



FACULTAD DE COMUNICACIÓN

GRADO EN PERIODISMO

**El cáncer en el programa de TVE *Saber Vivir* en el
periodo 2014-2017: un análisis de contenido**

Trabajo Fin de Grado presentado por Cristina García Salguero, siendo tutor el profesor J. Miguel Alcívar Cuello.

Fdo:

Sevilla, 15 de junio de 2018

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
2. INTRODUCCIÓN	3-4
3. MARCO TEÓRICO	5-34
3.1. <u>La influencia social de los medios de comunicación: la televisión</u>	5-15
3.1.1. <i>La producción televisiva: programas y estrategias de comunicación</i>	6-15
A) Los programas de divulgación científica. <i>Saber Vivir</i>	7-15
a.1) <i>Saber Vivir</i>	10-13
B) Estrategias de comunicación	14-15
3.2. <u>La comunicación de la salud. La información oncológica: una visión de la situación actual en España</u>	16-22
3.2.1. <i>La información sobre el cáncer en los medios de comunicación</i>	17-22
3.3. <u>Entender el cáncer</u>	22-33
3.3.1. <i>Descripción de la enfermedad</i>	22-25
3.3.2. <i>Tipología y causas</i>	25-30
a) <i>Tipología</i>	25-26
b) <i>Causas</i>	26-30
3.3.3. <i>Pruebas diagnósticas</i>	30-31
3.3.4. <i>Tratamientos</i>	31-34
4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	34
5. METODOLOGÍA	35-37
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38-57
7. CONCLUSIONES	58-60
8. BIBLIOGRAFÍA	61-66
9. ANEXOS	67-74

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Resumen: Este estudio pretende analizar el tratamiento informativo del cáncer en el programa de divulgación científica emitido por Televisión Española, *Saber Vivir*, mediante el análisis de los reportajes y las entrevistas emitidas entre los años 2014 y 2017, ambos inclusive. En total, se han analizado 80 piezas periodísticas, entre las que predominan los reportajes. Para analizarlas, hemos empleado una ficha de elaboración propia en la que nos hemos centrado en los aspectos que hemos considerado más importantes, relacionados directamente con los objetivos específicos que persigue esta investigación: las estrategias comunicativas, las fuentes de información y los aspectos sobre el cáncer que se han tratado en las piezas periodísticas para, así, determinar su cobertura en cuanto a contenido. Además, también nos ha parecido interesante resaltar el tiempo dedicado por el programa a tratar la información oncológica en relación a la duración total del espacio. Entre los distintos resultados obtenidos, es significativo que la cobertura del cáncer ha ido disminuyendo cada año, tanto el tiempo como el número de programas dedicados a la enfermedad. Por tanto, esto puede poner en duda que el programa cumpla con su función de servicio público.

Palabras clave: cáncer; ciencia; divulgación científica; información oncológica; medios de comunicación; pacientes y familia; *Saber Vivir*; televisión.

2. INTRODUCCIÓN

El tema de la investigación es la presencia del cáncer en el programa de Televisión Española, *Saber Vivir*. Concretamente, en las piezas audiovisuales emitidas entre los años 2014 y 2017. El interés por el objetivo que persigue esta investigación surge, principalmente, de tres cuestiones: la responsabilidad que tienen los medios de comunicación, en general, por su influencia social; el compromiso que tienen los medios de comunicación públicos, en particular, de servicio público; y las necesidades informativas de los pacientes con cáncer. De ahí nace el objetivo de analizar el tratamiento informativo del cáncer en *Saber Vivir*, a través de reportajes y entrevistas; ya que, actualmente, es el programa de divulgación científica más importante y antiguo de nuestro país.

Esta investigación se ha elaborado en la etapa final de la formación universitaria del Grado en Periodismo. El hecho de elegir esta enfermedad para elaborar el trabajo final y, con él, cerrar dicha etapa surge, especialmente, por la cercanía con este padecimiento y la empatía hacia aquellas personas que estén atravesando la enfermedad o hayan sufrido la misma, con o sin éxito. La metodología de estudio aplicada intentará responder a las preguntas de investigación planteadas y ofrecer una visión actualizada de la información oncológica en España.

