface* (Botucatu), 10(19), 93-102.
- Rubim, A.A.C. (2000). A contemporaneidade como idade mídia. *Interface* (Botucatu), 4(7), 25-36.
- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface* (Botucatu), 11(23), 619-623.
- Ruiz-Moreno, L., Pittamiglio, S.E.L., & Furusato, M.A. (2008). Lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem na pós-graduação em Saúde. *Interface* (Botucatu), 12(27), 883-892.
- Sá, M.B., & Siqueira, V.H.F. (2011). Análise foucaultiana de vídeos educativos para as Ciências da Saúde: ensaiando uma metodologia. *Interface* (Botucatu), 15(37), 601-12.
- Sampaio, A.O. A marca em produtos midiáticos: o estudo do posicionamento discursivo aplicado ao telejornalismo. (2011). In: M.F. Ferreira, A.O. Sampaio, & A. Fausto Neto. *Mídia, discurso e sentido*. Salvador: Edufba.
- Sampaio, J., Santos, G.C., Agostini, M., & Salvador, A.S. (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface* (Botucatu), 18 (Supl 2), 1299-1312.
- Sanmartino, M., Saavedra, A.A., Gómez i Prat, J., Barba, M.C.P., & Albajar-Viñas, P. (2015). Não tenham medo de nós: a doença de Chagas segundo os protagonistas. *Interface* (Botucatu), 19(55), 1063-75.
- Santos, A.B.S., Coelho, T.C.B., & Araújo, E.M. (2013). Identificação racial e a produção da informação em saúde. *Interface* (Botucatu), 17(45), 341-356.
- Santos, A.K., Ribeiro, A.P.G., & Monteiro, S. (2012). Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. *Interface* (Botucatu), 16(40), 205-218.
- Santos, J.E., & Cardoso, C.M.S. (2011). Narrativas e experiências acerca da loucura: uma reflexão de profissionais de comunicação. *Interface* (Botucatu), 15(38), 727-39.
- Santos, S.N., & Noro, A. (2013). O uso de filmes como recurso pedagógico no ensino de neurofarmacologia. *Interface* (Botucatu), 17(46), 705-714.
- Sarudiansky, M. (2016). Análisis temático sobre la fibromialgia en la prensa escrita Argentina: descripciones generales y el rol de la psicología. *Interface* (Botucatu), 20(56), 25-36.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F., Hanada, H, Figueiredo, W, Couto, M., Kiss, L., Durand, J., & Pinho, A. (2003).

- Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface* (Botucatu), 7(12), 41-54.
- Sena, L.M., & Tesser, C.D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface* (Botucatu), 21(60), 209-20.
- Separavich, M.A., & Canesqui, A.M. (2012). Análise das narrativas sobre a menopausa de um site brasileiro da internet. *Interface* (Botucatu), 16(42), 609-22.
- Silva, A.F.L., Ribeiro, C.D.M., & Silva Júnior, A.G. (2013). Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. *Interface* (Botucatu), 17(45), 371-84.
- Silva, L.A.V. (2003). Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. *Interface* (Botucatu), 7(13), 135-146.
- Soares, G.B., & Caponi, S. (2011). Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface* (Botucatu), 15(37), p.437-46.
- Soares, R.L. (1998). Aids e imprensa: escritos do jornal Folha de S.Paulo. *Interface* (Botucatu), 2(2).
- Souza, R.A., & Brandão, E.R. (2012). À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface* (Botucatu), 16(40), 161-75.
- Stacheski, D.R., & Massi, G.A.A. (2011). Índices sociais de valor: mass media, linguagem e envelhecimento. *Interface* (Botucatu), 15(37), 425-36.
- Struchiner, M., Ramos, P., & Serpa Junior, O.D. (2016). Desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem na área da saúde: uma experiência de pesquisa baseada em design. *Interface* (Botucatu), 20(57), 485-496.
- Studart, L., & Acioli, M.D. (2011). A comunicação da dor: um estudo sobre as narrativas dos impactos da disfunção temporomandibular. *Interface* (Botucatu), 15(37), 487-503.
- Sucupira, A.C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface* (Botucatu), 11(23), 624-627.
- Tapajós, R. (2007). A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Interface* (Botucatu), 11(21), 165-72.
- Teixeira, M.G. (2008). Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. *Interface* (Botucatu), 12(25), 442-51.
- Teixeira, R.R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface* (Botucatu), v.1, n. 1.
- Teixeira, R.R., Ferigato, S., Lopes, D.M., Matielo, D.C., Sardenberg, M.L., Silva, P. ... Pedroza, R.G. (2016). Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. *Interface* (Botucatu), 20(57), 337-48.
- Teixeira, R.R. (1998). Epidemia e mundo securitário. *Interface* (Botucatu), 2(2), 77-96.
- Terrón, J.L., Leyva, F.M.R., Fernández, S.V., & Jacobetty, P. (2017). La comunicación en las revistas de salud pública de la biblioteca virtual Scielo. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8(2), 165-183.
- Thiago, C.C., Russo, J.A., & Camargo Júnior, K.R. (2016). Hormônios, sexualidade e envelhecimento masculino: um estudo de imagens em websites. *Interface* (Botucatu), 20(56), 37-50.
- Valente, R.G.M. (2011). *A comunicação organizacional e as tecnologias de informação e comunicação: um estudo de caso no grupo DST*. Tese de doutorado. Universidade do Minho.
- Vaz, P., Pombo, M., Fantinato, M., Pecky, G. (2007). O fator de risco na mídia. *Interface* (Botucatu), 11(21), 145-153.
- Ventura, C.A.A., Miwa, M.J., Serapioni, M., & Jorge, M.S. (2017). Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface* (Botucatu), 21(63), 907-920.
- Waisbord, S. (2015). Perspectivas críticas em comunicación y salud: ideas para investigaciones futuras. En: M. Petracci. *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.
- Xavier, C. Mídia e saúde, saúde na mídia. In: A. Santos. (2006). *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/Funed.

Zago, L.F. (2013). "Armários de vidro" e "corpos-sem-cabeça" na biossociabilidade gay online. *Interface* (Botucatu), 17(45), 419-31.

Zucco, L.P., & Minayo, M.C.S. (2009). Sexualidade feminina em revista(s). *Interface* (Botucatu), v.13, n.28, p.43-54.

## Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática

## Influence of Instagram use on eating behavior and emotional disturbance. Systematic review

David García Puertas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España

### Resumen

**Introducción:** Instagram es una red social cada vez más popular donde los usuarios publican y comparten fotos. Investigaciones recientes demuestran relaciones entre el uso de Instagram y ciertas conductas alimentarias o trastornos de las emociones. **Objetivos:** Analizar los efectos y consecuencias del uso de Instagram sobre el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y de trastornos emocionales en los jóvenes. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática a través de bases de datos de Ciencias de la Salud, donde se incluyeron 13 artículos que cumplieran con los criterios de selección. **Resultados:** El uso de Instagram está íntimamente relacionado con la imagen corporal y con ciertas actitudes alimentarias, así como con trastornos de las emociones. El tiempo de uso se ha asociado con una tendencia a desarrollar trastornos alimenticios y, además, se ha observado que puede disminuir la autoestima, así como provocar ansiedad o depresión en el individuo. **Conclusión:** Es importante que investigaciones futuras continúen aclarando el papel que desempeña el uso de las redes sociales en la salud mental de la población juvenil, ya que estos medios podrían ayudar a las personas con trastornos alimenticios o de las emociones a obtener asistencia terapéutica.

Palabras clave: Instagram; salud mental; trastornos de la conducta alimentaria; ansiedad; depresión.

### Abstract

**Introduction:** Instagram is an increasingly popular social network where users post and share photos. Recent research shows relationships between Instagram use and certain eating behaviors or emotional disorders. **Objectives:** To analyze the effects and consequences of Instagram use on young people's eating behaviors and emotional disorders. **Methodology:** A systematic review was conducted through health science databases, where 13 articles meeting the selection criteria were included. **Results:** The use of Instagram is closely related to body image and certain eating attitudes, as well as to emotional disorders. Time of use has been associated with a tendency to develop eating disorders and has been observed to decrease self-esteem as well as cause anxiety or depression in the individual. **Conclusion:** It is important that future research continue to clarify the role of social networking in the mental health of the youth population, as it may help people with eating or emotional disorders to obtain therapeutic assistance.

Key words: Instagram; Mental Health; eating disorder; anxiety; depression.



## Introducción

En la última década, las redes sociales (RRSS) han ganado cada vez más popularidad entre los jóvenes (Frison & Eggermont, 2017). Actualmente el 90% de los jóvenes españoles de entre 16 y 24 años hace uso de RRSS (Instituto Nacional de Estadística, 2019; Vázquez & Pastor, 2019), siendo Instagram la segunda red social con más interacciones después de Facebook (eMarketer, 2018).

Instagram es una plataforma que permite a los usuarios publicar imágenes y vídeos, añadirles un título, utilizar *hashtags* (símbolo #) para describir las fotos y etiquetar a otros usuarios (símbolo @). Asimismo, los usuarios pueden seguir a cualquier cuenta y ver un flujo constante de contenido publicado por los usuarios que siguen, donde pueden dar *like* (me gusta) o comentar las publicaciones. Otra función que presenta Instagram es sugerir nuevas cuentas según el contenido al que el usuario está expuesto o de sus gustos (Turner & Lefevre, 2017). En junio de 2018, Instagram alcanzó los mil millones de usuarios activos mensuales (Statista, 2018).

Un análisis más detallado del contenido de las publicaciones de Instagram encontró que las ocho categorías más populares son: comida, *selfies* (autorretratos), amigos, deporte, fotos de *memes*, *gadgets*, moda y mascotas (Hu, Manikonda, & Kambhampati, 2014), lo que sugiere la importancia de Instagram para compartir el contenido relacionado con los alimentos, los estereotipos de belleza y el *fitness* (bienestar físico), destacando el término *fitspiration*.

El fenómeno de *fitspiration* consiste en la publicación de imágenes y textos que están diseñados para inspirar a las personas a seguir un estilo de vida saludable a través del ejercicio y la buena alimentación. El *fitspiration* ha sido promovido como una alternativa saludable a la *thinspiration*, imágenes y textos que inspiran la pérdida de peso y un estilo de vida con trastornos de la alimentación (Carrotte, Prichard, & Lim, 2017).

A pesar de las intenciones positivas del *fitspiration*, hay varios elementos que son preocupantes. Estos incluyen la representación de un solo tipo de cuerpo (musculoso y tonificado) que es inalcanzable para

la mayoría de las mujeres, y la promoción de la apariencia más que los beneficios para la salud de la dieta y el ejercicio (Tiggemann & Zaccardo, 2015). Conjuntamente, un análisis de la etiqueta *#fitspiration* encontró que podría tener efectos negativos en la imagen corporal y la autoestima (Tiggemann & Zaccardo, 2018).

La investigación sobre las implicaciones psicológicas del uso y la exposición a las RRSS es un área de investigación relativamente novedosa que está cobrando cada vez más importancia. Sin embargo, el papel de riesgo o el papel protector de internet y RRSS no está claro. Por ejemplo, el uso de las RRSS se ha relacionado no sólo con una mayor conexión social y bienestar, sino también con una mayor soledad e insatisfacción corporal (Holland & Tiggemann, 2016). La insatisfacción corporal aparece al interiorizar la persona el cuerpo ideal, el cual está definido culturalmente, y por comparación social piensa que su cuerpo desajusta con ese ideal (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

Conjuntamente, internet y las RRSS se han convertido en la principal plataforma de información sanitaria y la gran cantidad de sitios web relacionados con la salud ha hecho que sea mucho más difícil distinguir entre información que sea o no fidedigna. Este es el caso de la información sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), donde algunas fuentes buscan desalentar los comportamientos poco saludables y otras buscan promoverlos (Custers, 2015).

Algunas de las fuentes promocionan actitudes extremas hacia el ejercicio o la alimentación. El ejercicio compulsivo a menudo coexiste con la restricción de la dieta, las purgas y otras conductas de pérdida de peso poco saludables, conllevando al TCA (Sauchelli et al., 2016).

Estos se caracterizan por la manifestación de comportamientos poco esperados y comunes respecto a la alimentación. De la misma forma, se identifican por la insatisfacción de la percepción de la imagen corporal, el miedo a engordar y el pensamiento obsesivo con la alimentación (Vellisca González, Orejudo Hernández, & Latorre Marín, 2012; Sámano Orozco, 2013).

Los TCA constituyen la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia

del 5%. Aunque es un trastorno más común en las mujeres, 1 de cada 10 hombres se ven afectados por este problema (López & Treasure, 2011). Los TCA están divididos en tres grupos: la anorexia nerviosa (AN), que se caracteriza principalmente por el rechazo a mantener el peso por encima de un mínimo; la bulimia nerviosa (BN), determinada por episodios recurrentes de atracones y purgas; y otros trastornos no específicos (TANE) como es la ortorexia, obsesión patológica por la comida sana (Ponce Torres et al., 2017).

Por otro lado, entre los jóvenes han aumentado en las últimas décadas los trastornos emocionales, como los síntomas de ansiedad y depresión (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014). Esto puede deberse a que durante la adolescencia no sólo están empezando a utilizar las RRSS, sino que también se enfrentan a varios cambios en su desarrollo, como la lucha por la independencia y la autonomía (Frison & Eggermont, 2017).

Se estima que el trastorno depresivo mayor es la segunda causa principal de carga de discapacidad en todo el mundo y puede contribuir a una variedad de complicaciones de salud, lo que contribuye en particular al aumento de las tasas de suicidio y de enfermedades cardíacas (Ricard, Marsch, Crosier, & Hassanpour, 2018). Como resultado, la salud mental de los adolescentes está particularmente en riesgo durante esta etapa de la vida, pudiendo el 13% de los adolescentes europeos presentar síntomas de ansiedad y depresión (Skrove, Romundstad, & Indredavik, 2013)

Tras la creciente popularidad de Instagram especialmente entre los adolescentes, sería preciso analizar si el uso de Instagram puede afectar con el tiempo el estado de ánimo deprimido o ansioso de los adolescentes o si puede conllevar al desarrollo de algún TCA.

## Objetivo general

Analizar los efectos y las consecuencias del uso de Instagram sobre el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y de trastornos emocionales en los jóvenes.

## Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática.

### *Criterios de selección de estudios*

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- El enfoque principal de los artículos debía ser el efecto del uso de Instagram en la población joven.

- Artículos primarios publicados en revistas científicas entre 2015 y 2020.

- Artículos que fuesen en inglés o castellano.

Por otro lado, se excluyeron aquellos artículos que se centrasen en su mayoría en otras RRSS (Facebook, Twitter, Snapchat, etc.) más que en Instagram.

### *Procedimientos de búsqueda de los estudios*

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el mes de diciembre de 2019 y enero de 2020, para ello se utilizaron las bases de datos PubMed, Lilacs, Scielo, Cochrane, Science Direct y Dialnet Plus. La búsqueda se realizó a través del lenguaje estructurado en base a los descriptores del *Medical Subject Heading* (MeSH, 2018) y los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

En la Tabla 1 se muestra los descriptores y la estrategia de búsqueda empleados, siendo una combinación de las diferentes palabras clave y el uso de los operadores booleanos AND y OR (tabla 1).

