



# **Manual de Orientaciones para el Correcto Abordaje y Tratamiento de Noticias Relativas a Salud Mental y Demencias.**

Para editores y periodistas  
de medios de comunicación.



**CHILE LO  
HACEMOS  
TODOS**



**Autores:**

María Paz Carvajal Díaz

María Camila Quinteros Reillan

**Edición:**

Pablo Ignacio Matus Lobos

**Diseño e Impresión:**

Papelito SPA





# **Manual de Orientaciones para el Correcto Abordaje y Tratamiento de Noticias Relativas a Salud Mental y Demencias.**

Para editores y periodistas de medios de comunicación.





# ÍNDICE

- I. Salud Mental y Demencias en Chile
  
- II. Diagnóstico Comunicacional: Marco Teórico y Principales resultados
  
- III. Orientaciones para el Correcto Abordaje y Tratamiento de las Temáticas de Salud Mental
  
- IV. Glosario
  
- V. Referencias Bibliográficas
  
- VI. Anexos



## I. SALUD MENTAL Y DEMENCIAS EN CHILE

### a) Evolución del abordaje de la salud mental en Chile

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (1).

Desde este punto de vista, la salud mental no se relaciona solo con la ausencia de una enfermedad, sino principalmente con una condición de equilibrio físico, mental y social.

En tanto, una demencia es un síndrome, generalmente crónico o progresivo, “caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, es decir, de la capacidad para procesar el pensamiento, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal” (2). Las demencias afectan distintas capacidades, como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Sin embargo, la conciencia no se ve afectada. Pese a ello, “el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación” (2).

En consecuencia, las demencias corresponden a un grupo de enfermedades cuyo abordaje, sobre todo desde las políticas públicas, debiera incluir siempre la promoción del buen trato y la inclusión de las personas que la viven, así como una oferta de diagnósticos oportunos, tratamientos y dispositivos de cuidado que mejoren la calidad de vida, tanto de quienes viven con demencia como de su grupo familiar.

En 1993 Chile presentó el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que buscaba “la integración de contenidos de salud mental en todos los programas




de salud y la formulación de un Programa de Salud Mental integrado para los tres niveles de atención”, así como la incorporación, en la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de un soporte que permitiera la adecuada implementación del mismo (3).

Esto significó crear y mantener unidades de salud mental tanto en el nivel central como en los servicios de salud, además de un Consejo Técnico y un Consejo Intersectorial en cada servicio; la atención de la salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS), la capacitación permanente de los equipos que trabajan en salud mental, y la generación de proyectos de ley que resguardasen los derechos de las personas que viven con enfermedades mentales” (3).

Siete años después se publicó el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con un modelo de atención comunitaria que hasta hoy promueve la inclusión social de las personas que viven con enfermedades mentales y sus familias y, al mismo tiempo, respeta sus derechos y asegura un uso eficiente de los recursos del Estado.

Ambos planes han ido desarrollando una amplia red de servicios de salud mental integrada a la red general de salud y facilitaron el acceso a la salud mental, lo que permitió que personas que no podían acceder a diagnóstico y tratamiento pudieran lograrlo, y con ello mejoraran su calidad de vida. Sin embargo, los beneficios de estas políticas públicas no son homogéneos en todo el país y se han constatado desigualdades tanto en la ejecución del modelo como en la oferta de servicios.

Así, si bien se han registrado avances importantes en materia de pesquisa, acceso y calidad de los servicios de salud mental, el incremento en la prevalencia de trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias y alcohol, y de depresión, sumada a la alta tasa de licencias médicas a causa de trastornos mentales, y al incremento en los diagnósticos de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, obligaron a las autoridades actualizar, 17 años después, la política de salud mental a través del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (3).



Este plan recoge los resultados de los dos estudios diagnósticos del “Sistema de Salud Mental de Chile”, que en su momento sirvieron para evaluar los planes nacionales de salud 1993 y 2000. Ambos destacan que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se haya implementado en forma progresiva, profundizando en el modelo comunitario y favoreciendo la descentralización y accesibilidad, ya que la atención de patologías de salud mental fue incorporada en, prácticamente, la totalidad de la APS urbana y rural.


Además, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 enfrenta la realidad demográfica del país y reformula el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, reorientando los esfuerzos y la inversión de recursos públicos para la protección y el cuidado de la salud mental de la población; el tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales, y la inclusión comunitaria de las personas en situación de discapacidad mental, según los lineamientos de la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad.

## **b) Evolución del abordaje de las demencias en Chile**

Para comprender en profundidad la definición de salud de la OMS es necesario considerar dos dimensiones: los determinantes sociales de la salud y el enfoque de curso de vida. La primera corresponde a las condiciones en que las personas desarrollan su vida, y que se ven impactadas por los recursos materiales; la segunda, a aquellos factores que constituyen un riesgo o que determinan la presencia/ ausencia de enfermedades. Desde esta perspectiva, invertir en acciones preventivas y promocionales en las distintas etapas de la vida, considerando por ejemplo la territorialidad, constituye una estrategia de salud pública que repercutirá en las etapas vitales posteriores.

Lo anterior también aplica para la definición de salud mental, que para el Ministerio de Salud de Chile es “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso





óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. En consecuencia, la premisa es que la experiencia de salud mental de las personas está influenciada por los determinantes sociales y por el curso de vida.

Sin embargo, diversos estudios han demostrado que uno de los factores que más afectan a las personas con enfermedades mentales, y que dificultan su real inclusión e integración social, es el estigma, que muchas veces se debe al desconocimiento y al temor que éstas provocan en los demás. El estigma es el factor que contribuye mayoritariamente a la exclusión social y discriminación, pues opera como fundamento de las representaciones sociales que motivan situaciones de maltrato y promueven estereotipos negativos. Así, las personas que viven con enfermedades mentales ven limitadas sus opciones de participación social y acceso a la salud.

Visto de este modo, el futuro y la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales depende más de la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía que de la atención psiquiátrica misma. Por ello, el enfoque de derecho, que apunta al reconocimiento y respeto mutuo, se vuelve imprescindible en la formulación de las políticas públicas y en el abordaje de las temáticas relacionadas con salud mental, pues reconoce a las personas como sujetos de derecho y no como sujetos de protección. Esto obliga a los Estados a ejecutar acciones que garanticen la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de las personas, sin excepción alguna (4).

En el caso de las personas con demencia, la situación no es muy distinta. Por lo mismo, desde un enfoque de derecho, tanto ellas como sus familias deben tener acceso a un apoyo personalizado, continuo y coordinado que considere servicios sociales y atención de salud, y que respete su dignidad, promueva su participación y contribuya a mejorar su calidad de vida.



Sobre estas premisas, en 2017 se dio a conocer el Plan Nacional de Demencia.

Se estima que en Chile cerca de 200 mil personas presentan algún tipo de demencia. Los estudios de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizados por el Ministerio de Salud, sostienen que el 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por causas neuropsiquiátricas. En Chile cada año mueren cerca de 3.500 personas por demencia.

Si bien la edad no es un factor que genere demencia, existe correlación entre ambas: a mayor edad mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de demencia, especialmente la Enfermedad de Alzheimer. Como Chile es un país envejecido y lo será cada vez más, puesto que la cantidad de adultos mayores aumenta mientras disminuye la cantidad de niños, se hace cada vez más necesario abordar esta problemática con decisión y en forma integral.



## II. DIAGNÓSTICO COMUNICACIONAL: MARCO TEÓRICO Y PRINCIPALES RESULTADOS

### a) Marco Teórico


El presente manual surge como resultado del diagnóstico comunicacional que buscó caracterizar el tratamiento informativo que los medios de cobertura nacional y regional hacen sobre temáticas de salud mental y demencia.