Estudios llevados a cabo sobre la divulgación de la salud en la televisión pública, (De Semir 2003; León 2004) concluyen que la información sobre salud en España tiene muchos déficits y tiende a convertirse en espectáculo. Otros estudios, centrados especialmente en la información oncológica ofrecida por los medios de comunicación españoles (De la Serna 2006; González 2015; Cano, Portalés y Llorca, 2017), consideran que se trata de una información superficial y vaga, inexacta en muchas ocasiones, basada en rumores y con poca evidencia científica. Refiriéndose, concretamente, a *Saber Vivir* argumentan que no cuenta con un comité editorial de expertos a pesar de tener en sus programas médicos especialistas que participan periódicamente. Sin embargo, a pesar de todas estas consideraciones, no existe ningún estudio que se haya centrado en analizar la información oncológica que ofrece este programa.

En el presente trabajo de investigación hemos abordado, en primer lugar, la influencia que tienen los medios de comunicación en la sociedad, centrándonos en el formato televisivo y profundizando en los géneros, contenidos y estrategias discursivas. Hablamos de los programas de divulgación científica en nuestro país y profundizamos en *Saber Vivir* para conocer la historia del programa, su funcionamiento y la evolución del mismo a lo largo de sus 22 años de emisión. También nos detenemos en la información oncológica y contextualizamos la enfermedad: qué es el cáncer, sus causas, cómo diagnosticarlo y los tratamientos. A partir de esta contextualización, hemos centrado nuestro estudio en analizar la presencia del cáncer en el programa, ya que es el tema que más le interesa a la sociedad dentro del ámbito sanitario, como revelan los resultados de la última edición del *Informe Quiral* (2011). Para ello, hemos definido cinco preguntas de investigación conforme a nuestro objetivo principal, a las que respondemos mediante un análisis de contenido.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La influencia social de los medios de comunicación: la televisión

Los medios de comunicación tienen un fuerte impacto en la sociedad por “la difusión y consolidación de las imágenes de realidad” (Wolf, 1994). Fue a partir de la década de 1970 cuando se produce un cambio conceptual con respecto a la influencia de los medios de comunicación, al abandonarse la idea de “impacto limitado” en pro de la tesis del impacto fuerte y duradero en el tiempo (Wolf, 1994). Esta perspectiva se consolida gracias a nuevos modelos dentro del ámbito de estudio de los medios: la espiral de silencio, la teoría del *knowledge-gap* y la teoría del cultivo.

El papel que desempeñan en la sociedad es insustituible, porque “crean la cultura y el ambiente simbólico y cognoscitivo en el que el individuo vive [...]” (Schulz, 1987). Es decir, crean el clima de opinión. Así, se establece una relación de interdependencia entre los medios de comunicación y los individuos porque ambos sistemas se complementan. Dentro de la cual, se distinguen tres tipos: dependencia cognitiva, en la orientación y en la actividad de ocio.

Partiendo de la base de que “todo medio de comunicación supone, en mayor o menor medida, una herramienta de difusión masiva de información y contenidos” (del Valle y Salgado, 2016), podemos afirmar que también desempeñan cierta labor formativa porque a través de ellos se “promueven nuevos valores sociales apoyando una evolución en los comportamientos en base al nuevo orden social”. De esa forma, asumen competencias que tradicionalmente llevaban a cabo las instituciones (entorno, familia, instituciones educativas o formativas, etc.) contribuyendo al desarrollo y a la formación de los individuos y de su conocimiento, así como de los valores que consideran propios, más allá de la educación estrictamente reglada que hayan recibido. En este sentido, la televisión desempeña un papel muy importante porque, como señala Wolton (1997), no se limita a representar la realidad social, sino que ayuda a construirla, gracias a que tiene como característica principal la capacidad de unir las experiencias individuales y las colectivas. Por tanto, como sostiene Manzano (2016), la televisión favorece un tipo de comprensión que se apoya en imágenes visuales, desarrollando actitudes distintas a las aprendidas con la comunicación verbal, lo que la convierte en uno de los medios con mayor influencia en la dinámica social.

La televisión es el medio de comunicación que ha marcado la segunda mitad del siglo XX: se ha introducido en los hogares como un miembro más y su presencia ha modificado la manera de ver e interpretar el mundo. Funciona como una ventana al exterior. Fue la aparición del cine, en 1898, la que inició una transformación cultural que llevó a los medios impresos a perder su hegemonía tradicional, dando lugar a un juego de supervivencia que se mantiene hasta nuestros días. Su éxito se debe al poder que tiene la imagen, que “condiciona clarísimamente el mensaje y la eficacia del resultado” (Llorente, 1999). Como sostiene Villagrasa (2011), la televisión ha creado una forma diferente de socialización y de formación social en la que se establece una cohesión de grupo gracias a los contenidos de los programas que, a su vez, se convierten en fuentes de información cotidiana y en referentes de opiniones y modos de vida.