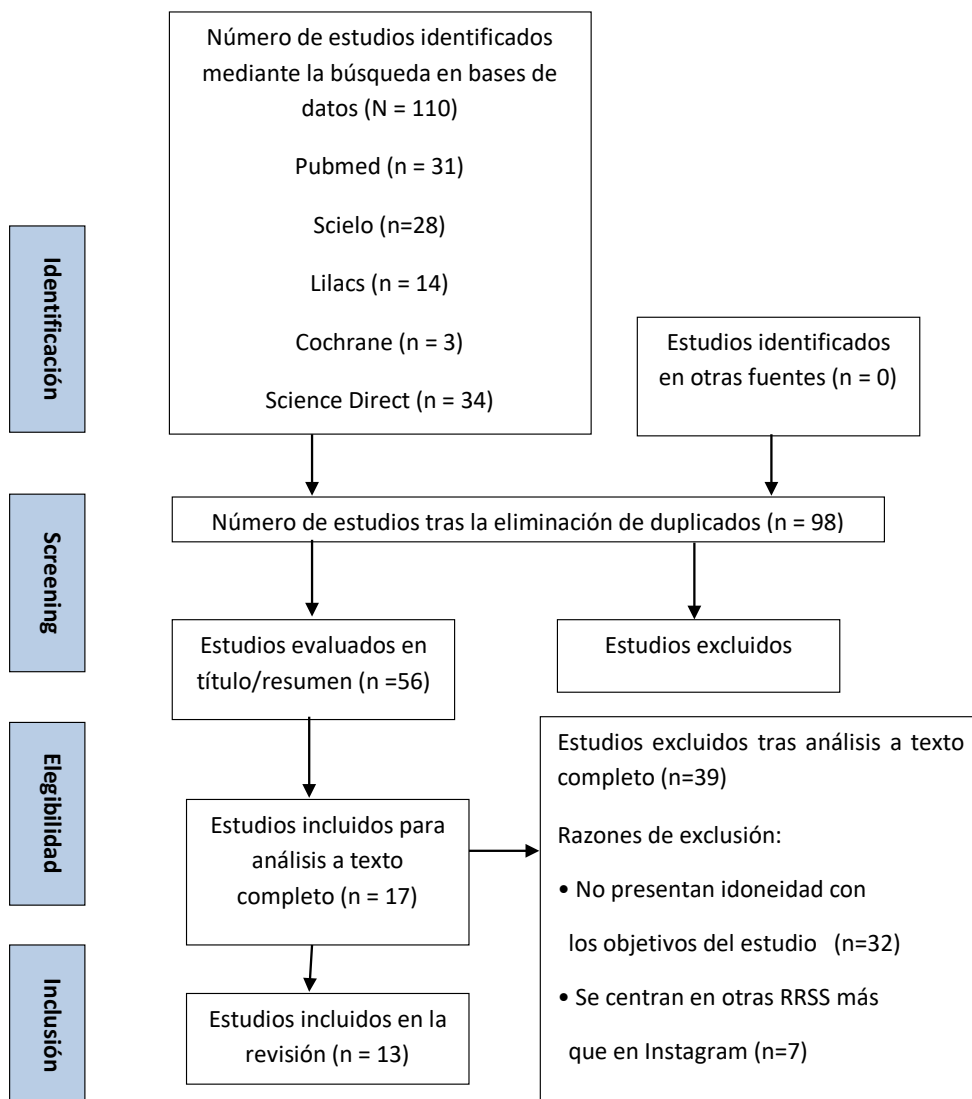
En primer lugar se realizó una lectura de los títulos y los resúmenes de todas las referencias recuperadas de las diferentes bases de datos y se seleccionaron publicaciones potencialmente relevantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. En caso de duda sobre la idoneidad de la inclusión del estudio, se procedió a realizar una lectura del texto completo.

De un total de 110 artículos encontrados en nuestra búsqueda inicial, 18 se excluyeron por haber sido publicados hace más de 5 años y 24 por estar en idiomas diferentes a los establecidos en los criterios de inclusión. Los 56 restantes fueron leídos los títulos y resúmenes, y tras la lectura, fueron seleccionados para analizar a texto completo 17, excluyéndose 32 por no presentar idoneidad con los objetivos del estudio y 7 por centrarse en otras RRSS más que en Instagram.

Finalmente, teniendo en cuenta los criterios de lectura crítica para estudios observacionales STROBE (Fernández, 2005), se incluyeron 13 artículos que cumplieron con los criterios de selección. Los procesos de revisión y selección se detallan en la Figura 1 mediante el diagrama de flujo PRISMA.

**Tabla 1.** Descriptores MeSH y DeCS.

MeSH	DeCS		MeSH y DeCS
Mental Health	Salud Mental		
OR	OR		
Anxiety	Ansiedad		
OR	OR	AND	Instagram
Depression	Depresión		
OR	OR		
Eating disorder	Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos		
OR			
Body image	Imagen corporal		



**Figura 1.** Diagrama de flujo PRISMA.

## Resultados

La muestra final de esta revisión consistió en 13 estudios. La Tabla 2 presenta las investigaciones de forma cronológica desde 2019 hasta 2016. Conjuntamente, de cada una de las referencias recuperadas se obtuvieron los siguientes datos con el fin de proceder a realizar el análisis. Las muestras abarcaban edades comprendidas entre los 12 hasta los 35 años, estando compuestas por mujeres en la mayor parte de los estudios.

Los estudios se dividieron en dos categorías. Por un lado, aquellas investigaciones cuyos análisis consistían en examinar el contenido publicado en Instagram, ya fuese evaluando los comentarios de las fotos compartidas por los usuarios (Ricard et al., 2018) como las técnicas de comunicación que emplean los *influencers* para llegar a su público (Pilgrim & Bohnet-Joschko, 2019). Y, por

otro lado, aquellos estudios descriptivos o comparativos cuyas mediciones se basaban en la cumplimentación de escalas y cuestionarios por usuarios de Instagram o estudiantes. La mayoría de estas investigaciones centraron sus objetivos en investigar la relación del uso de esta red social con síntomas de ansiedad o depresión (Frison & Eggermont, 2017; Jovic, Čorac, & Ignjatović-Ristić, 2019; Lowe-Calverley, Grieve, & Padgett, 2019; Thorisdottir, Sigurvinsdottir, Asgeirsdottir, Allegrante, & Sigfusdottir, 2019); ver si la satisfacción corporal se veía influenciada con la actividad en la plataforma (Ridgway & Clayton, 2016; Tiggemann & Barbato, 2018); evaluar si puede influir en el desarrollo de algún TCA (Cohen, Newton-John, & Slater, 2017; Holland & Tiggemann, 2017; Saunders & Eaton, 2018; Turner & Lefevre, 2017); o si podría conllevar acoso cibernético (Albdour, Hong, Lewin, & Yarandi, 2019).

**Tabla 2.** Estudios seleccionados y variables analizadas.

Autores y año	Objetivos	Muestra (N)	Variables/ instrumentos	Resultados
Thorisdottir et al. (2019)	Estimar la prevalencia del uso de las RRSS y examinar la relación con síntomas de ansiedad y depresión.	N = 10563 adolescentes entre 14 y 16 años.	- Multidimensional Anxiety Scale for Children. - Original Symptom Checklist. - Escala de Autoestima de Rosenberg.	Los síntomas de ansiedad y estado de ánimo deprimido se correlacionaron positivamente con el tiempo en Instagram, siendo mayor en las niñas. Asimismo, se correlacionó este uso con un aumento de la angustia emocional y la comparación social, y así como una mala autopercepción corporal.
Jovic et al. (2019)	Investigar la correlación entre la adicción a Instagram y los síntomas de la depresión, la ansiedad y el estrés.	N = 192 estudiantes.	- Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21). - Escala de Adicción a Instagram (IAS).	La puntuación total en el IAS estaba en una correlación estadísticamente significativa con todas las subescalas DASS-21 ( $r_s = 0,460$ , $p < 0,05$ ), indicando una correlación entre los síntomas de la depresión, la ansiedad y el estrés y la adicción a Instagram.
Lowe-Calverley et al. (2019)	Predecir si los usuarios pueden correr riesgo de experimentar consecuencias negativas a nivel psicológico como resultado del uso de Instagram.	N = 546 usuarios de Instagram.	- Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) - Escala de satisfacción con la vida - Escala de Autoestima de Rosenberg - Instagram Investment Inventory.	Una mayor satisfacción con la vida fue predictiva de una menor depresión, ansiedad y estrés.  Un mayor uso de Instagram se asoció significativamente con la depresión, el estrés y la baja autoestima.
Pilgrim & Bohnet-Joschko (2019)	Analizaron los contenidos de las cuentas de influencers y las técnicas de comunicación utilizadas, así como la imagen corporal mostrada y el papel de la salud.	N = 50 influencers alemanes de Instagram con más de 100.000 seguidores.	- Base de datos InfluencerDB.	Los influencers se ganan la confianza y la amistad de sus seguidores creando contenidos visuales centrados en la forma del cuerpo y técnicas de comunicación específicas. Identifican y definen la dieta y el ejercicio como factores para controlar la perfección del cuerpo, mostrando su apariencia física como la clave de la felicidad. Al mismo tiempo, los menores se identifican con los papeles e ideales demostrados por estos, creando una relación de dependencia entre los influencers y sus seguidores.



**Tabla 2.** Continuación.

Autores y año	Objetivos	Muestra (N)	Variables/ instrumentos	Resultados
Albdour et al. (2019)	Explorar las experiencias de los adolescentes en el acoso cibernético y sus efectos en su salud.	N = 150 adolescentes árabe-americanos, de 12 a 16 años.	- Inventario de Somatización Infantil (CSI-24). - Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10).	El 34% de los adolescentes reportaron victimización de ciberacoso y el 26,7% por lo menos una vez en el último año (la mayoría eran varones), siendo Instagram uno de los medios más utilizados (11%). El ciberacoso predijo un aumento de las quejas físicas ( $p=.001$ ), así como de la angustia psicológica ( $p=.014$ ).
Ricard et al. (2018)	Evaluar la utilidad del contenido generado en Instagram, como los comentarios en las publicaciones para predecir la depresión.	N = 749 participantes.	- Cuestionario sobre la salud del paciente-8 (PHQ-8). - Análisis de los perfiles de Instagram de los participantes (pies de foto, comentarios y likes).	Los resultados indican que el contenido de Instagram generado por la comunidad contiene información indicativa de la depresión de un usuario.
Tiggemann & Barbato (2018)	Investigar el efecto en la imagen corporal de la visualización de comentarios relacionados con la apariencia en publicaciones de Instagram.	N = 128 estudiantes universitarias entre 18 y 30 años de edad.	- 15 imágenes. - Cuestionario de frecuencia de uso de Instagram. - Twenty Statements Test (TST). - Cuestionario de auto-objetivación.	Los usuarios expuestos a comentarios sobre la apariencia tuvieron peor satisfacción corporal que los expuestos a comentarios que hablaban sobre lugar que se mostraba en la foto.
Saunders & Eaton (2018)	Evaluar si se relaciona el uso de RRSS con la insatisfacción corporal y el desarrollo de TCA en las mujeres jóvenes.	N = 637 mujeres entre 18 y 24 años.	- Escala de comparación de apariencia ascendente y descendente (UPACS y DACS). - Inventario de síntomas de patología alimentaria (EPSI).	Los usuarios de Instagram demostraron una relación positiva significativa entre las comparaciones sociales y el desarrollo de TCA, y entre la vigilancia de no coger peso y el cuidado corporal con el desarrollo de algún TCA.
Turner & Lefevre (2017)	Evaluar si existe una relación entre el uso de Instagram y los síntomas de Ortorexia Nerviosa.	N = 680 mujeres con un IMC promedio saludable.	- Encuestas sobre uso de las RRSS, opciones dietéticas. - Cuestionario ORTO-15 (para evaluar los síntomas ortoréxicos).	El mayor uso de Instagram se asoció con una mayor tendencia hacia la ortorexia nerviosa, sin que ningún otro canal de medios sociales tuviera este efecto. En análisis exploratorios Twitter mostró una pequeña asociación positiva con los síntomas de ortorexia. La prevalencia de ortorexia nerviosa entre la población del estudio fue del 49%.
Frison & Eggermont (2017)	Examinar las relaciones entre el uso de Instagram y el estado de ánimo deprimido de los adolescentes.	N = 671 adolescentes entre 12 y 19 años.	- Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños y adolescentes" (CES-DC). - Escala Likert sobre frecuencia de uso de Instagram.	Los resultados revelaron que la navegación en Instagram está relacionada con el aumento del estado de ánimo deprimido de los adolescentes. Además, los adolescentes tienen una mayor probabilidad de publicar más en Instagram cuando tienen mayores niveles de estado de ánimo deprimido.

Tabla 2. Continuación.

Autores y año	Objetivos	Muestra (N)	Variables/ instrumentos	Resultados
Cohen et al. (2017)	Identificar las características específicas de las RRSS que se relacionan con las preocupaciones sobre la imagen corporal.	N = 259 mujeres entre 18 y 29 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de Actitudes Socioculturales sobre la apariencia (SATAQ-3).</li> <li>- Escala de comparación de apariencia física (PACS).</li> <li>- Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI).</li> </ul>	El seguimiento de cuentas enfocadas en salud y fitness en Instagram se asoció con la internalización del ideal de delgadez, la vigilancia corporal y el impulso hacia la delgadez, mientras que el seguimiento de cuentas de apariencia neutral no se asoció con ningún resultado de imagen corporal.
Holland & Tiggemann (2017)	Investigar los TCA y el ejercicio compulsivo en las mujeres que publican fotos de "fitspiration" en Instagram.	N = 203 mujeres (101 que publican fotos de fitspiration y 102 que publican fotos de viajes).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI).</li> <li>- Escala de Drive for Muscularity.</li> <li>- The Obligatory Exercise Questionnaire.</li> </ul>	Las mujeres que postean sobre fitspiration obtuvieron una puntuación significativamente más alta en tendencia a la delgadez, bulimia, querer ganar musculatura, y realizar ejercicio compulsivo. Casi una quinta parte (17,5%) de estas mujeres estaban en riesgo para el diagnóstico de un TCA. El ejercicio compulsivo estaba relacionado a los TCA en ambos grupos, pero la relación fue significativamente más fuerte para las mujeres que publican imágenes de fitspiration.
Ridgway & Clayton (2016)	Explorar si la satisfacción corporal predice la publicación de selfies en Instagram y si esto se asocia con resultados negativos en las relaciones sentimentales.	N = 420 usuarios de Instagram.	- Escala de Satisfacción de Partes del Cuerpo Revisada (BPSS-R).	La satisfacción corporal se asoció positivamente con la publicación de selfies en Instagram. Cuando los usuarios de Instagram promueven su satisfacción corporal por medio de publicaciones de selfies, puede conllevar a resultados negativos en las relaciones de pareja.

## Discusión

Como se ha podido ver en los resultados presentados en la Tabla 2, Instagram puede ser problemático en los jóvenes, asociándose ciertas conductas alimentarias o trastornos en las emociones. El hecho de que sea una red social cada vez más popular y usada, especialmente entre los jóvenes, revela una vez más la gravedad del problema (Tiggemann & Barbato, 2018)

### *Desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria*

El uso de Instagram se ha relacionado con el posible desarrollo de algún TCA, siendo una plataforma donde las presiones socioculturales a favor de la delgadez y la internalización del ideal de belleza se ven reflejadas, dando lugar a la posible comparación social entre usuarios (Saunders & Eaton, 2018).

Además, el seguimiento de cuentas enfocadas en salud y *fitness* se asoció con la internalización de este ideal de delgadez, la vigilancia corporal y el fomento de la conducta de querer perder peso, mientras que el seguimiento de cuentas de apariencia neutral no se asoció con ningún resultado de imagen corporal (Cohen et al., 2017).

De la misma forma, el fenómeno *fitspiration* trae cada vez mayor frustración a las mujeres, inalcanzable para la mayoría de ellas, ya que promueve más la apariencia física más que los beneficios para la salud de la dieta y el ejercicio. En el estudio realizado por Holland & Tiggemann (2017) se observó que las mujeres que publican fotos sobre *fitspiration* obtuvieron una puntuación significativamente más alta en tendencia a la delgadez, bulimia, querer ganar musculatura, y realizar ejercicio compulsivo. El 17,5% de estas mujeres estaban en riesgo para el diagnóstico de un TCA.

Muchas veces estos ideales y conductas son transmitidos por los *influencers*, los cuales se ganan la confianza y la amistad de sus seguidores creando contenidos visuales donde identifican y definen la dieta y el ejercicio como factores para controlar la perfección del cuerpo, mostrando su apariencia física como la clave de la felicidad. Al mismo tiempo, los menores se identifican con los papeles e ideales demostrados por estos, creando una relación de dependencia entre los *influencers* y sus seguidores (Pilgrim & Bohnet-Joschko, 2019).