Entendemos por **'tratamiento informativo'** el modo en que un medio periodístico informa sobre un tema, considerando su cobertura, la calidad de su información y su tematización. Esto significa reconocer si el medio informa o no sobre el asunto, y qué importancia le da (p.e. en razón del espacio o tiempo que le dedica); qué cantidad, calidad y novedad de datos aporta, y cómo valora y contextualiza el tema, es decir, qué juicios realiza de manera explícita o implícita al respecto y con qué otros hechos los relacionan (5, 6, 7).

En el caso de la **'cobertura'**, si bien este concepto define a la inclusión de un tema en la pauta informativa de un medio, desde el punto de vista geográfico refiere a la definición territorial de sus principales intereses informativos (5). Por ejemplo, una radio municipal tenderá a concentrar sus pautas noticiosas en eventos de su comuna o que afectan a la población de su comuna, lo que permite definirla como un medio de cobertura local.

El estudio tuvo como objetivos específicos:


- 1) Estimar la frecuencia con que los medios publican informaciones sobre salud mental y demencias en Chile.
- 2) Caracterizar periodísticamente las informaciones sobre salud mental y demencias publicadas en Chile.
- 3) Caracterizar a las fuentes utilizadas en dichas informaciones.

- 
- 4) Identificar los enfoques o encuadres desde los cuales se abordan dichas informaciones.
  - 5) Estimar las percepciones que pueden generarse a partir de los encuadres de dichas informaciones.

Para ello, se formularon ocho preguntas de investigación:

- P1. ¿Qué proporción de informaciones sobre salud, publicadas en medios chilenos (diarios, radios y canales de televisión de cobertura nacional y regional), corresponde a temas de salud mental y demencias?
- P2. ¿Qué asuntos específicos cubren estas informaciones?
- P3. ¿Qué enfoques o encuadres temáticos y usos lingüísticos priman en estas informaciones?
- P4. ¿A qué géneros periodísticos corresponden estas informaciones?
- P5. ¿A qué medios y secciones o programas pertenecen las informaciones sobre salud mental y demencias?
- P6. ¿Qué clase de fuentes son citadas o aludidas en estas informaciones?
- P7. ¿Cuánto espacio o tiempo les asignan los medios a estas informaciones?
- P8. ¿Qué efectos pueden preverse en la audiencia de estas informaciones, a la luz de sus enfoques o encuadres temáticos?

Considerando los objetivos y las preguntas de investigación, el estudio muestra un análisis descriptivo con enfoque cuantitativo a través del análisis de contenido, método que se ajusta a este escenario (8) y que permite observar y valorar las características explícitas de los textos (p.e. qué palabras se usan para nombrar o describir algo o a alguien, cuántas veces se usa una palabra, qué correlación hay entre la frecuencia de una palabra y de otra, etc.).



Se trabajó con textos informativos (noticias, crónicas, entrevistas, reportajes, columnas de opinión, editoriales y cartas al director) sobre salud mental y demencias, publicados en diarios, radios, canales de televisión y sitios web de circulación o producción nacional y regional, durante el período julio 2018-junio 2019.

En razón de criterios de representatividad y viabilidad, el marco muestral estuvo dado por la nómina de medios monitorizados regularmente por la empresa Litoral Press. En el Anexo 1 se da cuenta de los medios cobertura nacional y regional en los cuales se encontraron publicaciones sobre salud mental para la realización del diagnóstico.


La muestra del estudio fue seleccionada mediante la técnica probabilística de la 'semana construida', que consiste en la representación estadística de un período temporal mayor (un año o un semestre) a partir de la selección aleatoria de casos pertenecientes a días distintos y que permitan elaborar una semana nominal (9).

En el Anexo 2 se presentan los resultados del sorteo y de los saltos sistemáticos aplicados al período definido para el estudio, con las fechas en las cuales se consultaron los medios señalados en el Anexo 1.

Adicionalmente, se revisó la cobertura periodística para algunas fechas importantes o efemérides relevantes para la salud mental a nivel mundial y nacional, que son consideradas hitos: el Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre) y, para el caso de Chile, el lanzamiento del Plan Nacional de Demencias (29 de octubre de 2017).

## **b) Principales Resultados**

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos para cada una de las preguntas de investigación en relación a las 2 semanas construidas (representativas de un año).




## **P1. ¿Qué proporción de informaciones sobre salud, publicadas en medios chilenos (diarios, radios y canales de televisión de cobertura nacional y regional), corresponde a temas de salud mental y demencias?**

Para el análisis de la cobertura informativa de la salud mental en Chile se trabajó con un universo de 5.759 noticias de salud, publicadas en los días correspondientes a las semanas construidas y recolectadas por Litoral Press en diarios de cobertura nacional y regional, sitios web noticiosos y de radios regionales, canales de televisión y radios de todo el país. De estas, 127 corresponden a informaciones sobre salud mental. Es decir, apenas el 2,2%. Asumiendo que la frecuencia de cobertura informativa de un tema representa el interés de los medios por él, la cantidad de noticias publicadas sobre salud mental en Chile no estaría reflejando las expectativas de los lineamientos internacionales ni del Plan Nacional de Demencias, el cual señala entre sus objetivos la necesidad de “fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad”.

## **P2. ¿Qué asuntos específicos cubren estas informaciones?**

En las semanas construidas, el tema con mayor cobertura en todos los soportes estudiados (radio, TV, web y prensa) fue la “Depresión y otros trastornos del ánimo” con un 55,12% de los casos. Otros temas asociados a la salud mental cubiertos fueron “Traumas y otros factores asociados al estrés”, “Consumo de sustancias y alcohol”, “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Respecto de la cobertura sobre demencias, se contabilizaron 12 notas de prensa sobre el tema (11 de Enfermedad de Alzheimer y una sobre demencias en general, que corresponden al 9,4% del total de notas).

En el caso de los dos hitos analizados, las publicaciones sobre demencias, especialmente de Enfermedad de Alzheimer, corresponden al 42% de las noticias sobre salud mental, lo que supone oportunidad para los medios de comunicación para aprovechar estas fechas simbólicas y abordar estos temas desde diversas perspectivas.



Cabe considerar que en el 10,24% de los casos no se especifica la enfermedad o condición psiquiátrica a la que se alude, pues solo se habla de “problema(s) de salud mental”. Esa ambigüedad es compartida tanto por las fuentes utilizadas como por el autor de la nota. La misma tendencia puede observarse en el caso de los hitos analizados.


Asimismo, en el periodo analizado prácticamente no hay noticias que aludan a los riesgos psicosociales vinculados a la salud mental, tales como estrés del cuidador, alto costos de medicamentos, escasez de dispositivos de cuidado, etc., lo cual podría dificultar una comprensión más integral de este tipo de patologías y cómo impactan a su entorno.

Diversa investigación empírica apoya la idea de esta relevancia de los medios. En el caso de los contenidos informativos, se ha probado que, frente a temas considerados importantes, pero relativamente desconocidos, como la salud mental, la cobertura periodística es capaz de influir en las percepciones sociales sobre el tema, tanto en el reconocimiento de su relevancia como en la manera en que se le describe o valora. A este fenómeno se le conoce como “establecimiento de agenda” (10), y constituye el principal efecto mediático conocido.

Entonces, por ejemplo, la manera en que se nombra y alude a la persona que vive con demencia (p.e. “loco”, “discapacitado”) podría influir notablemente en la manera en que el público entenderá la patología o la situación de dicho individuo.

### **P3. ¿Qué enfoques o encuadres temáticos y usos lingüísticos priman en estas informaciones?**

Desde un punto de vista discursivo, el estilo textual predominante es el fáctico (85,9%), es decir, se basa en hechos, y el enfoque noticioso mayoritario es el descriptivo (78%), o sea, enuncia y caracteriza hechos. Esto significa que los periodistas tienden a (o prefieren) dar cuenta de los temas de salud mental a través de una perspectiva más bien técnica y despersonalizada, desprovista de opiniones.