3.1.1. La producción televisiva: programas y estrategias de comunicación

Podemos afirmar, siguiendo las consideraciones de Del Valle y Salgado (2016), que el simple hecho de trabajar en televisión ya conlleva una responsabilidad para con la sociedad. Esto es porque

existe un (muy) alto porcentaje de personas con una cultura relativa, con dudosa preparación, formación y/o educación. Y es, justamente, a estas personas a quienes más les afectan [...] ciertos programas de televisión, sus protagonistas, su visión de la vida y sus actuaciones.

Del mismo modo que la industria en general se ha ido reinventando a lo largo de los años impulsada por cambios, modas y avances tecnológicos, la industria audiovisual ha ido desarrollando multitud de formatos para satisfacer al público. Estos, se diferencian, principalmente, por el presupuesto del que se dispone para su producción y por el público al que se dirigen.

En televisión, independientemente del tema a tratar, los géneros más empleados son la entrevista y el reportaje. Por una parte, a su vez, van a surgir diferentes formatos de entrevistas. No obstante, a través de este género lo que se pretende es colaborar, corroborar o profundizar en los temas que se estén tratando en un programa concreto. Además, el contenido y el tono de la misma se adaptan al público. Distinguimos la entrevista en directo, la cual requiere mayor cuidado y especial atención porque no permite una rectificación *a posteriori*; y la entrevista en diferido, que otorga mayor libertad gracias a su posibilidad de postproducción. A diferencia de lo que sucede con la

entrevista escrita, en televisión es muy difícil hacer un montaje tergiversador porque la imagen registra y enseña el comportamiento no verbal. Tú estás viendo y oyendo al personaje: ves cómo se expresa y cómo va vestido; oyes su entonación y los silencios. Mientras que, en el papel la descripción y los matices corren a cargo del periodista (Torán, 1982).

Por otra parte, ha aumentado el uso del reportaje, ya que es un formato que permite disponer del tiempo necesario para contar una historia o cubrir una información. “El reportaje insiste en el qué, quién, cómo y por qué de los hechos más que en otras circunstancias” (citado en Moreno, 2003, p.276). Además, se nutre de la entrevista. No obstante, se ha desarrollado una forma específica de reportaje en el ámbito televisivo: “el gran reportaje, que se presenta en programas especiales de análisis y síntesis de la realidad social” (Moreno, 2003). El uso de este formato ha favorecido especialmente a la información sobre salud, ya que dentro de la gran variedad temática que abarcan los medios de comunicación es importante destacar que funcionan como transmisores de conocimiento científico y, además, se han convertido en una pieza fundamental para la configuración de una cultura científica y médica en la sociedad.

Así lo corroboran los resultados obtenidos en las encuestas realizadas por el Eurobarómetro¹ “Europeos, ciencia y tecnología”² en el año 2001, que revelan que la información científica suscita el interés del público general, siendo el 45% de los europeos los que se declaran interesados en las cuestiones científicas. Además, también confirman que la televisión es la principal fuente de información sobre ciencia y tecnología para la mayoría de los ciudadanos. Concretamente, el 60,3% de los europeos “prefieren ver programas de televisión sobre ciencia y tecnología antes que leer artículos sobre ese tema”.

A) Los programas de divulgación científica. *Saber Vivir*

El interés social por entender las cuestiones científicas podemos situarlo a partir de los siglos XVII y XVIII, época en la que los individuos comienzan a cultivarse motivados por su propia curiosidad. Es en este contexto cuando surge la divulgación científica: a partir de la demanda de un nuevo lenguaje que permita a los individuos acceder y

¹ En este estudio se analizan las opiniones de la población europea respecto a diferentes campos de investigación planteados en una encuesta. A partir de la comparativa de los resultados se determinan las opiniones, percepciones y actitudes de la ciudadanía española.