Por otro lado, se ha observado que el tiempo de uso es un factor importante en el posible desarrollo de algún TCA, siendo Turner & Lefevre (2017) los que estudiaron este hecho y obtuvieron que un mayor uso de Instagram se asociaba con una ascendente tendencia hacia la ortorexia nerviosa, definida como la obsesión por comer alimentos saludables.

### *Satisfacción corporal del individuo*

Se llegó a la conclusión de que los comentarios forman una parte importante e integral de las publicaciones de Instagram, teniendo implicaciones en la imagen y la satisfacción corporal del individuo. De esta forma, el objetivo del estudio de Tiggemann & Barbato (2018) fue investigar el efecto de la visualización de los comentarios relacionados con la apariencia que se acompañan a las imágenes de Instagram en la imagen corporal de las mujeres, viéndose que los usuarios expuestos a comentarios sobre la apariencia tuvieron peor satisfacción corporal que los expuestos a comentarios que hablaban sobre lugar que se mostraba en la foto.

No obstante, la satisfacción corporal se asoció positivamente con la publicación de autorretratos o *selfies* en Instagram donde el usuario muestra que ha cumplido algún objetivo de fitness o en gimnasio. Al mismo tiempo, se vio que cuando los usuarios promueven su satisfacción corporal por medio de publicaciones de *selfies*, puede conllevar a resultados negativos en las relaciones de pareja, pudiendo experimentar celos tras ver la cantidad de interacciones (es decir, *likes* y comentarios) que su pareja ha acumulado en Instagram (Ridgway & Clayton, 2016).

### *Desarrollo de trastornos en las emociones y otras complicaciones*

Además de las consecuencias expuestas anteriormente, los jóvenes usuarios de Instagram pueden presentar efectos en su salud física y mental, incluyendo: ansiedad, depresión, baja autoestima o adicción a esta red social (Jovic et al., 2019). Asimismo, Thorisdottir et al. (2019)

observaron que el tiempo de uso, ya fuese de manera activa publicando fotos, o pasiva viendo publicaciones de los demás, influye también en los síntomas de ansiedad y depresión, siendo esta correlación mayor en las mujeres. De la misma forma, se ha observado que los adolescentes tienen mayor probabilidad de publicar más en Instagram cuando tienen mayores niveles de estado de ánimo deprimido (Frison & Eggermont, 2017), viéndose además que el contenido de Instagram generado por la comunidad contiene información indicativa de la depresión de un usuario (Ricard et al., 2018).

Por otro lado, el estudio de Lowe-Calverley et al. (2019) observaron la relación entre el número de seguidores y la autoestima. Se vio que el número de seguidores estaba insignificamente relacionado con la autoestima, lo que sugiere que la popularidad de un usuario de Instagram es menos importante para su autoestima cuando se considera independientemente de cuánto esté conectado emocionalmente con su uso de la plataforma.

Finalmente, otra complicación que puede tener lugar en los adolescentes usuarios de Instagram es el ciberacoso, derivado del término en inglés *cyberbullying*, refiriéndose al uso de RRSS para acosar a una persona o grupo de personas mediante ataques personales, divulgación de información confidencial o falsa entre otros (Langos, 2015). El estudio realizado por Albdour et al. (2019) obtuvo que 34% de los adolescentes reportaron victimización de ciberacoso y el 26,7% por lo menos una vez en el último año, siendo la mayoría hombres. Además, el ciberacoso predijo un aumento de las quejas físicas por síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, dolor de estómago, irritabilidad e incapacidad para dormir, así como de la angustia psicológica.

### *Rol del profesional de la salud*

Sería útil que los profesionales de la salud proporcionaran detección precoz, educación e intervenciones de tratamiento apropiadas que incorporaran y explicaran a los pacientes el uso de este medio y otros como son Facebook, Twitter o Snapchat. Por otra parte, es importante que los profesionales de la salud, los educadores y los consejeros investiguen más a fondo la participación de los adolescentes en el tema del ciberacoso (Albdour et al., 2019), principalmente a la hora de evaluar y tratar a los adolescentes que manifiestan los síntomas psicósomáticos nombrados anteriormente.

Por tanto, sería interesante desarrollar programas de prevención desde Atención Primaria que abordasen primeramente la sensibilización e información de los sujetos con riesgo y de sus familias, y en segundo lugar,

de la población general, identificando los grupos de riesgo y trabajando sobre los estereotipos culturales y el “negocio en torno al cuerpo” (Ruiz Lázaro, 2003).

### *Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones*

Las principales limitaciones que se han encontrado en esta revisión fueron que la mayoría de las participantes de los estudios eran mujeres, lo que podría haber limitado la generalización de los estudios a los individuos varones. Esta pequeña cantidad de hombres en los estudios viene justificada por una mayor vulnerabilidad de las mujeres en este medio (Villanueva Blasco & Serrano Bernal, 2019). Otra limitación podría ser el hecho de que la mayoría de los estudios presentan una muestra que no está delimitada o especificada, pudiendo no ser la mayoría de los estudios extrapolables a otras poblaciones.

Además, a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica se halló una cantidad de artículos menor a la prevista, pudiendo ser debido al hecho de ser un tema que poco a poco se va conociendo e investigando más.

Dado que el uso de las RRSS se ha convertido en una parte integral de la sociedad actual, es importante que futuras investigaciones continúen aclarando el papel que desempeña el uso de estos medios en los TCA o en los trastornos en las emociones como la ansiedad o la depresión. Asimismo, sería relevante que en España se investigue sobre esta temática, ya que como se ha dicho en las limitaciones, la mayoría de los estudios no son extrapolables.

## Conclusiones

La presente revisión ha ofrecido una síntesis a cerca del conocimiento actual sobre la relación entre el uso de Instagram y el desarrollo de ciertas conductas alimentarias y trastornos emocionales en los jóvenes.

La evidencia ha demostrado que el uso de esta red social está significativamente relacionado con ciertas actitudes alimentarias o trastornos de las emociones. Además, el uso problemático de Instagram puede conducir no sólo a TCA sino también a muchos otros problemas psicológicos y fisiológicos.

El tiempo de uso de se ha asociado con una tendencia a desarrollar TCA, ya que es una plataforma donde las presiones socioculturales a favor de la delgadez y la internalización del ideal de belleza se ven reflejadas, dando lugar a la posible comparación social entre usuarios.

Además, los jóvenes usuarios de Instagram pueden presentar afecciones en su salud física y mental, incluyendo ansiedad, depresión, baja autoestima o

adicción a esta red social. Por ejemplo, se observó que los comentarios de las publicaciones de Instagram pueden tener implicaciones en la autopercepción de la imagen corporal y la satisfacción corporal del individuo.

Dado que el uso de las RRSS se ha convertido en una parte importante de la sociedad actual, es importante que investigaciones futuras continúen aclarando el papel que desempeña el uso de las RRSS en la salud mental de la población juvenil. Por tanto, los investigadores en el campo de la salud mental deben ser conscientes de la existencia e influencia de las RRSS, ya que estos medios también podrían ayudar a las personas con trastornos alimenticios o de las emociones a obtener asistencia terapéutica.

## Referencias bibliográfica <sup>1</sup>

- \*Albdour, M., Hong, J. S., Lewin, L., & Yarandi, H. (2019). The Impact of Cyberbullying on Physical and Psychological Health of Arab American Adolescents. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(4), 706-715. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-00850-w>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(7), 606-616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Carrotte, E. R., Prichard, I., & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: A content analysis of gendered images. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- \*Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>
- Custers, K. (2015). The urgent matter of online pro-eating disorder content and children: clinical practice. *European Journal of Pediatrics*, 174(4), 429-433. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2487-7>
- EMarketer. (2018). How Many People Use Instagram in the US 2018 - eMarketer Trends, Forecasts and Statistics - eMarketer Trends, Forecasts & Statistics. Recuperado 4 de febrero de 2020, de <https://www.emarketer.com/content/the-social-series-who-s-using-instagram>

<sup>1</sup> Las referencias con \* son aquellas utilizadas en la revisión sistemática.



- Fernández, E. (2005). Estudios epidemiológicos (STROBE). *Medicina Clínica*, 125(SUPPL. 1), 43-48. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(05\)72209-0](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(05)72209-0)
- \*Frison, E., & Eggermont, S. (2017). Browsing, Posting, and Liking on Instagram: The Reciprocal Relationships between Different Types of Instagram Use and Adolescents' Depressed Mood. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(10), 603-609. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0156>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- \*Holland, G., & Tiggemann, M. (2017). "Strong beats skinny every time": Disordered eating and compulsive exercise in women who post fitspiration on Instagram. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 76-79. <https://doi.org/10.1002/eat.22559>
- Hu, Y., Manikonda, L., & Kambhampati, S. (2014). *What we instagram: A first analysis of instagram photo content and user types*. The AAAI Press.
- \*Jovic, J., Ćorac, A., & Ignjatović-Ristić, D. (2019). P.447 Correlation between Instagram addiction and the symptoms of depression, anxiety and stress. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S316-S317. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.09.459>
- Langos, C. (2015). Cyberbullying: The shades of harm. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(1), 106-123. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.919643>
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- \*Lowe-Calverley, E., Grieve, R., & Padgett, C. (2019). A risky investment? Examining the outcomes of emotional investment in Instagram. *Telematics and Informatics*, 45. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2019.101299>
- MeSH. (2018). Recuperado 18 de febrero de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
- \*Pilgrim, K., & Bohnet-Joschko, S. (2019). Selling health and happiness how influencers communicate on Instagram about dieting and exercise: Mixed methods research. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7387-8>
- Ponce Torres, C., Turpo Espinoza, K., Salazar Pérez, C., Viteri-Condori, L., Carhuancho Aguilar, J., & Taype Rondan, Á. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 551-561. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n4/551-561/es>
- \*Ricard, B. J., Marsch, L. A., Crosier, B., & Hassanpour, S. (2018). Exploring the utility of community-generated social media content for detecting depression: An analytical study on Instagram. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12). <https://doi.org/10.2196/11817>
- \*Ridgway, J. L., & Clayton, R. B. (2016). Instagram Unfiltered: Exploring Associations of Body Image Satisfaction, Instagram #Selfie Posting, and Negative Romantic Relationship Outcomes. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(1), 2-7. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0433>
- Ruiz Lázaro, P. (2003). Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. *Atención primaria*, 32. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70757-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70757-4)
- Sámano Orozco, L. F. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), 38-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4196117>
- Sauchelli, S., Arcelus, J., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Del Pino-Gutiérrez, A., & Fernández-Aranda, F. (2016). Dimensions of compulsive exercise across eating disorder diagnostic subtypes and the validation of the Spanish version of the compulsive exercise test. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01852>
- \*Saunders, J. F., & Eaton, A. A. (2018). Snaps, selfies, and shares: How three popular social media platforms contribute to the sociocultural model of disordered eating among young women. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(6), 343-354. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0713>

- Skrove, M., Romundstad, P., & Indredavik, M. S. (2013). Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: *The Young-HUNT study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 407-416. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0561-2>
- Statista. (2018). *Instagram - Statistics & Facts | Statista*. Recuperado 4 de febrero de 2020, de <https://www.statista.com/topics/1882/instagram/>
- \*Thorisdottir, I. E., Sigurvinsdottir, R., Asgeirsdottir, B. B., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2019). Active and Passive Social Media Use and Symptoms of Anxiety and Depressed Mood Among Icelandic Adolescents. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 22(8), 535-542. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0079>
- \*Tiggemann, M., & Barbato, I. (2018). "You look great!": The effect of viewing appearance-related Instagram comments on women's body image. *Body Image*, 27, 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.009>
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2015). «Exercise to be fit, not skinny»: The effect of fitspiration imagery on women's body image. *Body Image*, 15, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2018). «Strong is the new skinny»: A content analysis of #fitspiration images on Instagram. *Journal of health psychology*, 23(8), 1003-1011. <https://doi.org/10.1177/1359105316639436>
- \*Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277-284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutricion Hospitalaria. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Vázquez, N., & Pastor, N. (2019). Uso de redes sociales y mensajería instantánea en relaciones de pareja en la juventud: un estudio preliminar. *Health and Addictions*, 19(1), 87-98. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/331021833>
- Vellisca González, M. Y., Orejudo Hernández, S., & Latorre Marín, J. I. (2012). Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud*, 23(2), 111-121. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742012000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200001)
- Villanueva Blasco, V. J., & Serrano Bernal, S. (2019). Patrón de uso de internet y control parental de redes sociales como predictor de sexting en adolescentes: una perspectiva de género. *Revista de Psicología y Educación*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.01.168>

## Las redes sociales como medio para la prevención del VIH. Una revisión sistemática

### Social networks as a means for HIV prevention. A systematic review

Blanca Ortiz-Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España

Revisiones

#### Resumen

**Introducción:** En 2018 hubo un total de 141.552 nuevos casos de VIH diagnosticados en 50 países. La necesidad urgente de reducir el VIH en la población impulsó el desarrollo de investigaciones innovadoras basadas en internet. Las redes sociales han demostrado ser efectivas y aceptables para realizar actividades de promoción de la salud. **Objetivos:** Sintetizar la evidencia disponible acerca de la utilidad de las redes sociales como medio para la realización de intervenciones de promoción de la salud para prevenir el VIH en la población joven. **Metodología:** Revisión sistemática de artículos científicos. Se realizó una búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Web of Science, Scopus, Cinahl, Cochrane y PsylInfo. Además, se consultaron las revistas AIDS Education and Prevention y AIDS & Behaviour y una revisión de la bibliografía de artículos. La muestra incluyó personas entre los 15 y 39 años con estado serológico de VIH negativo o desconocido. **Resultados:** Siete artículos cumplieron los criterios de inclusión. Se encontraron resultados positivos respecto a los cambios de comportamiento, adquisición de conocimientos, participación y aceptabilidad de la intervención. **Conclusión:** Las redes sociales han demostrado ser un medio de utilidad a la hora de realizar intervenciones de promoción de la salud para prevenir el VIH en la población joven.

Palabras clave: Medios Sociales; Prevención Primaria; Promoción de la Salud; Redes Sociales; VIH.

#### Abstract

**Introduction:** In 2018 there were a total of 141,552 new cases of HIV diagnosed in 50 countries. The urgent need to reduce HIV in the population has been a driving force in developing innovative internet-based research. Social networks have proven to be effective and acceptable for health promotion activities. **Objectives:** To synthesize the available evidence about the usefulness of social networks as a means to carry out health promotion interventions to prevent HIV in young population. **Methodology:** Systematic review of scientific articles. A research was done with the databases: Pubmed, Web of Science, Scopus, Cinahl, Cochrane and PsylInfo. In addition, we consulted the journals AIDS Education and Prevention and AIDS & Behaviour, and a review of the bibliography of articles. The sample included people between 15 and 39 years with negative or unknown HIV status. **Results:** Seven articles met the inclusion criteria. Positive results were found regarding behavioural changes, knowledge acquisition, participation and acceptability of the intervention. **Conclusion:** Social networks have proven to be a useful means of carrying out health promotion interventions to prevent HIV in young population.

Keywords: HIV; Health Promotion; Primary Prevention; Social Networking; Social Media.

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocho de las más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual, están relacionadas con enfermedades de transmisión sexual (ETS) de máxima incidencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). De estos ocho microorganismos, cuatro producen infecciones víricas incurables, entre las que se encuentran el virus de la hepatitis B, el herpes simple, el virus del papiloma humano y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (OMS, 2019).

En 2018 hubo un total de 141.552 nuevos casos de VIH diagnosticados en 50 países, de los cuales 26.164 fueron diagnosticados en 31 países de la Unión Europea (UE) (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019). La vía predominante de transmisión fue la sexual, produciéndose el 50% de los nuevos diagnósticos en personas que habían mantenido relaciones sexuales entre hombres y mujeres, seguido de aquellos hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres en un 23% (ECDC, 2019). Justo al revés sucedió en la UE, donde el 40% de la transmisión ocurrió en hombres que tenían relaciones con otros hombres, seguido de un 33% en las mantenidas entre hombres y mujeres (ECDC, 2019).