Al revisar los dos hitos antes mencionados, también se observa una tendencia hacia el enfoque descriptivo, centrado en la caracterización de los hechos. Sin embargo, en el caso del hito relativo al lanzamiento del Plan Nacional de Demencias, existe un mayor equilibrio en el tratamiento informativo, ya que la proporción entre notas donde prima el procesamiento de la información (47%) y en las que prima el posicionamiento (42%) es similar. De esto, se podría inferir que podría existir un mayor interés por parte del medio de alejarse un poco de la información proporcionada por la fuente oficial y del dato objetivo cuando se trata de temas de política pública sobre salud y adoptar cierta posición frente a ellos.


En el caso del enfoque, llama la atención la baja frecuencia de lo emotivo (6,2%), donde se busca emocionar con un hecho, considerando que la salud mental es un tema sensible y en el que existen varias historias que podrían impactar a la audiencia. Esta tendencia a un discurso racional se manifiesta también en el tratamiento narrativo, que principalmente es de procesamiento (78%), donde el narrador interpreta lo dicho por otros.

La transcripción es la segunda forma de tratar las informaciones de salud mental más usado. El 21,2% de los casos corresponde a esta figura, en la que el narrador repite lo dicho por otros.

Al analizar la tematización informativa a través del análisis de la diversidad de los puntos de vista con los que se abordan las informaciones sobre salud mental, se advierte que en las notas publicadas no hay un contraste de puntos de vista, lo que es coherente con la predominancia del enfoque descriptivo. Solo el 7,9% de los casos plantea un debate sobre un hecho.

Desde la perspectiva de los usos lingüísticos como elemento de tematización, los textos no mencionan al afectado por salud mental y cuando lo hacen, se refieren a él mayoritariamente como “paciente” o “paciente psiquiátrico” o como “persona que padece” (29,4%) depresión u otra patología. Solo el 5,9% de las notas analizadas






utiliza la expresión “[sujeto] que vive con [patología]”, lo que va en contra del enfoque de derecho que releva el rol activo y la autonomía de la persona, independiente de la condición en que se encuentre. La misma tendencia se observa en las noticias difundidas durante los hitos.

#### **P4. ¿A qué géneros periodísticos corresponden estas informaciones?**

Los textos analizados se clasificaron de la siguiente manera:

- Carta al Director: Texto escrito por un particular o por el representante de una organización acerca de algún tema de actualidad.
- Columna de Opinión: Artículo breve escrito por un particular [columnista] que, desde una perspectiva personal y/o técnica-profesional, ofrece una interpretación o un juicio sobre la actualidad).
- Crónica: Relación más extensa de una historia en la cual normalmente el narrador [redactor, autor] participa o es protagonista.
- Editorial: Artículo breve que ofrece una interpretación o un juicio sobre la actualidad pero que, a diferencia de la columna, no posee un autor identificado.
- Entrevista: Conversación entre un reportero/redactor y una persona considerada sujeto relevante en un hecho de actualidad —por ser protagonista, testigo o analista—, que usualmente es reproducida en formato de diálogo.
- Nota Informativa: Recuento de un hecho puntual, con un estilo más o menos objetivo, es decir, en el cual el redactor o narrador no participa.
- Reportaje: Investigación profunda sobre un hecho, que normalmente alude a un suceso de actualidad, pero no se agota en él.

El formato más recurrente en la muestra fue la Nota Informativa, que fue utilizada en el 60,63% de los casos, seguida por la Crónica y la Entrevista, con un 12,6% cada una. Como el formato de Nota Informativa se caracteriza por su objetividad y su apego a los hechos, los textos clasificados en este género efectivamente abordaban



los temas de salud mental preferentemente desde datos duros y un discurso oficial experto (ver P6).

Mientras, los géneros más informativos (Nota, Crónica, Entrevista y Reportaje) sumaron el 87,4% de los casos, los géneros de opinión (Carta al Director, Columna de Opinión y Editorial) equivalen al 12,6%. Al cruzar los géneros periodísticos con la temporalidad de la información, vemos que 47 de las 127 publicaciones sobre salud mental (37%) son abordadas desde la actualidad contingente, es decir, a partir de un hecho específico que las gatilla. Lo mismo ocurre en el caso de los hitos analizados, donde la proporción de noticias de actualidad es de 51%.

Esto es una buena noticia ya que permite inferir que los medios de comunicación están dispuestos a incorporar este tipo de contenido en su pauta noticiosa de actualidad. Sin embargo, se puede observar que los medios de comunicación no van más allá y que no le dan seguimiento a la información para poder abordar otras áreas de la misma noticia, por ejemplo, al profundizar en los riesgos psicosociales y los desafíos a los que están expuestos las personas que viven con demencia y su entorno, y que son temáticas de carácter atemporal.

## **P5. ¿A qué medios y secciones o programas pertenecen las informaciones sobre salud mental y demencias?**

### **a) Por tipo de medio: Mayor cobertura digital**

Si observamos en qué medios se concentran los 127 casos obtenidos en las semanas construidas, los medios digitales son los que más publican informaciones relacionadas con salud mental. Los datos muestran que los sitios web, sean de carácter nacional o regional, concentran el 63% de las noticias publicadas.

Los medios escritos, diarios y revistas, ocupan el segundo lugar con un 29,13% de los casos, mientras que radio y televisión comparten el tercer lugar con un 4% de las noticias.



## **b) Por secciones: La salud mental es un tema de actualidad**

Para analizar en qué secciones aparecían las notas de salud mental, se trabajó con los 19 nombres de secciones más habituales en los medios de comunicación: Actualidad, Belleza/Vida Sana, Cartas al Director, Ciencia y Tecnología; Cultura, Deportes, Economía, Editorial, Educación, Espectáculos, Internacional, Opinión, Panoramas, Política, Reportajes, Salud, Sociedad, Tendencias y Transportes.


Si bien existe dispersión es posible reconocer algunas tendencias:

- La cobertura regular se asienta en secciones de Actualidad (28,35% en el caso de las semanas construidas), lo que sugiere una mirada poco especializada, pero muy alineada con la contingencia.
- Solo el 13,4% de los casos está considerado en la sección de Salud que aborda temáticas exclusivas al área.
- El 8,7% de las notas está dentro de la sección Espectáculos, lo que podría ser señal de un cierto interés por parte de los medios para dar a conocer informaciones de salud mental cuando la persona afectada es pública. Esto pudiera ser visto como una oportunidad para posicionar la temática a nivel institucional a través del uso de embajadores que vivan con la enfermedad y que transmitan un mensaje positivo a la ciudadanía, por ejemplo.

## **P6. ¿Qué clase de fuentes son citadas o aludidas en estas informaciones?**

En promedio, en las 127 notas analizadas participan 2,1 fuentes por caso. En el 70,1% de la muestra, se utiliza una o dos fuentes, mientras que en el 4,7% se utilizan tres y en el 18% se recurre a cuatro o más fuentes.

De las fuentes utilizadas, el 74,4% son personas, el resto corresponde a documentos académicos o técnicos. Del total de personas que aparece como fuente, el 38,52% es de carácter institucional, es decir, que conoce del tema por el cargo que detenta



(p.e. jefe de departamento de salud mental, coordinador de servicio, director de clínica, autoridades de Gobierno, autoridades locales, parlamentarios, etc.), mientras que el 41% es experta-técnica, que conoce del tema por su trabajo, es decir, por su trato profesional con personas en diferentes contextos relacionados con la salud mental. En tanto, las fuentes testimoniales alcanzan el 19,7%.


En el caso de los hitos, la utilización de fuentes ya sea de la sociedad civil o testimoniales es marginal (9%). Tal como sucede en el caso de las semanas construidas, la mayoría de las fuentes utilizadas son expertos técnicos (41%) y voceros institucionales (27%).

Es posible concluir, entonces, que los medios privilegian las fuentes expertas, ya sean institucionales o técnicas, por sobre las testimoniales, lo que puede deberse a la dificultad para acceder y relacionarse con las personas que viven con una enfermedad mental, ya sea por razones éticas o por la negativa de la persona afectada y o de sus cuidadores a aparecer en los medios de comunicación.