Por otro lado, la tasa más alta de diagnósticos de VIH en ambos sexos fue observada en jóvenes entre los 25 y 29 años (ECDC, 2019). El riesgo de padecer VIH entre la población joven está relacionado con la falta de educación sexual integral en la escuela, el bajo uso del condón y de pruebas de detección (Bailey, Mann, Wayal, Abraham & Murray, 2015; Breny & Lombardi, 2019). Además de esto, la carencia de conocimientos de la población, la falta de formación de los profesionales sanitarios y el arraigado estigma generalizado sobre el VIH dificultan la realización de intervenciones de prevención (OMS, 2019).

Varios estudios mostraron que los jóvenes priorizaban aún la prevención del embarazo sobre la de enfermedades de transmisión sexual, ya que valoraban lo primero como un riesgo de mayor seriedad (Breny & Lombardi, 2019; Gabarron, Serrano, Wynn & Armayones, 2012). Éstos jóvenes tendían a pensar que, como sus parejas femeninas utilizaban medidas de control de natalidad, no necesitaban usar medidas de protección como es el condón (Breny & Lombardi, 2019).

Es necesario formar a la población, corregir sus conceptos erróneos, así como proporcionarles una guía práctica para manejar los desencadenantes y promover el uso de métodos barrera, ofreciendo espacios seguros

que faciliten y apoyen el diálogo en grupo, de forma interactiva y positiva ante las relaciones sexuales (Nadarzynski, Morrison, Bayley & Llewellyn, 2017; OMS, 2019; Pedrana et al., 2014; Rhodes et al., 2014). Estas actividades se realizan en la prevención primaria contra el VIH, con intervenciones de asesoramiento donde se busca mejorar la capacidad de la población de reconocer los síntomas, al igual que se utilizan enfoques conductuales a través de una educación sexual integral y adaptada a las necesidades de los adolescentes, para aumentar la probabilidad de que soliciten atención médica (OMS, 2019).

A pesar de los esfuerzos realizados en atención primaria para reducir las conductas sexuales de riesgo a través de intervenciones simples, continúa siendo una meta difícil de alcanzar (OMS, 2019). Por esto, la necesidad urgente de reducir el VIH en la población impulsó el desarrollo de investigaciones innovadoras e intervenciones basadas en internet (Groves, Breslow, Newcomb, Rosenberger & Bauermeister, 2014; Nadarzynski et al., 2017; Rhodes et al., 2014).

Internet podría ser un medio eficaz para realizar intervenciones de prevención (Groves et al., 2014). Sin embargo, había muchas barreras metodológicas y tecnológicas que debían abordarse para realizarlas, incluidas las formas de reclutar y retener a los participantes durante las actividades en línea, así como diseñar intervenciones que fueran paralelas al rápido desarrollo de las páginas web, además de evaluar su eficacia y efectividad (Groves et al., 2014).

Por otro lado, en las dos últimas décadas, se ha observado un giro dramático en las formas que los usuarios se conectan a Internet, con un continuo aumento de su uso que está transformando la vida social (Cáceres, 2015; Groves et al., 2014). Aunque los teléfonos inteligentes estaban disponibles a principios del año 2000, fue la introducción del teléfono inteligente "iPhone" en 2007 y el posterior mercado de las aplicaciones en 2008, lo que marcó el comienzo de la era informática móvil masiva (Groves et al., 2014).

Con el paso del tiempo, se fueron desarrollando aplicaciones que tenían como función la productividad, el comercio electrónico, el consumo de medios, al igual que conectar a los usuarios con sus redes sociales, como lo hace Facebook (Groves et al., 2014; Young, 2012), de la misma forma que con sus redes sexuales, como lo puede lograr Grindr (Groves et al., 2014). A pesar de que se crearon aplicaciones móviles de salud con una fuerte plataforma para la prevención de enfermedades, aquellas



disponibles para la educación y prevención del VIH y ETS fallaron en hacerse populares (Groves et al., 2014; Muessig, Pike, Legrand & Hightow-Weidman, 2013). Es por esto que las redes sociales, como son Twitter y Facebook, fueron identificadas como potencias para realizar nuevas campañas de marketing y llevar a cabo la implementación de intervenciones de promoción de la salud destinadas a jóvenes y adultos jóvenes (Brown et al., 2013; Dietrich et al., 2014; Rhodes et al., 2014; Wright, Schwarzman, Dietze, Crockett & Lim, 2019; Young, 2012).

Un estudio con una muestra de 1.518 adolescentes concluyó que el 90% de los participantes usaban su teléfono móvil todos los días y que el 60% las redes sociales con un promedio de 7 horas diarias. Además, los autores encontraron una relación estadísticamente significativa entre aquellas personas que utilizaban las redes sociales con mayor frecuencia y el mantener relaciones sexuales de riesgo, así como impulsivas (Whiteley et al., 2011).

La evidencia muestra que las redes sociales pueden ser efectivas y aceptables para realizar actividades de promoción de la salud, incluyendo la provisión de información, intervenciones de cambio de comportamiento, monitorización de síntomas de enfermedades, aumento de la concienciación y estrategias de defensa (Chandran, 2016; Wright et al., 2019). Una de las ventajas principales de la realización de programas de prevención a través de las redes sociales es su gran alcance, ofreciendo oportunidades de bajo coste para conectar con la población a gran escala, gracias al alto nivel de integración de las redes sociales en el día a día de las personas (Bailey et al., 2015; Ragsdale & Rotheram-Borus, 2015; Wright et al., 2019). También lo son la monitorización e indicaciones de salud en tiempo real, la

posibilidad de realizar intervenciones complejas adaptadas a las necesidades y preferencias de las personas; la posibilidad de acceso privado y conveniente; así como el modo de comunicación altamente interactivo y atractivo (Bailey et al., 2015; Brown et al., 2013; Wright et al., 2019). Además, la información de uso en tiempo real puede ser automáticamente generada en la mayoría de plataformas, lo cual puede ser beneficioso para propósitos evaluadores (Wright et al., 2019). Una investigación determinó que aquellos perfiles de Twitter y Facebook que comprometían exitosamente a un gran número de usuarios fueron más activos, con publicaciones regulares, y tuvieron un mayor nivel de interacción por usuario que aquellos con un perfil de menor rango (Veale et al., 2015).

Los investigadores han comenzado a utilizar las redes sociales para la prevención del VIH en tres áreas: como herramienta de localización de población, como fuente de datos disponible públicamente y como plataforma de intervenciones (Young, 2012).

Por todo lo expuesto, este estudio tiene como objetivo sintetizar la evidencia disponible acerca de la utilidad de las redes sociales como medio para la realización de intervenciones de promoción de la salud para prevenir el VIH en la población joven.

## Método

Se realizó una revisión sistemática. Para ello, se planteó la siguiente pregunta clínica: “¿Son efectivas las redes sociales como medio para la realización de intervenciones de promoción de la salud sobre el VIH en la población joven?”. Ésta se descompuso utilizando la estructura PICO (Stone, 2002), como se muestra en la Tabla 1. Al no proceder, no se incluyó el apartado de comparación.

**Tabla 1.** Pregunta clínica según el método PICO.

PICO	
Problema (P)	Población joven en riesgo de VIH
Intervención (I)	Promoción de la salud a través de las redes sociales
Resultados (O)	Prevención de VIH

### *Criterios de inclusión y exclusión*

Los criterios de inclusión empleados fueron: hombres y mujeres entre 15 y 39 años con estado serológico de VIH desconocido o negativo; publicaciones en inglés y español desde 2010 hasta diciembre de 2019; y estudios experimentales y de método mixto. Como criterios de exclusión se utilizaron: artículos que contenían intervenciones realizadas a través de blogs, foros, radio o televisión; publicaciones exclusivamente sobre prevención secundaria y terciaria; e intervenciones sobre medidas farmacológicas.

### *Procedimiento de la búsqueda*

Se realizó una búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Cinahl Complete, Web of Science, Scopus, Cochrane Plus y PsylInfo. También se ejecutó una búsqueda manual en las revistas científicas AIDS Education and Prevention y AIDS & Behaviour; además de una búsqueda en las referencias de los artículos seleccionados. La búsqueda se realizó en el periodo de tiempo emprendido entre noviembre y diciembre de 2019.

Se combinaron los descriptores del Medical Subject Headings (MeSH): "HIV", "health promotion", "social networking" y "social media"; con los operadores booleanos "AND" y "OR", para crear la estrategia de búsqueda: (Social network\* OR social media) AND health promotion AND HIV.

El proceso de selección de artículos se llevó a cabo en 5 etapas. Primero, se seleccionaron aquellos artículos identificados a través de las bases de datos y aquellos procedentes de otras fuentes. En segundo lugar, se eliminó los duplicados. En tercer lugar, se procedió a la selección por lectura de título y resumen. Una vez realizado esto, la cuarta etapa fue una lectura del texto completo para ver si cumplían los criterios de inclusión y exclusión mencionados. Como quinta y última etapa, se observaron las referencias bibliográficas de los trabajos para ver si contenían alguno de interés para la revisión.

Para el análisis de calidad metodológica de los ensayos clínicos y la parte cuantitativa del estudio mixto incluido se empleó la escala Jadad (Jadad et al., 1996). La escala Jadad consta de siete ítems de puntuación dicotómica "Sí" o "No". Los valores de las respuestas van desde 1 para "Sí" a 0 para "No", a excepción de 2 ítems en los cuales "Sí" tiene un valor de 0 y "No" un valor de -1. Se puede lograr un máximo de 5 puntos, lo cual significa que el estudio es riguroso. Una puntuación inferior a 3 puntos es considerada como que el estudio es pobre en calidad metodológica.

Para evaluar la calidad metodológica cualitativa del estudio mixto, se utilizó la propuesta de Lincoln y Guba (Lincoln & Guba, 1985). Esta se basa en los criterios de credibilidad-validez interna (5 ítems), transferibilidad-validez externa (3 ítems), dependencia-fiabilidad (6 ítems) y confirmabilidad-objetividad (4 ítems).

Para evaluar la calidad metodológica del único estudio cuasiexperimental incluido se utilizó la escala PEDro (Moseley, Herbert, Sherrington, & Maher, 2002). Esta consta de 11 ítems de respuesta dicotómica "Sí" (S) o "No" (N), con una puntuación de 0 a 10 puntos. Se consideraba de alta calidad con un resultado mayor a 5 puntos, de calidad moderada entre 4 y 5; y de mala calidad con una puntuación inferior a 4.

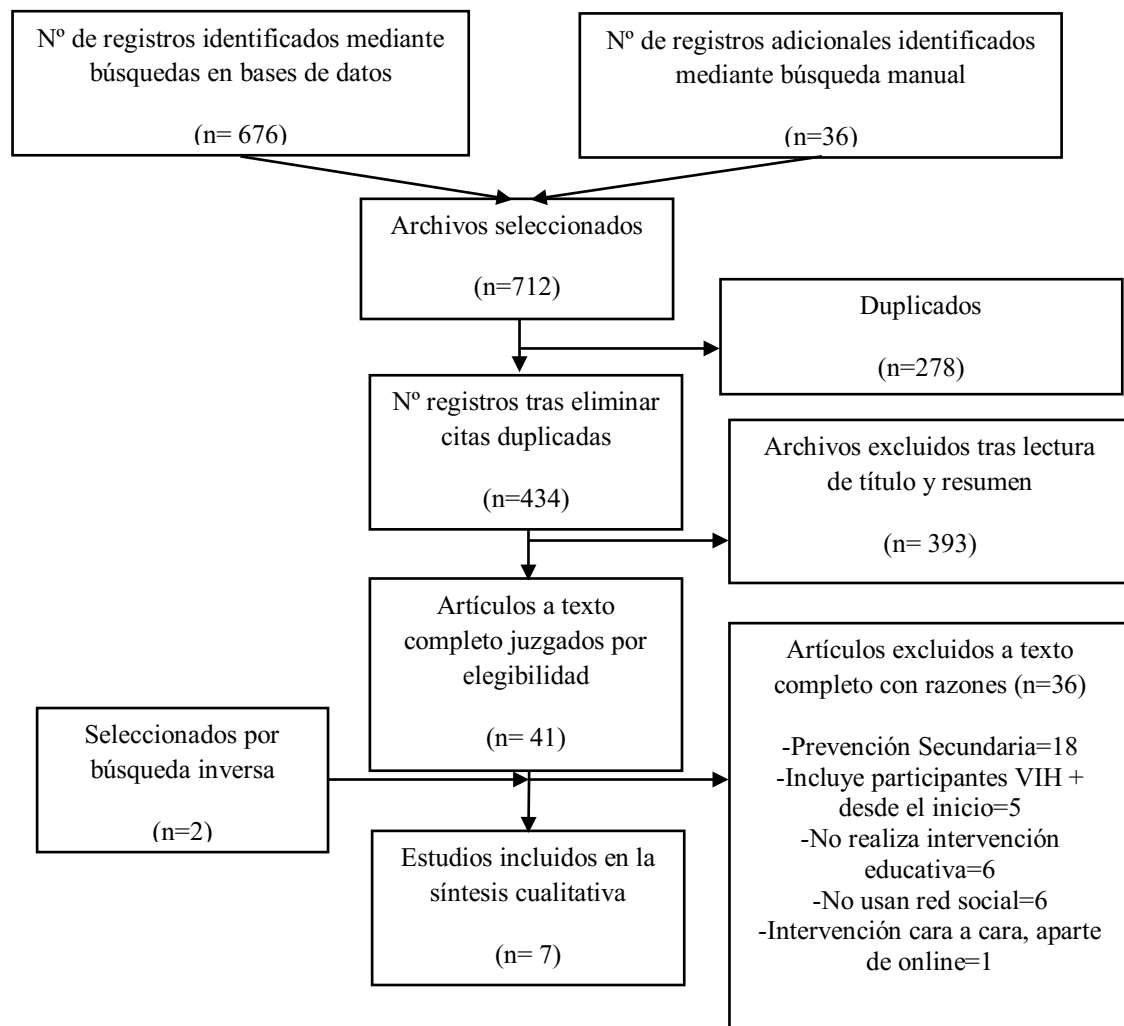
### *Codificación de las variables*

Tras la selección de artículos, se extrajeron los siguientes datos: diseño de estudio, número de sujetos, edad, tipo de red social, intervención, cambios de comportamiento, conocimientos adquiridos, participación y aceptabilidad de la intervención.

## **Resultados**

La búsqueda realizada devolvió un total de 712 artículos. Tras la exclusión de los duplicados, se redujo a 434. Después de la lectura de título y resumen, 393 artículos fueron excluidos. Una vez realizada la lectura a texto completo de los artículos, teniendo en cuenta los criterios de exclusión planteados, se redujo a una cantidad de cinco artículos. Los motivos de exclusión se muestran en la Figura 1. Después de revisar las referencias de los cinco trabajos y extraer dos más de ellos, se finalizó con un total de siete artículos seleccionados para la revisión (Figura 1).

Se analizaron cinco ensayos clínicos aleatorizados (Bull, Levine, Black, Schmiede & Santelli, 2012; Moretti et al., 2015; Sun, Wong & Wong, 2017; Young et al., 2015, 2014), un estudio cuasiexperimental (Lelutiu-Weinberger et al., 2015) y un estudio de método mixto (Young & Jaganath, 2013). Tras pasarle la escala Jadad a los ensayos clínicos aleatorizados y a la parte cuantitativa del estudio de método mixto, se encontró que estos eran de buena calidad (Tabla 2). Un artículo obtuvo 5 puntos (Young & Jaganath, 2013), mientras que 3 artículos obtuvieron una puntuación de 4 (Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015). Los ítems con peor puntuación fueron aquellos relacionados con el enmascaramiento de la muestra.



**Figura 1.** Flujograma de selección de artículos.

**Tabla 2.** Evaluación de la calidad metodológica de los ensayos clínicos según la escala Jadad (1996).

Puntuación Artículo	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Total (-2 a 5)
Young et al. (2014)	S	S	N	N	S	S	S	3
Young et al. (2015)	S	S	N	S	S	S	S	4
Bull et al. (2012)	S	S	N	N	S	S	S	3
Sun et al. (2017)	S	S	N	S	S	S	S	4
Moretti et al. (2015)	S	S	N	S	S	S	S	4
Young & Jaganath (2013)	S	S	S	S	S	S	S	5

Abreviaturas: P1: ¿El estudio se describe como aleatorizado?; P2: ¿Se describe el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización?; P3: ¿El estudio se describe como doble ciego?; P4: ¿Se describe el método de enmascaramiento?; P5: ¿Hay una descripción de las pérdidas durante el seguimiento?; P6: ¿Es adecuado el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización?; P7: ¿Es adecuado el método de enmascaramiento?.

Puntuación: S: cumple el criterio; N: no cumple el criterio.

Al analizar la metodología cualitativa del estudio de método mixto de Young y Jaganath (2013), se observó que se cumplieron 17 de los 18 criterios establecidos por Lincoln y Guba respecto a la validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad (Tabla 3). Es conveniente comentar que, a pesar de que se hizo un muestreo aleatorio de los sujetos para la creación de dos grupos, intervención y control, para realizar la intervención cuantitativa, también se hizo un muestreo teórico para la parte cualitativa. Esto fue así, debido a que seleccionaron únicamente a los integrantes del grupo intervención para realizar esta parte del estudio, excluyendo al control (Young & Jaganath, 2013). También es conveniente comentar que sí se realizó observación participante, puesto que, aunque los investigadores no estuvieron presentes cuando se realizaron las conversaciones y únicamente las analizaron a través de Facebook, el educador sí participó en estas y elaboró un informe para entregárselo a los investigadores (Young & Jaganath, 2013).

Al evaluar la calidad metodológica del estudio cuasiexperimental (Lelutiu-Weinberger et al., 2015) a través de la escala PEDro para estudios experimentales, se observó que solo se cumplió 4 de los 11 ítems establecidos (Tabla 4), por lo que se obtuvo una calidad moderada. Es importante destacar que, al no disponer de grupo control, había criterios que no se le podían aplicar.

Entre los sesgos observados, cabe destacar la ausencia de grupo control en uno de los estudios (Lelutiu-Weinberger et al., 2015), así como la ausencia de mención del sistema de enmascaramiento en la mayoría de los artículos (Bull et al., 2012; Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014).

### *Participantes e Intervenciones*

El número total de sujetos incluidos en todos los artículos analizados fue de 3.000 personas. En todos se incluyeron sujetos mayores de edad, y en tres de ellos participantes con un rango de edad de 16 a 25 años (Bull et al., 2012), 17 a 25 años (Sun et al., 2017) y de 15 a 18 años (Moretti et al., 2015) (Tabla 5). La media de edad entre todos los estudios fue de 24.7 años. Respecto al sexo de los participantes, en tres estudios se incluyeron tanto del sexo masculino como femenino (Bull et al., 2012; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017), mientras que en los cuatro restantes se centraron exclusivamente en el masculino (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013). Además, en estos últimos estudios se tenía como requisito haber mantenido relaciones homosexuales masculinas (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013).

**Tabla 3.** Análisis de la calidad metodológica, según la propuesta de Lincoln y Guba (1985), de la parte cualitativa del estudio de método mixto utilizado.

Young & Jaganath (2013)	Credibilidad - Validez Interna	Transferibilidad - Validez Externa	Dependencia - Fiabilidad	Confirmabilidad - Objetividad
<b>Criterios de calidad</b>				
1	S	S	S	S
2	S	S	S	S
3	S	S	S	S
4	S	-	S	S
5	S	-	N	-
6	-	-	S	-

Abreviaturas: Credibilidad-Validez Interna: 1: Observación participante; 2: Triangulación metodológica, de datos; 3: Juicio crítico de colegas; 4: Recogida de material referencial; 5: Comprobaciones con los participantes. Transferibilidad – Validez Externa: 1: Muestreo teórico; 2: Descripción exhaustiva; 3: Recogida abundante de datos. Dependencia- Fiabilidad: 1: Identificación del status y el rol del investigador; 2: Descripciones minuciosas de los informantes; 3: Identificación y descripción de las técnicas de análisis y recogida de datos; 4: Delimitación del contexto físico, social e interpersonal; 5: Réplica paso a paso; 6: Métodos solapados. Confirmabilidad – Objetividad: 1: Comprobaciones de los participantes; 2: Recogida mecánica de datos; 3: Triangulación; 4: Explicar posicionamiento del investigador. Respuestas: S: Sí cumple el criterio; N: No cumple el criterio.



**Tabla 4.** Calidad metodológica del estudio cuasiexperimental según la escala PEDro (2002).

Ítems	Respuesta Si/No
1. Los criterios de selección fueron especificados.	Sí
2. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a los grupos.	No
3. La asignación fue oculta.	No
4. Los grupos fueron similares al inicio de acuerdo con los principales indicadores.	Sí
5. Todos los sujetos fueron cegados.	No
6. Todos los terapeutas que administraron la intervención fueron cegados.	No
7. Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado importante fueron cegados.	No
8. Las mediciones de al menos uno de los resultados importantes se obtuvieron del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos.	No
9. Los resultados se presentaron para todos los sujetos que recibieron el tratamiento.	Sí
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave.	No
11. El estudio ofrece medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave.	Sí

**Tabla 5.** Tipo de estudio y participantes.

Estudio	Tipo de Estudio	Tamaño Muestral Total	Edad de los Sujetos	Media de Edad	Sexo de los sujetos
Young et al. (2014)	Ensayo Clínico Aleatorizado	112	Mayores de 18 años	31	Masculino
Young et al. (2015)	Ensayo Clínico Aleatorizado	556	Mayores de 18 años	28,9	Masculino
Young & Jaganath (2013)	Método Mixto	112	Mayores de 18 años	31	Masculino
Lelutiu-Weinberger et al. (2015)	Estudio Cuasiexperimental	41	18-29 años	25	Masculino
Bull et al. (2012)	Ensayo Clínico Aleatorizado	1578	16-25 años	20	Masculino y femenino
Sun et al. (2017)	Ensayo Clínico Aleatorizado	196	17-25 años	20	Masculino y femenino
Moretti et al. (2015)	Ensayo Clínico Aleatorizado	405	15-18 años	17	Masculino y femenino

En todos los estudios se realizó la intervención de promoción de la salud a través de Facebook (Bull et al., 2012; Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013) (Tabla 6). En la mayoría de las intervenciones planteadas, se crearon páginas privadas de Facebook donde los miembros de los grupos intervención, incluidos los educadores, pudieron publicar en el muro, dar "me gusta" a las publicaciones e interactuar a través de hilo de difusión (Bull et al., 2012; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013). En éstos, los educadores enviaron información relevante respecto al VIH y su prevención en forma de texto, imágenes, videos, links (Bull et al., 2012; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013).

Al usar páginas privadas, únicamente los integrantes de los grupos, previamente invitados, pudieron acceder a la información de éstas (Bull et al., 2012; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013). También se utilizaron como recursos chats grupales con los educadores, donde se discutieron temas de relevancia (Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013); y chats individuales donde los participantes pudieron comentar sus cuestiones a los educadores de una forma más privada (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013).

En el estudio de Lelutiu-Weinberger et al. (2015), la intervención se realizó exclusivamente por mensajes de chat individualizados con los participantes, a los cuales, el coordinador les creó perfiles de Facebook nombrados con números para mantener el anonimato en todo momento (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). Los sujetos de este no conocían la existencia de los demás participantes (Lelutiu-Weinberger et al., 2015).

Al mismo tiempo, varios autores en sus investigaciones se basaron en el modelo de cambios de comportamiento en salud de información, motivación y habilidades conductuales (IMB) para realizar las intervenciones (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Sun et al., 2017). Así mismo, es adecuado comentar que

en el artículo de Lelutiu-Weinberger et al. (2015) se realizó la entrevista motivacional complementada con ejercicios de entrenamiento cognitivo conductual, para mejorar la motivación y la responsabilidad personal (Lelutiu-Weinberger et al., 2015).

Respecto a los grupos control, hay que mencionar que en tres estudios se crearon páginas de Facebook para éstos también, pero con información general de salud, evitando información acerca de la salud sexual (Bull et al., 2012; Young et al., 2014; Young & Jaganath, 2013).

En otra investigación, se creó una página de Facebook en la que se publicó información sobre el VIH, pero sin ningún educador ni opción a chat (Young et al., 2015). En el estudio de Sun et al. (2017), los participantes de este grupo fueron dirigidos a través de un enlace a una página web con información sobre sexo seguro y ETS (Sun et al., 2017). Sin embargo, en un artículo no se realizó ninguna intervención con el grupo control (Moretti et al., 2015) y otro no constaba de este grupo (Lelutiu-Weinberger et al., 2015).

Respecto a la duración de las intervenciones, éstas fueron de 12 semanas en cuatro estudios (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013), 8 semanas (Bull et al., 2012), 6 semanas (Sun et al., 2017) y 4 semanas (Moretti et al., 2015). En dos estudios se mencionó que los educadores posteaban 2 o 3 veces (Young & Jaganath, 2013) y 3 o 4 veces por semana (Sun et al., 2017). En un artículo se dedicó una semana para cada uno de los 8 temas específicos que se consideraron (Bull et al., 2012) y en el estudio de Lelutiu-Weinberger et al. (2015), las entrevistas motivacionales fueron acordadas con los participantes para hacer una sesión cada semana durante 8 sesiones (Lelutiu-Weinberger et al., 2015).

Por otro lado, los sujetos en la mayoría de artículos fueron retribuidos por participar en las evaluaciones base y de después de la intervención, ya sea a través de dinero o tarjetas regalo con un valor de \$10 hasta \$100, en función de las evaluaciones realizadas y el presupuesto del estudio (Bull et al., 2012; Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013).

**Tabla 6.** Intervenciones.

<b>Estudio</b>	<b>Tipo de red social</b>	<b>Duración de la intervención</b>	<b>Grupo intervención con prevención VIH</b>	<b>Grupo control</b>
Young et al. (2014)	Facebook	12 semanas	Página privada con educadores. Chats individuales y grupales.	Página privada. Información general de salud.
Young et al. (2015)	Facebook	12 semanas	Página privada con educadores. Chats individuales y grupales.	Página privada sin educador. Información VIH.
Young & Jaganath (2013)	Facebook	12 semanas	Página privada con educadores. Chats individuales y grupales.	Página privada. Información general de salud.
Lelutiu-Weinberger et al. (2015)	Facebook	12 semanas	Chats individuales con educadores y cuentas anónimas.	-
Bull et al. (2012)	Facebook	8 semanas	Página privada con educadores.	Página privada. Información general de salud.
Sun et al. (2017)	Facebook	6 semanas	Página privada con educadores.	Enlace a página web sobre sexo seguro y ETS.
Moretti et al. (2015)	Facebook	4 semanas	Página privada con educadores y chats individuales con estos.	Ninguna intervención.

## Resultados de los estudios

En tres de los siete artículos de este estudio se observó un cambio en los comportamientos de riesgo de los participantes del grupo intervención respecto al control y dentro del grupo intervención en sí (Bull et al., 2012; Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Young et al., 2014). Por otro lado, no se encontró en tres artículos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015), aunque en uno de ellos se indicó que el aumento fue estadísticamente significativo dentro del grupo intervención, mientras que en el grupo control esto no se observó (Sun et al., 2017).

En cuanto a los conocimientos adquiridos, únicamente dos artículos lo comentaron (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015). En uno de ellos se encontró cambios estadísticamente significativos respecto a los conocimientos del riesgo sexual de los sujetos desde el inicio hasta el final de la intervención (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). Por otro parte, en el otro estudio, el nivel de conocimientos correctos aumentó de forma estadísticamente significativa en el grupo intervención respecto al control, lo que resultó en un aumento del promedio del índice global de conocimiento inicial en un 13.3% en comparación con un 3.5% en el grupo control (Moretti et al., 2015).

En lo referente a la participación de los sujetos en la intervención, en cinco estudios se consiguieron buenos resultados en el grupo intervención (Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013). El artículo que no constaba de grupo control también demostró tener buenos porcentajes de participación (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). Únicamente en un estudio, la participación fue cuestionada (Bull et al., 2012).

Con respecto a la aceptabilidad de las intervenciones y que éstas se realizaran a través de redes sociales, se obtuvieron buenos resultados en los cinco artículos que lo mencionaron (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015; Young & Jaganath, 2013).

## Discusión

En primer lugar, los resultados mostraron que las intervenciones realizadas a través de las redes sociales, en especial Facebook, fueron una buena opción para producir cambios en los comportamientos de riesgo de los sujetos en la prevención de VIH (Bull et al., 2012; Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Young et al., 2014). En un estudio, la actividad realizada llevó a los sujetos

a pensar de forma crítica las razones detrás de sus comportamientos y tratar de cambiar sus enfoques de los escenarios de riesgo, además de buscar modos alternativos de socialización que fueran menos perjudiciales para su salud (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). Asimismo, un artículo encontró que un cambio en la estructura de red social de los sujetos aumentaba las probabilidades de que estos participaran en cambios de comportamiento respecto al VIH, al igual que utilizaran las redes sociales para comunicarse sobre salud sexual (Young et al., 2014). Por otro lado, en un estudio en el que se pudo conocer la durabilidad del efecto de la intervención, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos intervención y control a los seis meses respecto al uso del condón, cuando justo al terminar sí hubo una diferencia significativa (Bull et al., 2012). Una de las causas para esto pudo ser que en la intervención realizada no se utilizaron los chats con los educadores para la prevención, sino exclusivamente el muro de discusión de la página creada (Bull et al., 2012). Otros artículos también justificaron el no encontrar diferencias significativas entre ambos grupos debido a que el grupo control tenía una actitud de base ante el uso del condón más positiva que el grupo intervención (Sun et al., 2017), así como que el tiempo emprendido desde la intervención a la medición fue muy corto (Moretti et al., 2015).

Respecto al nivel de conocimientos, este aumentó significativamente en los dos artículos que lo mencionaron tras la intervención de prevención de VIH (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015), haciendo especial atención en que el conocimiento final aumentó proporcionalmente con el nivel de participación de los sujetos, siendo más alto entre los participantes de "adherencia intensiva" (Moretti et al., 2015).

En cuanto a la participación, se demostró una buena involucración de los sujetos en los grupos de discusión (Young et al., 2015, 2014; Young & Jaganath, 2013). Además, el 61% de los sujetos que participaron en un estudio completaron al menos cinco sesiones que contenían los componentes centrales de la entrevista motivacional, así como informaron de un compromiso significativo con la intervención (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). Varias investigaciones encontraron una participación de los sujetos del grupo intervención, ya fuera leyendo o publicando, superior al 75% (Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017), con una frecuencia significativamente mayor de visitas en línea en comparación con el grupo control en uno de estos estudios (Sun et al., 2017). Asimismo, este último estudio mostró una relación significativa entre la frecuencia de visitas en línea y la frecuencia del uso de



condón, al igual que las habilidades de comportamiento (Sun et al., 2017).

El artículo que más controversia tuvo respecto a la participación fue el de Bull et al. (2012), puesto que hubo un promedio de 43 visitantes a la página, siendo aquellos que publicaban regularmente el 10% de la muestra. Como hubo un total de 277 publicaciones de visitantes en la página durante el estudio, los autores sugirieron que la mayoría de los sujetos veían el contenido en su propia página de inicio y que pocos eran los que abandonaban su página de Facebook para ir a la del estudio para revisar el contenido (Bull et al., 2012).

También hubo una buena aceptabilidad de la intervención (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017; Young et al., 2015; Young & Jaganath, 2013). Varios estudios comentaron que la mayoría de los sujetos de los grupos de intervención valoraron positivamente la experiencia, así como la catalogaron de interesante y con una mayor adaptación a las necesidades de los jóvenes (Moretti et al., 2015; Sun et al., 2017).