Hay que destacar el rol que juega la fuente en la generación de la noticia. De acuerdo al estudio, el 38,6% de las notas publicadas en diarios y revistas, TV, radio y sitios web surgen por iniciativa de la fuente (gestión de prensa mayoritariamente) y se usan entre una y dos fuentes; en tanto, el 44,8% de las publicaciones restantes es por iniciativa del medio y, al igual que en el caso anterior, se utilizan entre una y dos fuentes.

Al observar el cruce entre tipo de fuente, cantidad de fuentes utilizadas y origen de la noticia, vemos que las coberturas que son iniciativa del medio con una fuente institucional corresponden al 9%; con dos fuentes corresponden al 38% y cuando son 3 o más fuentes, solo alcanzan al 4,4%.

Hay que destacar que las fuentes institucionales no siempre corresponden a representantes del ministerio de Salud o de algunas de sus subsecretarías o



departamentos. Si bien, en la mayoría de las notas están presentes, lo cierto es que en varias noticias de salud mental las fuentes institucionales corresponden a representantes, en distintos niveles jerárquicos, del ministerio de Justicia, el Servicio Nacional de Menores, Gendarmería, Instituto de la Juventud, por mencionar algunos.

Por el contrario, cuando las notas son por iniciativa de la fuente, independiente de la cantidad de fuentes que se utilice, en el 70% de las publicaciones analizadas se utilizan fuentes institucionales.


Esto permite inferir que cuando la noticia es de origen periodístico, las fuentes institucionales escasean, mientras que cuando es de origen institucional, son las fuentes externas o críticas las que se encuentran en menor cantidad.

Respecto el uso de fuentes testimoniales, su utilización es baja tanto en las notas que son iniciativa de la fuente como del medio. Esto puede responder, como se mencionó anteriormente, a definiciones éticas o a la dificultad de acceder a ellas.

### **P7. ¿Cuánto espacio o tiempo les asignan los medios a estas informaciones?**

Observando las semanas construidas, hay medios de comunicación que destacan por el espacio que destinan a la cobertura de las informaciones de salud mental: los diarios y los sitios web.

Cuando se trata de diarios, el 59,5% de los casos le dedicó media página o más a temas de salud mental mientras que, entre los sitios web, el 71,25% abordó estas informaciones en 5 párrafos o más. En cuanto a la televisión, los 5 casos de la muestra tienen una duración promedio de 5,5 minutos. En radio, en tanto, se registran 5 casos que, en promedio, tienen 16 minutos de duración y que corresponden, en su mayoría, a entrevistas en profundidad.



Dedicarle más espacio a este tipo de contenidos, permite a las personas recibir información más detallada y, eventualmente, de mayor análisis, lo que podría contribuir educar y sensibilizar a la ciudadanía en torno a las demencias.

## **P8. ¿Qué efectos pueden preverse en la audiencia?**

Considerando los datos, y tomando en cuenta el mencionado fenómeno de “establecimiento de agenda” (10), es posible inferir que un tratamiento de la salud mental excesivamente centrado en los hechos y en los expertos, si bien supone una información más objetiva y seria, al mismo tiempo puede fomentar en la audiencia la sensación de que se trata de un tema abstracto y lejano, pues minimiza la dimensión humana de la salud mental. A su vez esto podría fomentar la desafección frente a las personas cuyas enfermedades son un desafío diario.

Esto, a su vez, puede reforzar e incluso instalar creencias erróneas en la audiencia. Por ejemplo, cuando se trata de las demencias, al no dar a conocer la realidad cotidiana de los cuidadores porque la voz de los expertos es la única voz posible, la audiencia puede llegar a pensar que los cuidados específicos que entregan cuidadores comprometidos no tienen mayor impacto en la evolución de la enfermedad. Por algo no se habla de aquello. Otro riesgo es llegar a asumir que las personas con demencia no tienen calidad de vida ni capacidad de disfrutar. Entonces, no tener la posibilidad de acceder a las historias de las personas que viven con demencia puede llevarlos a pensar que con la enfermedad se pierde la condición de sujeto de derecho, lo cual redundaría en desechar sus intereses y preferencias a la hora de entrar en interacción social con una de ellas (4).

También es importante considerar quiénes son las fuentes utilizadas en la muestra estudiada. En las 127 notas que componen la muestra total se utilizaron 161 fuentes, de las cuales el 12,5% corresponde a “expertos médicos”; el 8% a representantes de “centros médicos o clínicas”; 8% en el caso de las fuentes gubernamentales del sector salud (ministerio de Salud en general y seremías) y el 2,4% a “organismos



internacionales”, específicamente a Naciones Unidas y a la Organización Mundial de la Salud. Que este 30,9% de las fuentes esté ligada al área de la Salud y venga de profesionales biomédicos da cuenta de que el enfoque sanitario continúa predominando las temáticas de salud mental y demencias. El porcentaje aumenta si se incorporan las fuentes provenientes de estudios académicos (la mayoría de corte sanitario) que corresponden al 3,1%; a los académicos de universidades nacionales y extranjeras (muchas veces autores de los estudios académicos) que representan al 8,6% del total de fuentes y a los centros de estudios que equivalen al 4,9%.

En tanto, en lo relativo a las fuentes no médicas y que no pertenecen al sector Salud, destaca la utilización de “expertos no médicos” que van desde los neurocientíficos, psicólogos y terapeutas ocupacionales hasta los coach y jefes de programas sin especificar profesión (10,5%); de “ciudadanos regulares” que son utilizados como fuentes testimoniales (9,9%) y de fuentes gubernamentales de diversos servicios públicos que van desde la Presidencia de la República hasta el seremi de Bienes Nacionales. Esto da cuenta de que la salud mental y las demencias son transversales y que se están abordando desde diversos sectores.

En general, a partir de la identificación de las fuentes, es posible inferir que la prensa tiene a mostrar las patologías de salud mental y las demencias desde una mirada sanitaria, que olvida el componente biopsicosocial y reduce a la persona solo a su condición de enfermo que padece o sufre determinada enfermedad y la despoja de su condición de persona, restándole así autonomía para enfrentar los desafíos que conlleva su propia enfermedad.

Esto promueve una mirada discapacitante, estigmatizada y, muchas veces, errónea de cómo es vivir con demencia y cuáles son los múltiples desafíos que conlleva lo que contribuye a aumentar las brechas y dificulta la inclusión.




### **III. ORIENTACIONES PARA EL CORRECTO ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LAS TEMÁTICAS DE SALUD MENTAL**

El papel que juegan los medios de comunicación en la promoción de la salud es un tema que se viene relevando desde hace años. Ya en 1986, la Carta de Ottawa elaborada por la OMS en el marco de la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud se refería a que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar todas las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud esencial sin la acción coordinada de todos los implicados, a quienes les corresponde la responsabilidad de asumir como actores mediadores: gobiernos, sectores sanitarios, organizaciones benéficas, autoridades locales y medios de comunicación.

En el caso de las enfermedades mentales, entre ellas las demencias, cobra aún más sentido el trabajo conjunto con los medios de comunicación, pues estos no solo son fuente de información y educación práctica para la población –como ocurre también con otras enfermedades–, sino que además pueden contribuir a una comprensión desprejuiciada e integradora de la patología, en la medida que pueden mostrar diferentes aristas que enfrentan a diario las personas y familias que viven con el diagnóstico.

“Los medios de comunicación son instrumentos de cambio y formadores de opinión, generan discusiones sobre temas, informan sobre los debates y decisiones políticas, llegan a audiencias amplias e influyentes, sensibilizan, validan o invalidan opiniones, son efectivos en la comunicación y gozan de gran aceptación y credibilidad” (11). Por lo tanto, si se logra que pongan su foco, de manera adecuada y oportuna, en los temas relacionados con las demencias, se podría captar la atención del público, ir progresivamente permeando las discusiones de la ciudadanía y cambiando el discurso en favor de una mayor aceptación, inclusión y apoyo de las personas con demencia y su entorno familiar.