Por otro lado, una investigación sugirió que, aunque las redes sociales han cambiado las normas sociales para hacer que el intercambio de información público sea ampliamente aceptado, aún es importante entender que existen temas que se discutirían mejor a través de métodos de comunicación más privados (Young & Jaganath, 2013). Los sujetos de un estudio expresaron que no hubiesen participado en la intervención si esta no se hubiese realizado a través de grupos secretos de Facebook, ya que creían que realizar debates sobre salud sexual en estos medios podría dañar sus relaciones sociales (Sun et al., 2017). Sin embargo, diversos autores indicaron que ningún sujeto expresó preocupación sobre la privacidad y todos expresaron confianza en el compromiso de proteger su identidad (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). Asimismo, los sujetos se encontraron cómodos compartiendo información sobre el VIH en los chats, así como información delicada respecto a su vida sexual, miedos y estigma (Lelutiu-Weinberger et al., 2015; Young & Jaganath, 2013). Además, los sujetos agradecieron la oportunidad de explorar los problemas de salud sexual y situaciones de riesgo con un profesional que no les juzgaba (Lelutiu-Weinberger et al., 2015). A su vez, al aliviar el impacto del estigma percibido, los participantes se mostraron más receptivos a los mensajes y la meta de la intervención, lo que condujo a reducir sus comportamientos de riesgo (Lelutiu-Weinberger et al., 2015).

En lo referente a las limitaciones de este estudio, comentar la ausencia de metasíntesis. Por otro lado,

todas las investigaciones que constituyeron la revisión no fueron ensayos clínicos aleatorizados, sino que también se incluyeron un estudio no aleatorizado sin grupo control y uno de método mixto. Muchas de las publicaciones encontradas fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión, lo que condujo a un número reducido de artículos. Otra limitación pudo ser que sólo se encontraron dos artículos que comentaran todas las variables en su conjunto. Por último, aunque se hablaba de redes sociales en general, solo cumplieron los criterios de inclusión y exclusión aquellos artículos que realizaron las intervenciones a través de la red social Facebook.

## Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, se puede concluir con que las intervenciones realizadas a través de la creación de grupos privados de Facebook, en los que se publicaba información y/o se mantenían conversaciones mediante chats, han demostrado disminuir los comportamientos de riesgo de la población y aumentar el nivel de conocimientos de ésta sobre el VIH. Además, este tipo de intervención logró una buena participación por parte de los sujetos, al igual que esta fuera aceptada, siempre y cuando se respetara la privacidad de los participantes.

Es necesaria más investigación sobre la realización de intervenciones de promoción de la salud en la prevención de ETS a través de redes sociales. El número de artículos que se encontró fue escaso, ya que la mayoría de bibliografía existente trataba acerca de localizar pacientes a través de estos medios para realizar pruebas diagnósticas. También sería interesante investigar e implementar este tipo de intervenciones en otras redes sociales, puesto que en todos los artículos encontrados se realizaron a través de Facebook, a pesar de que existen muchas otras redes utilizadas también por la población joven, como puede ser Instagram.

Podemos concluir este trabajo afirmando que las redes sociales han demostrado ser un medio de gran utilidad a la hora de realizar intervenciones de promoción de la salud para prevenir el VIH en la población joven.

## Referencias bibliográfica <sup>1</sup>

- Bailey, J., Mann, S., Wayal, S., Abraham, C. & Murray, E. (2015). Digital Media Interventions for Sexual Health Promotion-Opportunities and Challenges. *British Medical Journal*, 350(h1099). <https://doi.org/10.1136/bmj.h1099>

<sup>1</sup> Las referencias con \* son aquellas utilizadas en la revisión sistemática.

- Breny, J. M. & Lombardi, D. C. (2019). "I don't want to be that guy walking in the feminine product aisle": a Photovoice exploration of college men's perceptions of safer sex responsibility. *Global Health Promotion, 26*(1), 6–14. <https://doi.org/10.1177/1757975916679362>
- Brown, C. H., Mohr, D. C., Gallo, C. G., Mader, C., Palinkas, L., Wingood, G. ... Jacobs, C. (2013). A computational future for preventing HIV in minority communities: How advanced technology can improve implementation of effective programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 63*(Suppl. 1), 72–84. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31829372bd>
- \*Bull, S. S., Levine, D. K., Black, S. R., Schmiede, S. J. & Santelli, J. (2012). Social media-delivered sexual health intervention: A cluster randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine, 43*(5), 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.07.022>
- Cáceres, C. F. (2015). A HOPE for HIV prevention in virtual MSM communities. *The Lancet HIV, 2*(1), 6–7. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(14\)00035-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(14)00035-6)
- Chandran, D. (2016). Social Media and HIV/AIDS: Implications for Social Work Education. *Social Work Education, 35*(3), 333–343. <https://doi.org/10.1080/02615479.2016.1154659>
- Dietrich, J. J., Coetzee, J., Otjombe, K., Hornschuh, S., Mdanda, S., Nkala, B. ... Miller, C. L. (2014). Adolescent-friendly technologies as potential adjuncts for health promotion. *Health Education, 114*(4), 304–318. <https://doi.org/10.1108/HE-08-2013-0039>
- European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe (2019). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data*. Stockholm: ECDC. Acceso: 10 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2019-2018-data>
- Gabarron, E., Serrano, J. A., Wynn, R. & Armayones, M. (2012). Avatars using computer/smartphone mediated communication and social networking in prevention of sexually transmitted diseases among North-Norwegian youngsters. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 12*(120). <https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-120>
- Grov, C., Breslow, A. S., Newcomb, M. E., Rosenberger, J. G. & Bauermeister, J. A. (2014). Gay and bisexual men's use of the internet: Research from the 1990s through 2013. *Journal of Sex Research, 51*(4), 390–409. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.871626>
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J. & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials, 17*(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)
- \*Lelutiu-Weinberger, C., Pachankis, J. E., Gamarel, K. E., Surace, A., Golub, S. A. & Parsons, J. T. (2015). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Live-Chat Social Media Intervention to Reduce HIV Risk Among Young Men Who Have Sex With Men. *AIDS and Behavior, 19*(7), 1214–1227. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0911-z>
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: Sage.
- \*Moretti, R., Cremaschini, M., Brembilla, G., Fenili, F., Gambirasio, M., Valoti, M. ... Barbaglio, G. (2015). Is Facebook Effective in Preventing HIV/STDs in Scholarized Adolescents? A Cluster Rct. *Austin Journal of HIV/AIDS Research, 2*(2), 1016.
- Moseley A. M., Herbert R. D., Sherrington C. & Maher C. G. (2002). Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Australian Journal of Physiotherapy, 48*(1), 43-49. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60281-6](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60281-6)
- Muessig, K. E., Pike, E. C., Legrand, S. & Hightow-Weidman, L. B. (2013). Mobile phone applications for the care and prevention of HIV and other sexually transmitted diseases: A review. *Journal of Medical Internet Research, 15*(1), 1. <https://doi.org/10.2196/jmir.2301>
- Nadarzynski, T., Morrison, L., Bayley, J. & Llewellyn, C. (2017). The role of digital interventions in sexual health. *Sexually Transmitted Infections, 93*(4), 234–235. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052690>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Acceso: 10 de Enero de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

- Pedrana, A. E., Hellard, M. E., Higgs, P., Asselin, J., Batrouney, C. & Stoové, M. (2014). No drama: Key elements to the success of an HIV/STI-prevention mass-media campaign. *Qualitative Health Research, 24*(5), 695–705. <https://doi.org/10.1177/1049732314529024>
- Ragsdale, A. & Rotheram-Borus, M. J. (2015). Reshaping HIV Interventions with Technology. *AIDS and Behavior, 19*(Suppl. 2), 77–80. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1086-y>
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Downs, M., Simán, F. M., Andrade, M. ... Bachmann, L. H. (2014). Novel approaches to HIV prevention and sexual health promotion among Guatemalan gay and bisexual men, MSM, and transgender persons. *AIDS Education and Prevention, 26*(4), 345–361. <https://doi.org/10.1521/aeap.2014.26.4.345>
- Stone, P. W. (2002). Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. *Applied Nursing Research, 15*(3), 197–198. <https://doi.org/10.1053/apnr.2002.34181>
- \*Sun, W. H., Wong, C. K. H. & Wong, W. C. W. (2017). Apeer-led, social media-delivered, safer sex intervention for Chinese college students: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 19*(8), e284. <https://doi.org/10.2196/jmir.7403>
- Veale, H. J., Sacks-Davis, R., Weaver, E. R., Pedrana, A. E., Stoové, M. A. & Hellard, M. E. (2015). The use of social networking platforms for sexual health promotion: Identifying key strategies for successful user engagement. *BMC Public Health, 15*(85). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1396-z>
- Whiteley, L. B., Brown, L. K., Swenson, R. R., Romer, D., DiClemente, R. J. P., Salazar, L. E. ... Valois, R. F. (2011). African American adolescents and new media: Associations with HIV/STI risk behavior and psychosocial variables. *Ethnicity & Disease, 21*(2), 216–222.
- Wright, C. J. C., Schwarzman, J., Dietze, P. M., Crockett, B. & Lim, M. S. C. (2019). Barriers and opportunities in the translation of mobile phone and social media interventions between research and health promotion practice in Australia: a qualitative study of expert perspectives. *Health Research Policy and Systems, 17*(5). <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0406-x>
- Young, S. D. (2012). Recommended guidelines on using social networking technologies for HIV prevention research. *AIDS and Behavior, 16*(7), 1743–1745. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0251-9>
- \*Young, S. D., Cumberland, W. G., Nianogo, R., Menacho, L. A., Galea, J. T. & Coates, T. (2015). The HOPE social media intervention for global HIV prevention: A cluster randomised controlled trial in Peru. *The Lancet HIV, 2*(1), e27–e32. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(14\)00006-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(14)00006-X)
- \*Young, S. D., Holloway, I., Jaganath, D., Rice, E., Westmoreland, D. & Coates, T. (2014). Project HOPE: Online social network changes in an HIV prevention randomized controlled trial for African American and Latino men who have sex with men. *American Journal of Public Health, 104*(9), 1707–1712. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301992>
- \*Young, S. D. & Jaganath, D. (2013). Online Social Networking for HIV Education and Prevention: A Mixed Methods Analysis. *Sexually Transmitted Diseases, 40*(2), 162–167. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e318278bd12>

## Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad

### Communication techniques in older people facing social isolation and loneliness

María Isabel León-Latorre<sup>a</sup>, María Martos-Enrique<sup>a</sup>, Teresa Galiana-Camacho<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España

#### Resumen

**Introducción:** los adultos mayores constituyen un importante segmento de la población, con su alto crecimiento en los últimos años. Son los más propensos a sufrir situaciones de aislamiento social y soledad, y los que menos utilizan las tecnologías para mejorar la comunicación y aumentar la calidad de vida. **Objetivo:** determinar las distintas técnicas de comunicación para reducir el aislamiento social y/o la soledad en los adultos mayores. **Metodología:** revisión bibliográfica entre enero y febrero de 2019 en las bases de datos CINAHL, Medline y Scopus. Se obtuvieron un total de 347 artículos en inglés, de los cuales fueron seleccionados finalmente 15. **Resultados y discusión:** en la mayoría de los estudios revisados se afirma la necesidad de la comunicación con el paciente adulto mayor, para reducir el aislamiento social y la soledad. Los pacientes deberán de aprender las distintas tecnologías que existen y su funcionamiento para una mejor calidad de vida. **Conclusiones:** una adecuada información e intervención con a los pacientes adultos mayores con aislamiento social y/o soledad, mejora los resultados, disminuyendo así los síntomas que provocan éstas.

Palabras clave: comunicación; aislamiento social; soledad; tecnología.

#### Abstract

**Introduction:** Older adults constitute an important segment of the population, with its high growth in recent years. They are the most likely to suffer situations of social isolation and loneliness, and those who least use the technologies to improve communication and increase the quality of life. **Objective:** identify different communication techniques to reduce social isolation and / or loneliness in older adults. **Methodology:** bibliographic review during January and February 2019 in the CINAHL, Medline and Scopus databases. A total of 347 articles were obtained in English, of which 15 were finally selected. **Results and discussion:** most of the revised studies state the need for communication with the older adult patient, to reduce social isolation and loneliness. Patients will have to learn the different technologies that exist and their functioning for a better quality of life. **Conclusions:** adequate information and intervention for older patients with social isolation and / or loneliness, improves the results, thus reducing the symptoms they cause.

Keywords: communication; social isolation; loneliness; technology.



## Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XXI (Salazar-Barajas et al., 2018). En España, este fenómeno se ha desarrollado de forma muy acelerada como consecuencia de un significativo incremento de la longevidad. El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en menos de 30 años. Las cifras estimadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sitúan a España como el país más envejecido del mundo en el año 2050, aproximándose al 40% de la población por encima de los 60 años (Sanchis Sánchez, Igual Camacho, Sánchez Frutos, & Blasco Igual, 2014).

El envejecimiento conduce a un deterioro conductual muy marcado, en el que el aislamiento social es una de las situaciones más frecuentes entre personas mayores (Arranz, Giménez-Llort, De Castro, Baeza, & De la Fuente, 2009). El aislamiento social y la soledad son condicionantes de salud de la población anciana, especialmente en las personas que viven solas, viudas, hiperfrecuentadoras y con problemas crónicos y depresión (Gené-Badia, Ruiz-Sánchez, Obiols-Masó, Oliveras Puig, & Lagarda Jiménez, 2016).

Según la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), el aislamiento social es definido como “la soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador” (Internacional, 2013). Por otro lado, el riesgo de soledad se da cuando una persona es “vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud (Internacional, 2013). Además, las personas que se encuentran socialmente aisladas tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, depresión, demencia y muerte prematura (Cotterell, Buffel, & Phillipson, 2018).

A pesar de la existencia de ésta asociación entre el aislamiento social y la soledad, la mayoría de los investigadores presuponen que la soledad es causada por el aislamiento social (Dahlberg, Andersson, & Lennartsson, 2018; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2006). El individuo atribuye inconscientemente el sentimiento de soledad a una percepción negativa de su contexto social que fomenta el comportamiento egoísta, por lo tanto las funciones adaptativas de la soledad que promueven la supervivencia a corto plazo, podrían dar lugar a consecuencias perjudiciales a largo plazo y la soledad podría causar un aumento del aislamiento social (Domènech-Abella, Mundó, Haro, & Rubio-Valera, 2019).

Otros estudios asumen, que por lo general, la soledad emocional se refiere a la ausencia de una figura de apego (junto con sentimientos de aislamiento) y la soledad social como la falta de una red social, la ausencia de un círculo de personas que le permita a un individuo desarrollar un sentido de pertenencia, de compañía, de ser parte de una comunidad (Yanguas, Pinazo-Henandis, & Tarazona-Santabalbina, 2018).

Por otra parte, la principal necesidad del aislamiento social y de la soledad es la comunicación (Internacional, 2013). En este sentido, Cibanal (2014) define la comunicación como un “proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variables y continuamente en interacción”.

Dadas las consecuencias negativas del aislamiento social y la soledad en la salud de las personas mayores, tales como la depresión, enfermedades cardiovasculares, resultados negativos en marcadores biológicos de salud, en la función cognitiva y en la calidad de vida, adquiere especial importancia conocer las intervenciones eficaces destinadas a reducir ambas (Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2018). En este sentido, existen estudios que proponen las interacciones sociales basadas en la comunicación para mitigar los problemas de socialización (Cotterell et al., 2018; Martínez Rebollar & Campos Francisco, 2015; Zamir, Hennessy, Taylor, & Jones, 2018). Hay investigaciones que muestran que la comunicación es primordial para un envejecimiento exitoso y sugiere que las organizaciones de servicios sociales puedan ayudar en la gestión del proceso de envejecimiento a través de prácticas de comunicación que aumentan la eficacia de un individuo (Fowler, Gasiorek, & Giles, 2015).

Dado el hecho anterior, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden llegar a superar las barreras de interacción social, al ser una manera fácil y asequible de comunicarse y realizar múltiples actividades entre los ancianos (a menudo con limitaciones en la movilidad) (Chen & Schulz, 2016). Estudios anteriores han revelado que el contacto cara a cara a través de videollamadas puede ser más útil para las personas mayores que las llamadas telefónicas o la correspondencia escrita para reducir la soledad (Zamir et al., 2018).

Teniendo en cuenta que la comunicación es un proceso importante en el envejecimiento ante situaciones de aislamiento social y que es una de las principales necesidades que debe atender Enfermería, con este estudio se pretende explorar cuáles son las técnicas de comunicación utilizadas por los profesionales de la

salud en situaciones de aislamiento social y soledad en las personas adultas mayores para prevenir o tratar el aislamiento social y la soledad.

## Metodología

Se trata de un estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica y búsqueda de documentación en las bases de datos CINAHL, Medline y Scopus durante los meses de enero y febrero de 2019. El desarrollo de este estudio siguió métodos de revisión sistemáticos guiados por la declaración PRISMA y se elaboró un protocolo para la revisión por consenso de los autores.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se utilizaron descriptores en inglés (MeSH) según las bases de datos usadas, mediante una búsqueda avanzada a través del operador booleano AND para lograr una mayor precisión de búsqueda (Tabla 1). Como criterio de inclusión se consideraron publicaciones que trataban sobre los siguientes conceptos: [1] personas mayores de 65 años en situación de aislamiento social y/o soledad; [2] técnicas de comunicación en pacientes con aislamiento social y/o soledad; [3] artículos publicados entre enero

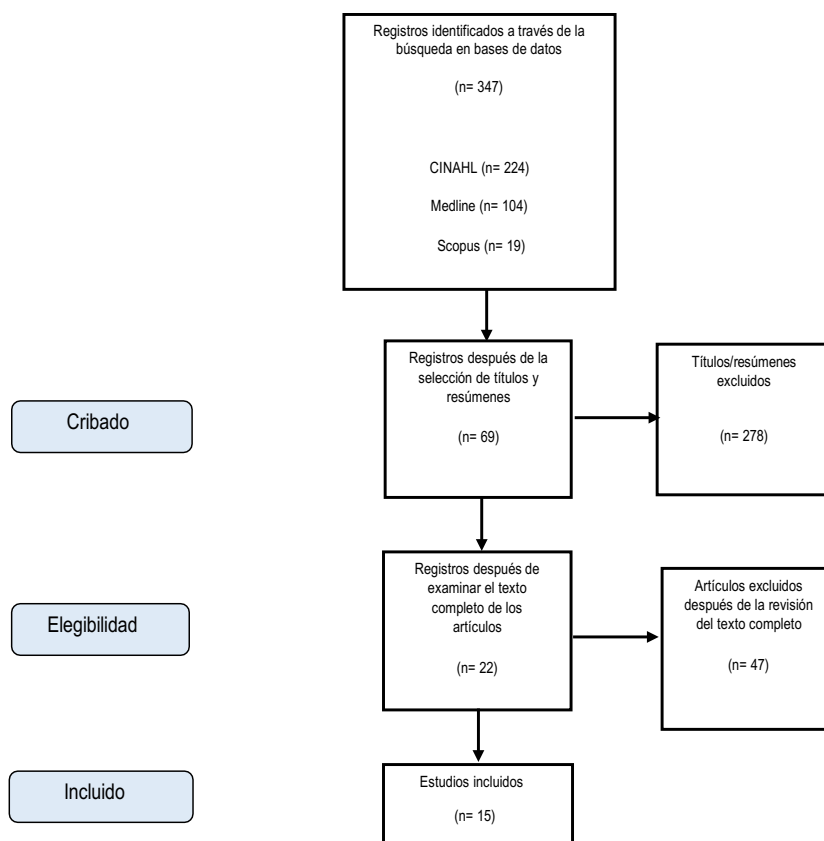
de 2014 y febrero de 2019 y [4] en lengua inglesa. En cambio, como criterios de exclusión se consideraron: [1] publicaciones que traten el aislamiento social y/o la soledad pero no aborde la comunicación; [2] artículos que versen sobre lugares concretos y [3] artículos publicados hace más de 5 años.

El diagrama de flujo (Figura 1) describe los procesos de selección aplicados en los artículos identificados en las búsquedas bibliográficas, que posteriormente se examinaron para detectar duplicados y relevancia leyendo el título y los resúmenes. Los artículos que se consideraron relevantes se sometieron a una segunda revisión en la que se profundizó en el contenido para su elegibilidad.

El equipo de investigación desarrolló un formulario de codificación diseñado para capturar información descriptiva de los estudios incluidos. Las variables fueron: país donde se hizo el estudio, tipo de medio donde se publicó, tema de estudio, objetivos, tamaño de la muestra, resultados principales y conclusiones. Se sintetizaron los datos, luego se registraron los hallazgos del mapeo y el análisis (Tabla 2) y se resumieron como respuestas narrativas a las preguntas de investigación.

**Tabla 1.** Estrategia de búsqueda en bases de datos.

Términos de búsqueda	Artículos encontrados
<b>CINAHL</b>	<b>224</b>
#1 Communication AND social isolation in the elderly	
#2 Communication technology AND social isolation in the elderly	
#3 Communication AND loneliness in the elderly	
#4 Communication technology AND loneliness in the elderly	
<b>Medline PQ</b>	<b>104</b>
#1 Communication AND loneliness	
#2 Communication AND social isolation	
#3 Loneliness AND communication media	
#4 Social isolation AND communication media	
#5 Communication technology AND social isolation	
<b>Scopus</b>	<b>19</b>
#1 Communication AND social isolation in the elderly	
#2 Communication AND loneliness in the elderly	
#3 Communication technology AND loneliness	
#4 Communication technology AND social isolation	



**Figura 1.** Diagrama de flujo Prisma.

**Tabla 2.** Objetivos, resultados y conclusiones de los estudios seleccionados.

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Arthanat, S., Vroman, K. G., & Lysack, C.	Demostrar la efectividad y el valor de un programa de capacitación en tecnología de información y comunicación (TIC) para adultos mayores en el hogar.	La amplitud de las actividades TIC de los participantes mostró una tendencia significativa a lo largo de 6 meses. El ocio representó un aumento significativo. Una tendencia positiva en las perspectivas de los participantes sobre la tecnología fue evidente junto con un aumento marginal en la percepción de independencia. Como reflejo del valor del programa de capacitación, 12 de los 13 participantes tomaron posesión del iPad al final del estudio.	Desarrollar la capacidad de los adultos mayores para utilizar el potencial multifacético de las TIC es fundamental para abordar las disminuciones en la salud, las discapacidades inminentes y el aislamiento social.
Banbury, A., Chamberlain, D., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., & Parkinson, L.	Proporcionar educación en grupo sobre salud y la autogestión grupal a través de videoconferencia, y en segundo lugar, facilitar reuniones grupales que tuvieran como objetivo desarrollar apoyo social entre los miembros.	Las redes de apoyo social más importantes siguieron siendo las mismas antes y después de la intervención. Sin embargo, los participantes posteriores a la intervención identificaron que los amigos y la familia en general eran más importantes para controlar su condición crónica en comparación con la intervención previa.	Los participantes obtuvieron apoyo social, en particular compañerismo, apoyo emocional e informativo, además de sentirse más comprometidos con la vida, de las reuniones semanales de videoconferencia.
Barbosa Neves, B., Franz, R., Judges, R., Beermann, C., & Baecker, R.	Examinar la viabilidad de una nueva tecnología de comunicación para mejorar la conexión social entre los adultos mayores en la atención residencial.	La tecnología era una herramienta de comunicación viable, aunque requería un período de adaptación.	Se mejoró la sensación de bienestar y confianza con la tecnología, pero también se observaron efectos negativos.

Tabla 2. Continuación.

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Blusi, M., Nilsson, I., & Lindgren, H.	Desarrollar y diseñar un modelo para permitir la participación en línea en actividades sociales individualizadas significativas en co-creación con adultos mayores.	La evaluación señaló que el nivel de simplicidad, facilidad de uso y calidad de audio y vídeo determinó el nivel de satisfacción con la interacción humana durante la actividad, lo que afectó el significado de la actividad.	La investigación constituye el primer paso en un proceso de investigación a largo plazo con el objetivo de desarrollar un <i>coaching</i> digital.
Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J.	Explorar los efectos de las intervenciones de TIC para reducir el aislamiento social en las personas mayores.	Veinticinco publicaciones fueron incluidas en la revisión. Cuatro de ellos fueron evaluados como investigaciones rigurosas. La mayoría de los estudios midieron la efectividad de las TIC. El uso de las TIC afectaba positivamente al apoyo social, la conexión social y el aislamiento social en general.	Las TIC podrían ser una herramienta eficaz para abordar el aislamiento social entre las personas mayores. Sin embargo, no es adecuado para todas las personas mayores por igual.
Chi, N.-C., Sparks, O., Lin, S.-Y., Lazar, A., Thompson, H. J., & Demir, G.	Examinar la aceptación percibida y la utilidad de un sistema de ECA controlado por humanos mediante tableros con un avatar de mascota utilizado por adultos mayores en las interacciones diarias durante tres meses.	La mayoría de los participantes disfrutaron de la compañía, el entretenimiento, los recordatorios y la asistencia instantánea de la mascota digital. Sin embargo, los participantes identificaron la capacidad conversacional limitada y los problemas técnicos como desafíos del sistema. La privacidad, la dependencia y el costo fueron las principales preocupaciones.	El estudio demostró que la mascota digital podría brindar compañía a adultos mayores y mejorar la interacción social.
Chippis, J., Jarvis, M. A., & Ramlall, S.	Sintetizar evidencia de alta calidad sobre la efectividad de las intervenciones electrónicas para disminuir el aislamiento social/la soledad en las personas mayores que viven en atención comunitaria/residencial.	La búsqueda final identificó 12 revisiones. La soledad se midió con mayor frecuencia utilizando la Escala de soledad de la Universidad de Los Ángeles.	A pesar de las limitaciones de los estudios revisados, se encontró evidencia de calidad suficiente para la reducción de la soledad que permita recomendaciones para intervenciones electrónicas para personas mayores.
Delello, J. A., & McWhorter, R. R.	Explorar si las tecnologías de la información y la comunicación, específicamente los iPads, mejoran las vidas de los adultos mayores.	Nuestros hallazgos sugieren que el uso de la tecnología aumentó el conocimiento, generó lazos familiares más estrechos y llevó a una mayor conexión general con la sociedad.	Tales prácticas innovadoras tendrán un impacto más amplio más allá de nuestros objetivos de investigación.
Khalaila, R., & Vitman-Schorr, A.	Explorar los efectos directos y/o indirectos del uso de Internet en la calidad de vida, y examinar si la etnicidad y el tiempo que los ancianos pasan con la familia moderan el efecto de la mediación del uso de Internet sobre la calidad de vida durante toda la soledad.	Se encontró que el uso de Internet se asociaba positivamente con la calidad de vida. Sin embargo, esta relación fue mediada por la soledad y moderada por el tiempo que los ancianos pasaron con los miembros de la familia.	El uso de Internet puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores directa o indirectamente al reducir la soledad.



Tabla 2. Continuación.

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Leonard, K. C., & Hebblethwaite, S.	Explorar formas en que los ordenadores y las tabletas se pueden usar para facilitar la inclusión comunitaria de adultos mayores socialmente aislados.	Los hallazgos sugieren que aunque hay programas y recursos disponibles para ayudar a los adultos mayores a participar en su comunidad, como las comunidades en línea y las conferencias virtuales, la mayor barrera para los adultos mayores es la falta de conocimiento que tienen con el uso de dichos dispositivos.	Una de las formas más significativas de involucrar a los adultos mayores con un ordenador o tableta es proporcionarles educación para aumentar su confianza en sus habilidades de alfabetización digital.
Piau, A., Campo, E., Rumeau, P., Vellas, B., & Nourhashemi, F.	Proporcionar una revisión narrativa de la tecnología actual apropiada para el uso en el hogar de los adultos mayores.	Hubo evidencia extremadamente limitada sobre el uso y la eficacia de estos dispositivos dentro de esta población.	A pesar de las barreras actuales, cada vez más personas mayores aprovechan las nuevas tecnologías. La experiencia real con la tecnología mejora las percepciones de los usuarios.
Rikard, R. V., Berkowsky, R. W., & Cotten, S. R.	Examinar una serie de factores que pueden influir en el abandono del uso de las TIC, búsqueda de información de salud y la búsqueda de información general a través del tiempo entre los residentes de CCRC (comunidades de retiro de cuidado continuo).	El análisis revela que los residentes de vida independiente que participaron en una intervención de capacitación de TIC de 8 semanas tuvieron menos probabilidades de dejar de usarlas. La edad y el número de discapacidades en las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) predijeron significativamente una mayor probabilidad de detener el uso de las TIC. La edad y el número de discapacidades de IADL se asociaron con una mayor probabilidad de búsquedas de información de salud y de información general.	Las intervenciones de capacitación en TIC pueden motivar a los residentes de CCRC a mantenerse conectados al aumentar el nivel de habilidades de TIC y promover la confianza, lo que disminuye la probabilidad de que dejen de usar las TIC y busquen información general.
Tsai, H. S., Shillair, R., Cotten, S. R., Winstead, V., & Yost, E.	Examinar la adopción de tecnología de los adultos mayores para reducir la brecha del uso de la tecnología.	El aprendizaje observacional y activo desempeñó un papel importante para los adultos mayores en el uso de tabletas. Ver a otros usar tabletas, obtener recomendaciones de miembros de la familia o que se les dieran tabletas fue la razón principal por la que se comenzaron a usar tabletas. El uso de las tabletas ayudó a aumentar el sentido de conexión.	Las tabletas pueden ser una forma de aumentar la inclusión digital entre los adultos mayores.
Van Der Heide, L. A., Willems, C. G., Spreeuwenberg, M. D., Rietman, J., & De Witte, L. P.	Investigar si CareTV es un instrumento válido para que las personas mayores se involucren en contactos sociales significativos mediante una conexión de video para evitar la soledad. Evaluar el proceso de implementación e identificar los desafíos futuros pendientes.	Los resultados muestran que la sensación promedio de soledad a nivel de grupo disminuyó significativamente entre el inicio y el final del estudio en una escala de 0 a 11. La soledad social así como la soledad emocional mostraron una disminución significativa.	CareTV parece ser un instrumento adecuado para las personas mayores, para vivir más tiempo en casa con menos sentimientos de soledad.
Zamir, S., Hennessy, C. H., Taylor, A. H., & Jones, R. B.	Identificar las barreras y los facilitadores de la implementación de videollamadas para personas mayores en entornos de atención.	Ocho personas mayores con sus respectivos contactos sociales hicieron uso de videollamadas. Las personas mayores pudieron usar el SoW con la ayuda del personal y disfrutaron del uso de las videollamadas para estar mejor conectados con la familia.	La intervención SoW, podría ayudar a las personas mayores a mantenerse mejor conectadas con sus familias en entornos de atención, pero si se implementan como parte de una evaluación rigurosa, entonces la coproducción de la intervención en cada sitio puede ser necesaria para superar las barreras y maximizar el compromiso.

## Resultados y discusión

Los resultados de la búsqueda después de examinar los títulos, resúmenes y textos completos han sido 32 artículos (todos en inglés), de los cuales se han excluido seis porque cumplieran con los criterios de inclusión. Siete trabajos fueron originalmente incluidos en la extracción de datos y evaluación de la calidad, pero en una revisión más cercana se decidió que no cumplieran con los criterios de inclusión. El trabajo se ha basado en el análisis de los 15 restantes (Tabla 2).

Los estudios recientes informan que el aislamiento social y la soledad entre las personas mayores son un problema sustancial que afecta a un alto porcentaje de la población anciana. Las investigaciones consultadas también han demostrado que existe evidencia emergente para apoyar la implementación de la tecnología y mejorar algunas dimensiones de la comunicación, las cuales desempeñan un papel muy importante en la calidad de vida, la depresión, la falta de cariño y el estrés (Blusi, Nilsson, & Lindgren, 2018). Otros estudios muestran la reducción significativa de la soledad y el aislamiento social, a través de la utilización de las tecnologías de la comunicación (Chippis, Jarvis, & Ramlall, 2017).