Sin embargo, para poder ejercer un adecuado rol de agente mediador y difusor es esencial conocer un poco más acerca de los principios teóricos que rigen el trabajo de los equipos sanitarios, de manera de ir refundando juicios y alinear la forma cómo se reportean y redactan las noticias sobre demencias a esos nuevos marcos conceptuales.


### **a) Enfoques que orientan la conceptualización y abordaje de temáticas de salud mental y demencias**

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, basa su trabajo en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Esta modalidad de trabajo implica una nueva forma de relacionarse con las personas, superando el enfoque biomédico y comenzar a trabajar con las familias desde una mirada más integral.

A continuación, se describe brevemente este modelo, así como los elementos centrales de otros enfoques que operan como principios rectores y perentorios en el abordaje sociosanitario de las demencias.

#### **- Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:**

Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (12).




- **Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental:** Relacionado con el concepto anterior, se desprende el modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, el cual presta especial importancia a la persona que tiene una enfermedad mental grave y persistente, su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional. Este modelo tiene por centro responder a las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, sin dejar de considerar las realidades territoriales, las variables culturales, étnicas y de género (13). Y, en consecuencia, permite avanzar en una respuesta sanitaria ambulatoria de calidad en salud mental a través de Centros de Salud Mental Comunitaria, descartando la antigua y tradicional vía de la institucionalización en hospitales psiquiátricos.

- **Enfoque Centrado en la Persona:** Modelo de trabajo que establece una relación entre el equipo de salud y las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud. Es empático, pues considera las vivencias, biografía, necesidades, preferencias y capacidades de las personas y sus familias y en cómo ellas las definan y prioricen, de manera de que participen de forma activa en su proceso de atención.

Esto implica que las acciones que se planifiquen y realicen con miras a mejorar la calidad de vida de la persona con demencia y su familia deben poner en el centro sus necesidades, preferencias y prioridades, tanto individuales como culturales.

- **Enfoque de Derecho:** Avanzar hacia la inclusión implica reconocer a la persona con demencia como un sujeto con derechos propios. La identidad de la persona con demencia supone el reconocimiento de la autodeterminación como una de las expresiones de su autonomía. En este sentido, las políticas de salud



tienen el desafío no solo de centrarse en el acceso a la atención de salud mental y al tratamiento de la enfermedad, sino también deben apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida que propiciaron dicha enfermedad y establecer mecanismos de participación para potenciar y generar las condiciones para el ejercicio de sus derechos (13). Esto, independientemente de la condición en que se encuentre una persona determinada (4).

En la práctica, el diseño e implementación de las intervenciones que se desarrollen con las personas con demencia y sus familias deben velar por la garantía de sus derechos: preservar la autonomía a través de la toma de decisiones (en su máxima expresión posible), velar para que la persona y sus familias cuenten con información y educación oportuna para la toma de decisiones y, en general, cautelar que no se realice ninguna acción que pueda atentar contra la dignidad de las personas (14), por mencionar algunos.

- **Enfoque de Envejecimiento Activo:** Considerando que la prevalencia de las demencias aumenta a medida que se envejece, por lo que son más habituales en personas de 60 años y más y que, en el caso de la Enfermedad de Alzheimer afecta a casi la mitad de los mayores de 85 años, es importante conocer este principio que rige el trabajo con personas mayores. El enfoque de envejecimiento activo fue acuñado por la ONU y busca relevar una mirada positiva de la vejez, puesto que se refiere al proceso por el cual se optimizan las oportunidades de salud (física, social y mental), participación y seguridad, para promover la calidad de vida a medida que se envejece (15). Esto implica que, si las personas mayores tienen acceso a oportunidades que les permitan seguir activos y sustituyendo roles perdidos por otros nuevos, pueden vivir satisfactoriamente su vejez. Incorporar este enfoque, permite dejar de ver a la vejez y a las personas mayores como inherentemente enfermas o en situación de discapacidad.



## **b) Mitos asociados a la salud mental y demencias**


### **1. La demencia senil existe**

FALSO. Se trata de un término incorrecto y en desuso, al igual que hablar del artero o arterioesclerosis. El adjetivo de senil se solía usar porque la mayoría de las personas afectadas desarrollaba la enfermedad durante la vejez, entonces se veía a la demencia como una consecuencia del envejecimiento. Sin embargo, aun cuando sea una patología más frecuente en personas mayores, también puede aparecer en edades tempranas y, por otra parte, existen millones de personas mayores que no presentan ni presentarán nunca una demencia a lo largo de su vida. Hoy solo se habla de ‘demencia’ –sin apellido– y se define así a un grupo de enfermedades que generan pérdida de habilidades cognitivas y trastornos de conducta, y que llegan a interferir en la realización de las actividades de la vida diaria.

La forma más adecuada de referirse a una demencia es precisando a qué tipo pertenece: Enfermedad de Alzheimer es la más común, pero también existe la demencia vascular, mixta (que reúne características de las dos anteriores), demencia inespecífica, por cuerpo de Levy y asociada a enfermedad de Parkinson, por mencionar las más frecuentes (16).

### **2. La demencia es una característica de la vejez**

FALSO. Relacionado con el mito anterior, a menudo se piensa que la demencia es una consecuencia normal e ineludible del proceso de envejecimiento, sin embargo, hoy se sabe que no es así, sino que el origen de las demencias puede ser variado. Algunas demencias son causadas por la muerte anormal de neuronas en ciertas áreas del cerebro (por ejemplo, la Enfermedad de Alzheimer), pero otras pueden ser ocasionadas por accidentes cerebro vasculares (ACV), infartos o hemorragias (por ejemplo, la demencia vascular), o bien, por secuelas de traumatismos cerebrales graves, por tumores cerebrales o incluso por infecciones como la encefalitis por herpes o el sida (17).




El mayor riesgo de ver la demencia como una consecuencia del envejecimiento, es llegar a creer que nada se puede hacer al respecto y, por ende, subestimar la existencia o eficacia de estrategias de tratamiento y apoyo. Por otra parte, esta falsa creencia solo ayuda a reforzar aún más la imagen negativa y distorsionada de la vejez, de que con la edad es esperable tener problemas de memoria y comportamientos erráticos. Con el paso del tiempo, el cerebro envejece y se producen cambios en el funcionamiento cognitivo (por ejemplo, procesar información de forma más lenta u olvidar detalles), pero hay varias funciones que se mantienen o que incluso pueden mejorar su rendimiento con una adecuada estimulación (18).

### **3. El Alzheimer se puede mejorar**

FALSO. En la actualidad no existe ningún tratamiento que detenga o revierta la Enfermedad de Alzheimer (EA). Sin embargo, eso no significa que las personas no puedan acceder a terapias farmacológicas y no farmacológicas que les permitan tener una mejor calidad de vida. Asimismo, un mejor conocimiento y manejo pueden ayudar a sobrellevar los síntomas asociados como la depresión, ansiedad y agitación (19). Las corporaciones de Alzheimer a menudo proporcionan asesoría y apoyo a las personas con demencia y a sus cuidadores después de un diagnóstico. Hay demencias que son secundarias a las enfermedades de base y, en ese caso, sí podría revertirse el problema. Por eso es muy importante contar con un diagnóstico oportuno y temprano para determinar la causa específica de la demencia (17).