Para poder implementar las TIC en el envejecimiento saludable, es necesaria una formación previa de los adultos mayores. Existen distintos programas de capacitación en las TIC, para superar la analfabetización tecnológica entre los ancianos (Arthanat, Vroman, & Lysack, 2016). Luego también existe el riesgo de la no continuidad en el uso de estas aplicaciones, que se ve aumentado conforme pasa el tiempo. Y para evitarlo algunos estudios sugieren programas de capacitación para disminuir las limitaciones (Rikard, Berkowsky, & Cotten, 2018).

Debido al impacto que ha provocado en la salud la "brecha digital" entre los adultos mayores, existen estudios que examinan la adopción de tecnologías para reducirla y mantener el bienestar en el envejecimiento. Para un 90% de los adultos mayores, el uso de las tecnologías (*tablets*, *smartphones*, etc) les hace sentirse más conectados al mundo y/o la familia (Tsai, Shillair, Cotten, Winstead, & Yost, 2015). Otra investigación respalda estos resultados, concluyendo que los iPads, o *tablets*, tienen el potencial de reducir el aislamiento social, al mantener a los ancianos en línea con las comunidades, renovar sus relaciones y mantener la comunicación con las familias (Delello & McWhorter, 2017). No obstante, Kelly Christine y Shannon resaltan la importancia de proporcionarles educación para mejorar su confianza en sus habilidades de alfabetización digital, y así puedan involucrarse más en el uso de las *tablets* y los ordenadores. Ellos

ven el aprendizaje como una oportunidad para que los adultos mayores participen en la comunidad y amplíen su capacidad social (Leonard & Hebblethwaite, 2017).

La evidencia indica que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), tienen la capacidad de prevenir o reducir el aislamiento social mediante diversos mecanismos. Las TIC ayudan a la población anciana a mantenerse conectados con los miembros de su familia (especialmente nietos), amigos, excompañeros, conocidos y nuevos contactos de interés. También les permiten renovar sus pasatiempos o competencias y participar en actividades divertidas y darles más confianza en sí mismos al "estar conectados", "sentirse joven", "convertirse en uno de la generación moderna", "superar los desafíos", "equiparse con nuevas habilidades", "mantenerse socialmente activo" y ayudar a otros "en línea" (Chen & Schulz, 2016). Esto genera una autoconfianza que les conduce a una autoeficacia y participar en actividades sociales, participar en pensamiento crítico y toma de decisiones, acceso a la información y recursos.

Según Chen y Schulz (2016), las TIC más utilizadas son: mensajería instantánea (Whatsapp, Snapchat, Line), videos de YouTube, sitios de redes sociales (Facebook, Instagram) y Videoconferencias (para unirse virtualmente con la familia). Los resultados también encontraron que la combinación del uso de Internet y las redes sociales tiene un efecto de sinergia sobre la calidad de vida pero, sin embargo, el uso de Internet sin que existan contactos personales no tiene ningún efecto sobre la misma (Khalaila & Vitman-Schorr, 2018).

La mayoría de los adultos mayores desean vivir en sus propios hogares, por lo que algunos autores fomentan el uso de las nuevas tecnologías de comunicación implantadas en sus hogares. Hay evidencia de que el uso de estas tecnologías mejora la conexión social entre los ancianos que viven solos (Barbosa Neves, Franz, Judges, Beermann, & Baecker, 2019). Como por ejemplo Telesalud (teleasistencia, telemedicina, telemonitorización y televigilancia), que ofrece una alternativa a las visitas domiciliarias de personal sanitario. Estos dispositivos monitorean el entorno del hogar (casas inteligentes) y permiten tele-consultas entre el usuario y el profesional médico, enfermero o trabajador de apoyo (Piau, Campo, Rumeau, Vellas, & Nourhashemi, 2014). Otros autores como L. Van der Heide et al., van más allá y plantean la implementación de la videoconferencia desde los hogares. La red de vídeo CareTV, permite a los clientes comunicarse con una enfermera 24 horas al día y los siete días de la semana (Van Der Heide, Willems, Spreeuwenberg, Rietman, & De Witte, 2012).

La videoconferencia fue considerada mejor que el teléfono porque proporciona señales visuales, lo que permite leer caras y lenguaje corporal, les sirve para mejorar la red de apoyo social, potenciar la autogestión, tener mejor acceso a los profesionales de la Salud (Banbury et al., 2017), y a comunicarse con su familia para reducir la soledad (Zamir et al., 2018).

Siendo las TIC tan importantes para el envejecimiento saludable, hay autores que apuestan por el sistema ECA (Embodied Conversational Agent), se trata de un avatar generado en el ordenador, que facilita la comunicación verbal entre el ordenador y el usuario. Interactúa con los usuarios como asesor de salud, para proporcionar información y mejorar los comportamientos que inciden en la salud. Éste estudio demostró que una mascota digital puede proporcionar compañía y mejorar la interacción social (Chi et al., 2017).

## Conclusión

La formación de personas mayores en tecnologías de comunicación y la posterior implantación de las mismas en sus hogares, tiene un papel importante en el manejo de la soledad y el aislamiento social que sufren una gran parte de los ancianos actualmente. Debemos partir de la base de que existe una escasa alfabetización digital entre los adultos mayores de hoy en día, por lo que hay que empezar abordando este desafío con programas de formación para después poder implantar los sistemas en sus hogares y que éstos persistan en el tiempo.

En definitiva, este estudio está enfocado con un propósito fundamental: afrontar la situación a la que se enfrentan millones de ancianos, y muchos desconocen, aplicando los medios estudiados. Hay que fomentar un envejecimiento saludable.

Finalmente, hemos de añadir que para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de aislamiento y/o soledad, se considera necesario que se siga investigando en este campo tan importante como es la comunicación en personas adultas mayores con aislamiento social y/o soledad, y más específicamente en las distintas tecnologías de comunicación que se utilizan en este tipo de pacientes.

## Referencias bibliográfica

Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I., & De la Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 137–142. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2008.12.001>

Arthanat, S., Vroman, K. G., & Lysack, C. (2016). A home-based

individualized information communication technology training program for older adults: A demonstration of effectiveness and value. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(4), 316–324. <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.974219>

- Banbury, A., Chamberlain, D., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., & Parkinson, L. (2017). Can videoconferencing affect older people's engagement and perception of their social support in long-term conditions management: a social network analysis from the Telehealth Literacy Project. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 938–950. <https://doi.org/10.1111/hsc.12382>
- Barbosa Neves, B., Franz, R., Judges, R., Beermann, C., & Baecker, R. (2019). Can Digital Technology Enhance Social Connectedness Among Older Adults? A Feasibility Study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 49–72. <https://doi.org/10.1177/0733464817741369>
- Blusi, M., Nilsson, I., & Lindgren, H. (2018). Older Adults Co-Creating Meaningful Individualized Social Activities Online for Healthy Ageing. *Studies in Health Technology and Informatics*, 247, 775–779. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29678066>
- Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), e18. <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>
- Chi, N.-C., Sparks, O., Lin, S.-Y., Lazar, A., Thompson, H. J., & Demiris, G. (2017). Pilot testing a digital pet avatar for older adults. *Geriatric Nursing*, 38(6), 542–547. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.002>
- Chippis, J., Jarvis, M. A., & Ramlall, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(10), 817–827. <https://doi.org/10.1177/1357633X17733773>
- Cibanal, L., Sánchez, M. del C. A., & Balsa, M. del C. C. (2014). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (tercera edición). Elsevier.
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>



- Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Aging & Mental Health*, 22(2), 190–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>
- Delella, J. A., & McWhorter, R. R. (2017). Reducing the Digital Divide. *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 3–28. <https://doi.org/10.1177/0733464815589985>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M., & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 246, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>
- Fowler, C., Gasiorek, J., & Giles, H. (2015). The Role of Communication in Aging Well: Introducing the Communicative Ecology Model of Successful Aging. *Communication Monographs*, 82(4), 431–457. <https://doi.org/10.1080/03637751.2015.1024701>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018, March 1). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health and Social Care in the Community*. Blackwell Publishing Ltd. Retrieved 30 November 2020 from <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Gené-Badía, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2016.03.008>
- Internacional, N. (2013). Diagnósticos enfermeros (9.a edición). In Elsevier (Ed.), *Los Diagnósticos Enfermeros* (pp. 497–502). Elsevier. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-2404-7.00015-5>
- Khalaila, R., & Vitman-Schorr, A. (2018). Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: mediating and moderating effects. *Quality of Life Research*, 27(2), 479–489. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1749-4>
- Leonard, K. C., & Hebblethwaite, S. (2017). Exploring Community Inclusion in Older Adulthood through the Use of Computers and Tablets. *Therapeutic Recreation Journal*, 51(4), 274–290. <https://doi.org/10.18666/trj-2017-v51-i4-8526>
- Martínez Rebollar, A., & Campos Francisco, W. (2015). The Correlation Among Social Interaction Activities Registered Through New Technologies and Elderly's Social Isolation Level. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 36(3), 177–188. <https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4>
- NNNConsult. (2015a). Retrieved January 30, 2019, from <https://www--nnnconsult--com.ual.debiblio.com/nanda/53>
- NNNConsult. (2015b). Retrieved January 30, 2019, from <https://www--nnnconsult--com.ual.debiblio.com/nanda/54>
- Piau, A., Campo, E., Rumeau, P., Vellas, B., & Nourhashemi, F. (2014). Aging society and gerontechnology: A solution for an independent living? *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 18(1), 97–112. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0356-5>
- Rikard, R. V., Berkowsky, R. W., & Cotten, S. R. (2018). Discontinued Information and Communication Technology Usage among Older Adults in Continuing Care Retirement Communities in the United States. *Gerontology*, 64(2), 188–200. <https://doi.org/10.1159/000482017>
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People - A Population-Based Study. *Gerontology*, 52(3), 181–187. <https://doi.org/10.1159/000091828>
- Salazar-Barajas, M. E., Lillo Crespo, M., Hernández Cortez, P. L., Villarreal Reyna, M. de los Á., Gallegos Cabriales, E. C., Gómez Meza, M. V., & Salazar Gonzalez, B. C. (2018). Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy's Adaptation Model. *Investigación y Educación En Enfermería*, 36(2), e08. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e08>
- Sanchis Sánchez, E., Igual Camacho, C., Sánchez Frutos, J., & Blasco Igual, M. C. (2014). Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. *Fisioterapia*, 36(4), 177–186. <https://doi.org/10.1016/J.FT.2013.04.007>
- Tsai, H. S., Shillair, R., Cotten, S. R., Winstead, V., & Yost, E. (2015). Getting Grandma Online: Are Tablets the Answer for Increasing Digital Inclusion for Older Adults in the U.S.? *Educational Gerontology*, 41(10), 695–709. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1048165>



Van Der Heide, L. A., Willems, C. G., Spreeuwenberg, M. D., Rietman, J., & De Witte, L. P. (2012). Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technology and Disability, 24*(4), 283–291. <https://doi.org/10.3233/TAD-120359>

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018, June 29). The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*. Mattioli 1885. Retrieved 30 November 2020 from <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>

Zamir, S., Hennessy, C. H., Taylor, A. H., & Jones, R. B. (2018). Video-calls to reduce loneliness and social isolation within care environments for older people: an implementation study using collaborative action research. *BMC Geriatrics, 18*(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0746-y>

## Revisores que han colaborado en los años 2019 y 2020

- D. Aaron Rodríguez Serrano, Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad Jaume I de Castellón, España.
- D. Antonio González Pacanowski, Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante, España.
- Dña. Carmen López-Rico, Departamento Ciencias Sociales y Humanas, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Miguel Hernández, España.
- D. Borja Arjona Martín, Facultad de Comunicación y Documentación, Universidad de Granada, España.
- D. Carlos Ballesteros Herencia, Departamento de Historia Moderna, Contemporánea y de América, Periodismo, Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad de Valladolid, España.
- D. Carlos Cachán-Alcolea, Facultad de Comunicación y Artes, Universidad Nebrija, España.
- D. Carlos Javier Vander Hofstadt Román, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, España.
- D. Esteban Galán Cubillo, Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad Jaume I de Castellón, España.
- D. Francisco José Segado Boj, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad Internacional de La Rioja, España.
- D. Ismael Jiménez Ruiz, Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, España.
- D. Jaime Vicente Morera Balaguer, Departamento de Fisioterapia, Universidad Cardenal Herrera CEU, España.
- D. Javier Bermúdez Álvarez, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- D. Jesús Díaz del Campo Lozano, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad Internacional de La Rioja, España.
- D. Florencio Jesús García-Latorre, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Gobierno de Aragón, España.
- D. José Luis Terrón Blanco, Departament Comunicació Audiovisual i Publicitat, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- D. Juan Carlos Sánchez López, Universidad Católica de Murcia, España.
- D. Luis Ceballos Laita, Facultad de Fisioterapia, Campus Duques de Soria, Universidad de Valladolid, Soria, España.
- D. Luis Manuel Cibanal Juan, Facultad de Enfermería, Universidad de Alicante, España.
- D. Miguel Rodríguez-Arrastia, Centro de Estancias Diurnas Almería, Roquetas de Mar, España.
- D. Pablo Medina Aguerrebere, Aguerrebere, Faculty of Communications, Arts and Sciences, Canadian University Dubai, United Arab Emirates.
- Dña Magdalena Gómez Díaz, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
- Dña. Ana Bellón Rodríguez, Departamento Ciencias de la Comunicación, Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Dña. Ana Myriam Seva Llor, Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia, España.
- Dña. Andréa Lizabeth Costa Gomes, Universidade Federal do Sul da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Campus Paulo Freire, Brasil.
- Dña. Carmen Roper Padilla, Centro de Estancias Diurnas Diactivo, Aguadulce, Almería, España.
- Dña. Cynthia Luderer, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, Portugal.
- Dña. Diana Jiménez Rodríguez, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
- Dña. Gloria Marlen Aldana de Becerra, Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia.
- Dña. Inmaculada Berlanga, Departamento de Comunicación, Universidad Internacional de la Rioja, España.
- Dña. Isabel Morales Moreno, Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.

- Dña. Jazmin Diaz-Barrios, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad del Zulia, Venezuela.
- Dña. Jessica Garcia Gonzalez, Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia, España.
- Dña. Lara Carrascosa Puertas, Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social, Universidad de la Laguna, España.
- Dña. Laura Velázquez Tamez, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Dña. Luz Martínez Martínez, Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Dña. Maria Del Mar Pastor Bravo, Departamento Psicología de la Salud, Universidad de Alicante, España.
- Dña. María Dolores Lorán Herrero, Facultad de Ciencias Jurídicas y de la Empresa, Universidad Católica de Murcia, España.
- Dña. Maria Josefa Cabañero Martínez, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, España.
- Dña. Maria Parra Rizo, Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Sociosanitarias. Universidad Miguel Hernández. Elche, España.
- Dña. Marta Sánchez Esparza, Facultad de Empresa y Comunicación, Universidad Rey Juan Carlos, España.
- Dña. Mayra Salgado Espinosa, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Dña. Melva Herrera Godina, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, México.
- Dña. Paloma Villafranca López, Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad de Málaga, España.
- Dña. Patricia Rocamora Pérez, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, España.
- Dña. Remedios López Liria, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, España.
- Dña. Rita Espanha, Departamento de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Dña. Rosario Gómez-Sánchez, Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.
- Dña. Sagrario Pérez de la Cruz, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, España.
- Dña. Sofia Gomes, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, Portugal.
- Dña. Sônia Regina Schena, Faculdade de Artes e Comunicação, Universidade de Passo Fundo, Brasil.
- Dña. Vanessa Arizo Luque, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, España.
- Dña. Zahaira González Romo, Departamento de Comunicación, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universitat Internacional de Catalunya, España.