### **4. Las demencias no se pueden prevenir**

FALSO. Sí es posible. Prevenir significa disminuir el riesgo de presentar una enfermedad. En el caso de las demencias, si bien todavía no es posible prevenir todos los factores de riesgo dado que no se conocen todas sus causas, se sabe que existe una importante asociación con los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, obesidad, tabaco, colesterol alto y falta de actividad física. También se ha observado que la socialización y la realización de actividades



intelectuales (uso constante de funciones cerebrales) reduce el riesgo de una vejez patológica. Un buen nivel educacional previo también se considera un eventual factor protector de la demencia (17). Por lo tanto, implementar estrategias como el cuidado cardíaco, realizar actividad física en forma regular, lleva una dieta saludable y realizar actividades de estimulación cognitiva y que promuevan la socialización es esencial para sostener saludablemente a una sociedad que continúa envejeciendo (4).

## **5. Tener problemas de memoria es síntoma de Alzheimer**

FALSO. No toda falla de memoria es sinónimo de demencia y, particularmente, de Alzheimer. Existen múltiples causas por las que puede fallar la memoria, e identificar la causa permite elegir el tratamiento más adecuado (17). Hay enfermedades que pueden afectar los procesos de memoria (por ejemplo, depresión, estrés) o incluso el uso de ciertos medicamentos (por ejemplo, antidepresivos, tranquilizantes, antiepilépticos, antipsicóticos), deficiencia de vitamina B12 o incluso trastornos del sueño. Por lo tanto, hay fallas de memoria que, con un adecuado diagnóstico, son reversibles.

## **6. Las personas no mueren de demencia**

FALSO. La demencia severa con frecuencia causa complicaciones como inmovilidad, trastornos de la deglución y desnutrición, factores que incrementan significativamente el riesgo de afecciones agudas graves que pueden causar la muerte (20). En Chile constituye la 6ª causa específica de muerte (4).

## **7. El Alzheimer es hereditario**

FALSO. El riesgo de las personas con familiares con Enfermedad de Alzheimer es levemente mayor al resto de la población. Solo el 10% de los casos es heredado, su inicio es precoz (antes de los 65 años) y el origen es una mutación cromosómica; el 90% restante es de tipo esporádico y se desconoce su causa (17).



## **8. Las personas con demencia pierden su autonomía.**

FALSO. El cambio de paradigma en el abordaje de las demencias que busca avanzar cada vez más hacia la inclusión social trae como consecuencia, en la persona con demencia, la develación de los derechos propios. Y en este sentido, de acuerdo con el Plan Nacional de Demencias, uno de los principios esenciales a respetar es el de autonomía, que es la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando a los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se tomarán medidas especiales para proteger sus derechos e intereses. Otros principios rectores son la dignidad intrínseca, igualdad, participación y solidaridad (20).

## **9. Las personas con demencia pierden su calidad de vida**

FALSO. Mientras la investigación sigue avanzando en el campo biomédico de la demencia, el modelo social de abordaje se centra en la respuesta individual, familiar y social para mantener la calidad de vida del paciente con demencia (21). Es una falsa creencia pensar que las personas con demencia no tienen calidad de vida ni capacidad de disfrutar. Sin importar la enfermedad que se tenga, una persona jamás pierde su condición de tal y, por ende, seguirá siendo inherente a ella su derecho a la dignidad y todas las acciones relacionadas con su condición deben promover, proteger y asegurar el goce pleno de sus derechos y libertades, de manera de seguir favoreciendo al máximo su bienestar (20). El mayor peligro de esta falsa creencia es que se empiezan a desconocer y descartar sus intereses y preferencias; la persona va perdiendo autonomía y condición de sujeto de derecho.

## **10. Las personas con demencia dejan de funcionar**

FALSO. Personas con demencia como la Enfermedad de Alzheimer, experimentarán un proceso de declinación gradual del conjunto de capacidades intelectuales y funcionales (17). Por lo tanto, muchas personas con Alzheimer -con un adecuado tratamiento farmacológico y abordaje por parte de cuidadores y/o de su entorno sociofamiliar- pueden vivir activas y seguir interactuando por largo periodo.



## **c) Recomendaciones para un correcto tratamiento de la noticia**

### **1. Equilibrar la cobertura de noticias de salud física con las de salud mental.**

Los resultados del estudio muestran la brecha que existe entre la cobertura noticiosa que reciben los temas de salud física versus los de salud mental (solo el 2,2% de la muestra pertenecía a este último ítem). Este desequilibrio no se condice con la realidad epidemiológica del país que presenta una alta prevalencia de problemas de salud mental.

En este sentido, es recomendable aumentar la cobertura de noticias relacionadas con salud mental y, en particular, de las demencias desde una perspectiva psicosocial que permita abordar el fenómeno de manera integral a fin de poder educar a la ciudadanía en lo relativo a diversos temas asociados a la demencia como el costo de los medicamentos, los cuidados domiciliarios, las terapias alternativas, el acceso a dispositivos de cuidado, la convivencia familiar, el manejo del estrés del cuidador, por mencionar algunos.

### **2. Promover una imagen positiva de las personas con demencia.**

Es esencial reducir el estigma que afecta a las personas con demencia y dar a conocer una representación más amplia y diversa de lo que significa vivir con la enfermedad. Para ello se sugiere dejar de visibilizarlos solo desde su rol de paciente y mostrarlos también desde sus capacidades, anhelos, aportes, etc. Para ello, es necesario que quienes trabajan en medios de comunicación conozcan los diversos enfoques que se relacionan con el abordaje de patologías de salud mental y demencias como, por ejemplo, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, el Enfoque Centrado en la Persona y el Enfoque de Derecho, para que puedan ejercer su trabajo desde esos enfoques y así tratar este tipo de informaciones no solo desde el ámbito sanitario, sino también psicosocial, relevando principios básicos como la dignidad y la autonomía. La persona que vive con demencia o con alguna patología de salud mental es mucho más que la enfermedad; es una persona que continúa teniendo intereses, anhelos,





proyectos y una biografía en construcción.

Hay que recalcar que la persona que vive con demencia no está permanentemente en crisis y es capaz de cumplir un rol activo en su entorno, de dar y recibir afectos, y es recomendable que los medios de comunicación muestren ese lado más desconocido de la enfermedad.

### **3. Derribar mitos relacionados con las demencias.**

Las demencias arrastran consigo una serie de juicios mal fundados. Es labor de los comunicadores, como agentes mediadores en la promoción de salud, preocuparse de aportar información rigurosa basada en evidencia y no seguir replicando falsas creencias. Esto permite educar a la población y romper con imágenes distorsionadas como, por ejemplo, creer que la demencia es consecuencia normal del envejecimiento y que, por ende, todas las personas mayores tienen o tendrán Alzheimer. Corregir estos errores ayuda a evitar incluso una doble estigmatización en la población mayor, por razones de edad y patología mental y promueve la inclusión de las personas que viven con demencia o alguna otra enfermedad psiquiátrica.

### **4. Cuidar la rigurosidad de lo publicado.**

En los temas de salud abundan las investigaciones sobre nuevos tratamientos y terapias que pueden captar rápidamente el interés de la audiencia. Es importante tener presente que un estudio publicado no significa que se haya realizado con el rigor científico necesario y, aun así, requiere ser cotejado con otras investigaciones o al menos presentado como una noticia no concluyente, de manera de evitar generar falsas esperanzas en las personas.

En el caso de los estudios científicos, es necesario incorporar en la nota el nombre del estudio, su autor y el centro de investigación o universidad a la que pertenece. El estudio demuestra que lo anterior no es una práctica habitual en los medios de comunicación ya sea por razones de espacio, por desconocimiento o por la reproducción textual de notas extranjeras o de agencias de noticias.



## 5. Usar un lenguaje inclusivo.

Evitar la utilización de palabras que puedan resultar discriminatorias, infantilizadoras, victimizadoras o paternalistas, ya que éstas solo refuerzan la imagen discapacitante y desvalorizada de quienes viven con enfermedades mentales.

Si bien en el estudio no se encontraron términos peyorativos, sí se observó el uso de los verbos “sufrir” y “padecer” para referirse a los trastornos mentales, versus el “vivir con”, “tener” o “presentar” (una enfermedad), y que sería la forma más adecuada de referirse a una determinada patología o condición.

Asimismo, se sugiere privilegiar un lenguaje simple y claro, que evite el exceso de jerga y tecnicismos de la disciplina.

## 6. Diversificar los tipos de fuente.

El estudio evidenció que la mayoría de las fuentes a las que se recurre son personas expertas, ya sea por su conocimiento técnico o institucional del tema, en desmedro de las fuentes de carácter testimonial. Sin embargo, poder incorporar en la cobertura algún testimonio (por ejemplo, de familiares o cuidadores, en caso de que la persona con demencia se encuentre imposibilitada), podría ofrecer una mirada más humana e integral de lo que implica vivir con la enfermedad. El estudio reveló que incluso en las entrevistas analizadas la presencia de testimonios es baja (26%) al igual que en las crónicas (20,45%).

Es recomendable que la selección de fuentes testimoniales contribuya a instalar una imagen positiva de las personas con demencia o con enfermedades mentales, a fin de demostrar que, la patología si bien representa una dificultad importante, no es impedimento para realizar una vida normal y tomar decisiones dependiendo del grado de deterioro que presente. Es importante recalcar que por más avanzada que se encuentre la demencia, la persona siempre puede tomar decisiones y es responsabilidad del cuidador responsable darle esa opción a través de elecciones sencillas como, por ejemplo, darle a elegir qué ropa usar o qué alimentos probar.



## **7. Aprovechar las efemérides para cubrir temas de demencia y salud mental**

En el área de la salud mental existen ciertas fechas importantes como el Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre) y el Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre). En Chile, por su parte, un día importante es el del lanzamiento del Plan Nacional de Demencias (30 de octubre).

El estudio muestra que mientras en un año regular las informaciones sobre la Enfermedad de Alzheimer corresponden al 9,4% de las noticias de salud, cuando se celebra el Día Mundial del Alzheimer la cobertura llega al 54%.

Es recomendable que los medios de comunicación aprovechen estas fechas para publicar informaciones que posicionen la temática desde una mirada positiva e inclusiva que eduque a la ciudadanía.



## IV. GLOSARIO

### A

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Tareas más complejas que las anteriores y necesarias para vivir de forma independiente, tales como preparar comida, manejar su propio dinero, salir solo de su casa, efectuar compras, hacer o recibir llamadas telefónicas, efectuar quehaceres livianos de la casa, organizar y tomar sus propios medicamentos.

**Adulto Mayor:** Persona de 60 años y más, según criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile, establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). Se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez.

**Agitación:** Término para describir un grupo de comportamientos asociados con la enfermedad de Alzheimer. En las etapas iniciales de la enfermedad, las personas pueden tener cambios en la personalidad como: irritabilidad, ansiedad y depresión. Con el progreso de la enfermedad, otros síntomas pueden ocurrir incluyendo problemas de insomnio, e ilusiones (creer en cosas que no son verdaderas) y alucinaciones (ver, escuchar, sentir cosas que no son reales) ansiedad y cambios en el carácter, y otras alteraciones emocionales. La agitación puede ser un síntoma no específico de uno o más problemas físicos o psicológicos (p.e: Dolor de cabeza, depresión, infección).



**Agresión:** Puede ser verbal o física. Ejemplos de la agresión causada por daños al cerebro como resultado de la enfermedad de Alzheimer incluyen gritar, golpear, maldecir (y) o alterarse.

**Alzheimer (Enfermedad de):** Enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible, descubierta por Alois Alzheimer en 1907, que daña el cerebro y genera como consecuencias limitaciones de la memoria, el razonamiento y el comportamiento. Es la principal causa de demencia.

**Ansiedad:** Sensación de aprensión, miedo y nerviosismo, acompañada por la agitación o la tensión. Actúa como mecanismo de alerta y adaptación ante situaciones amenazantes para la integridad del individuo. Muy frecuente en personas con deterioro cognitivo.


**Autonomía:** Capacidad de autogobierno de las personas y el derecho a tomar sus propias decisiones en función de su propio plan de vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona). En el caso de las personas con dependencia o en fase terminal, debe promoverse el máximo respeto de la autonomía como un derecho básico de la persona.

**Autovalencia:** Capacidad de las personas para realizar de forma independiente las actividades necesarias de la vida diaria (se relaciona con el concepto de funcionalidad).

**Apatía:** Reducción en los intereses comunes o falta de motivación por las actividades que antes el paciente solía tener (i.e. indiferencia por un estímulo externo).

**C**

**Centro día / Centro diurno:** Servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante todo el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diverso grado de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.



**Centros de Salud Mental Comunitaria:** Es un establecimiento público de salud, ambulatorio, especializado e integrado a la red, con dependencia administrativa del Servicio de Salud. Resuelve integradamente con los otros nodos y puntos de atención de la red, la condición de salud mental de su población objetivo, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local, a través de una atención integral especializada y equipo transdisciplinario.

**Cuidador(a):** Persona que brinda servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas. Se distingue entre cuidadores informales (familiar que presta asistencia básica cuando la persona que requiere la ayuda vive en casa) y cuidadores formales (personal que ofrece atención en una institución o contratado para prestar apoyo en un hogar particular).

## D

**Demencias:** Grupo de enfermedades que se caracteriza por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo y situación económica, que se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales.

Estos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social.

Las demencias son más habituales en las personas mayores, pero pueden afectar a personas jóvenes. Las causas más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades cerebro vasculares.

**Demencia vascular:** Tipo de demencia causada por un número de síntomas asociados con enfermedades cerebrovasculares. Al igual que la demencia por Enfermedad de Alzheimer, pueden afectar la memoria y las habilidades del pensamiento, deteriorar habilidades motoras, y hacer que una persona experimente alucinaciones, ilusiones, delirios, o depresión. Segunda causa más frecuente de demencia.



**Dependencia:** Estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar actividades corrientes de la vida diaria y recibir cuidados.


**Deterioro Cognitivo:** Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona. El conjunto de fenómenos mentales deficitarios debidos bien a la involución biológica propia de la vejez o bien a un trastorno patológico (demencia).

**Discapacidad:** Toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad, aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas. Para los efectos de esta ley N° 19.283 (art.3) se considera persona con discapacidad a todas aquellas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.

**Discriminación:** Cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

**E**

**Edadismo (Viejismo o Ageism):** Conjunto de estereotipos negativos, prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas mayores debido a su edad.



**Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM):** Son residencias que dan alojamiento permanente y atención integral y continuada a personas mayores que no pueden permanecer en su hogar. Pueden ser exclusivo para un determinado tipo de personas (p.e. autovalentes) o estar dividido en pabellones con características distintas según los usuarios: autovalentes, frágiles y postrados.

**Enfoque centrado en la persona:** Modelo de trabajo que establece una relación entre el equipo de salud y las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud. Es empático, pues se enfoca en las vivencias, necesidades, preferencias y capacidades de las personas y sus familias y en cómo ellas las definan y prioricen, de manera de que participen de forma activa en su proceso de atención.

**Enfoque de derecho:** Marco conceptual que reconoce a las personas como sujetos titulares de derechos, superando la visión de personas con necesidades objeto de protección, que deben ser asistidas. Lo que les permite demandar a los gobiernos y al Estado, tanto la ejecución de acciones y prestaciones como la participación en la definición de éstas.

**Enfoque territorial:** Apunta al desarrollo de intervenciones locales que promueven la participación de la comunidad y consideran una serie de variables contextuales que pueden afectar sus resultados.

**Envejecimiento:** Proceso gradual e irreversible que se desarrolla durante el curso de vida –se inicia con el nacimiento y termina con la muerte– y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias.

**Envejecimiento activo:** Proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y calidad de vida.





## F

**Funcionalidad:** Capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social. Según su grado de funcionalidad, las personas mayores se pueden clasificar en sanos, frágiles y dependientes.

**Funciones cognitivas:** Son aquellas funciones y procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno. Entre estas funciones destacan: la atención, la percepción, la memoria, la orientación y el juicio.


## M

**Modelo de Salud Mental Comunitario:** Forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, intentando superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles. Pone énfasis en la persona que tiene una enfermedad mental grave y persistente, su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

## P

**Paranoia:** Comportamientos recurrentes en la enfermedad de Alzheimer caracterizado por pensamientos de sospecha, y desconfianza no basados en la realidad. Por ejemplo, pensar que el cuidador le ha robado algo.

**Persona mayor:** Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna de un determinado país, establezca una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los 65 años.



**Plan Nacional de Demencia:** Documento elaborado por el Ministerio de Salud que detalla la estrategia para abordar esta condición en los distintos niveles de salud, con el fin de reducir su impacto en el conjunto de la sociedad y mejorar la atención y la calidad de vida de las personas que viven con demencia y su entorno próximo.

## S

**Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Salud mental:** Capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medioambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, así como el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.



## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/).

(2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia: Datos y cifras [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

(3) Ministerio de Salud (Minsal). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>.

(4) Ministerio de Salud (Minsal). Plan Nacional de Demencia [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>.

(5) Rudin R, Ibbotson T. An Introduction to Journalism: Essential Techniques and Background Knowledge. Oxford: Elsevier; 2002.

(6) Allan S. News Culture. 3a ed. Maidenhead: Open University; 2010.

(7) Pellegrini S, Puente S, Porath W, Mujica C, Grassau D. Valor agregado periodístico. La apuesta por la calidad de las noticias. Santiago: Universidad Católica de Chile; 2011.

(8) Neuendorf K. The Content Analysis Guidebook. Thousand Oaks: Sage; 2002.

(9) Stempel G, Westley B. Research Methods in Mass Communication. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1981. Capítulo Content Analysis; p. 119-31.



(10) McCombs M. Setting the Agenda: The Mass Media and Public Opinion. Cambridge: Blackwell; 2004.

(11) Morlachetti, A., Guzmán, J.M. & Cuevas, M. (2007). Estrategias para abogar en favor de las personas mayores. En serie 75 Población y Desarrollo (Cepal). Santiago: Naciones Unidas.

(12) Ministerio de Salud (Minsal). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

(13) Ministerio de Salud (Minsal). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28\\_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA\\_DIGITAL.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf).

(14) Caro S, Gascón S. Modelos que facilitan la articulación y la participación efectiva de las personas mayores. En Diplomado semipresencial con enfoque en derechos humanos de las personas mayores. 2019. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

(15) Organización Mundial de la Salud (OMS). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]; 2002. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1).

(16) Budinich M. Demencias y deterioro cognitivo [Internet]; 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e8b519dec439721ae040010164012333.pdf>

(17) Slachevsky A, Fuentes P, Javet L, Alegría P. Alzheimer y otras demencias; 2009. Navarra: Gráficas Lizarra S.L.

(18) González S. Principios generales de las funciones cerebrales y la plasticidad cognitiva; 2018. Santiago: Universidad Católica de Chile.



(19) Alzheimer's Disease International. Conozca los rostros del Alzheimer. Lo que necesitas saber de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines; 2011 [Internet]. Disponible en: [https://www.alz.co.uk/adi/pdf/knowthefaces\\_es.pdf](https://www.alz.co.uk/adi/pdf/knowthefaces_es.pdf)

(20) Forjaz MJ, Rodríguez-Blázquez C, editores. Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas; 2015. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Ministerio de Economía y Competitividad.

(21) Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement.* 2018;14(3):367-429.

## VI. ANEXOS

**ANEXO 1:** Medios monitorizados por Litoral Press en los que se encontraron publicaciones.

<b>Categoría</b>	<b>Nombre del medio</b>
Diarios de cobertura nacional	El Mercurio Hoy x Hoy La Cuarta La Segunda Las Últimas Noticias
Diarios de cobertura regional	
Región de Arica y Parinacota (XV)	La Estrella de Arica
Región de Antofagasta (II)	La Estrella de Iquique El Mercurio de Antofagasta
Región de Coquimbo (IV)	El Día de La Serena El Ovalino
Región de Valparaíso (V)	La Región El Líder de San Antonio La Estrella de Valparaíso
Región de O'Higgins (VI)	El Rancagüino El Tipógrafo
Región del Maule (VII)	La Prensa de Curicó El Llanquihue de Puerto Montt
Región de los Lagos (X)	El Magallanes
Región de Magallanes (XII)	La Prensa Austral
Revistas	Revista Ya - El Mercurio Revista Nueva Mujer - Publimetro Revista Cosmopolitan
Radios de cobertura nacional	Radio Bío Bío Radio Concierto Radio El Conquistador Radio Sonar



Canales de TV de cobertura nacional      24 Horas  
Chilevisión  
CNN Chile

---

Canales de TV de cobertura regional  
Región de Magallanes (XII)      TVN Red Austral

---

Medios online      2.280 portales, incluyendo sitios web de los medios señalados y otros de cobertura regional o local. Se encontraron publicaciones en los siguientes 40 sitios:

- ADN
- Agricultura
- AricaMia
- Bío Bío
- Blog El Mercurio
- Cambio 21
- Canal 13
- ChilenaUp
- Cooperativa
- Diálogo Sur
- Economía y Negocios (El Mercurio)
- El Calbucano
- El Ciudadano
- El Líder
- El Tipógrafo
- Emol
- Entérate Hoy
- Fayerwayer.com
- Fotech.cl
- Gran Valparaiso
- ITV Patagonia
- La Cuarta
- La Estrella de Arica
- La Estrella de Iquique
- La Prensa Austral



La Tercera  
Marga Marga Online  
Mega  
Nostálgica  
Patagoniad  
Poder y Liderazgo  
Polar  
Red Biobio  
Red Maule  
Red O´Higgins  
Red Valparaíso  
Soy Chile  
Soy Puerto Montt  
The Clinic  
The Times Chile

---

Nota 1: El único medio excluido del marco muestral fue el Diario Oficial, pues no es un medio periodístico.

Nota 2: En el caso de los diarios, la monitorización de Litoral Press incluye a sus suplementos y revistas.

Fuente: Guía de Medios 2019 (Litoral Press).

Nota 3: Las regiones o zonas que no son mencionadas en esta tabla corresponden a aquellas en las cuales no se encontraron casos.

---



## ANEXO 2: Días con los cuales se construyó la muestra

Período	Días
Semana construida 1	domingo 15 de julio de 2018 viernes 10 de agosto de 2018 miércoles 5 de septiembre de 2018 lunes 1 de octubre de 2018 sábado 27 de octubre de 2018 jueves 22 de noviembre de 2018 martes 18 de diciembre de 2018
Semana construida 2	domingo 13 de enero de 2019 viernes 8 de febrero de 2019 miércoles 6 de marzo de 2019 lunes 1 de abril de 2019 sábado 27 de abril de 2019 jueves 23 de mayo de 2019 martes 18 de junio de 2019
Hito 1: Día Mundial del Alzheimer*	jueves 20 de septiembre de 2018 viernes 21 de septiembre de 2018* sábado 22 de septiembre de 2018
Hito 2: Día Mundial de la Salud Mental*	martes 9 de octubre de 2018 miércoles 10 de octubre de 2018* jueves 11 de octubre de 2018
Hito 3: Lanzamiento Plan Nacional de Demencias*	Domingo 29 de octubre de 2017 Lunes 30 de octubre de 2017* Martes 31 de octubre de 2017

Nota 1: Siguiendo el procedimiento estándar para muestro sistemático, se dividió el total de días del año (marco muestral: 365) por la cantidad de días que se desea que tenga la muestra (14), lo que determinó el n como 26,07. En consecuencia, el primer día de la primera semana construida fue sorteado entre los primeros 26 días del año, y a partir de él se aplicó un salto sistemático cada 26 días.