² Se puede consultar en: <https://ec.europa.eu/research/press/2001/pr0612en-report.pdf>

comprender los resultados de la ciencia sin conocer sus bases. Siguiendo a Coca y Valero (2010), la divulgación científica es una forma de comunicar la ciencia, “pero no una cualquiera” (p.68), sino que se diferencia de otras formas porque adapta el mensaje completamente al receptor, ya sea esta la sociedad en general o algún sector especializado. Es una herramienta necesaria para hacer posible la propagación de la información a través de las generaciones (Cortinas, 2011), así como la comunicación o la difusión.

Raichvarg y Jacques (citado en Bienvenido, 2002, p.72) definen el siglo XIX como la edad de oro de la divulgación científica, porque durante ese periodo tuvieron lugar numerosos cambios importantes, entre los que destaca que comenzaron a ser los periodistas los encargados de desempeñar la tarea divulgativa dejando a los científicos en un segundo plano. Además, fue también en ese siglo cuando surgieron las primeras publicaciones en la prensa con un propósito claramente divulgativo, como la creación de *Scientific American*, hace 172 años, y que continúa publicando en nuestros días.

A pesar de que la prensa va a ser el medio más utilizado, la aparición del cine en la década final del siglo favoreció la divulgación de la ciencia, ya que a través de la imagen se pueden registrar fenómenos que resultan imperceptibles para el ojo humano. Por tanto, “[...] con los medios audiovisuales, el científico puede acceder a un conocimiento más profundo de la realidad” (Bienvenido, 2002, p.73). El género más utilizado fue el documental, el cual experimentó un fuerte impulso conforme la televisión se fue popularizando una vez finalizada la II Guerra Mundial. Uno de los programas científicos con mayor renombre internacional de todos los tiempos que podemos citar es *Horizonte*, emitido por la BBC2.

En los últimos años, según afirma Bienvenido (2002), han aumentado los programas relacionados con cuestiones científicas gracias, especialmente, a la multiplicación de las cadenas de televisión y a su distribución internacional a través de redes de cable y plataformas de televisión por satélite.

Si bien es cierto que la mayor parte de estos espacios se concentra en canales especializados o en las franjas de menor audiencia de las cadenas generalistas, parece indudable que la televisión, en su conjunto, nunca había mostrado tanto interés por la ciencia. En décadas anteriores, los asuntos científicos habían tenido mayores dificultades para llegar hasta las parrillas de programación, aunque desde un primer

momento existieron programas que consiguieron realizar con éxito el difícil cometido de divulgar la ciencia (p. 70).

En televisión, “los programas divulgativos, documentales y educativos se han situado casi siempre en la esfera de los programas de servicio público” (Villagrasa, 2001, p.194). Esto se debe a que “el servicio público radiotelevisivo es el ente que, por ley, debe atender a las necesidades de información, cultura, educación y entretenimiento de la ciudadanía” (Cano et. al., 2017, p.202). Actualmente,

los programas divulgativos suelen adoptar el formato de producción en estudio con entrevistas y reportajes. El objeto básico de estos espacios es el de informar, de forma ágil y amena, de contenidos especializados, mezclando la actualidad con aspectos relacionados con la temática. El programa divulgativo dispone de un espacio propio y regular en la programación, muy diferente de los microespacios de divulgación que se puedan injertar en los magazines o los *talk shows*. [...] Suelen tener una duración de 30 o 60 minutos por entrega y pueden abordar cualquier tipo de contenido específico: cocina, salud, arte, cine y espectáculos, cultura, libros, ciencia, viajes, tendencias, bricolaje, nuevas tecnologías, manualidades (Villagrasa, 2001, p.194).

Salvo excepciones, tienen mala cabida en las parrillas de las televisiones y su presencia ha ido disminuyendo en las cadenas generalistas. Como afirma este autor, la ausencia de este tipo de programas, cada vez más notable, se debe a la actual y feroz competencia por captar audiencias, que lleva al medio a perder su objetivo de servicio público.

En España, RTVE es el ente encargado de gestionar el servicio público de radio y televisión mediante dos filiales: Televisión Española (TVE), para el formato audiovisual; y Radio Nacional de España (RNE), para el radiofónico. Respondiendo a su compromiso de servicio público, entre los principios básicos de su programación incluye “promover el conocimiento de las artes, la ciencia, la historia y la cultura, recogido en el Art.3 de la ley 17/2006, de la radio y la televisión de titularidad estatal” (citado en Cano et. al., 2017, p.205). Desde sus orígenes, ha incluido programas de divulgación científica en su parrilla de programación, “siendo catalogados [...] como hitos en la historia de la divulgación televisiva: *El hombre y la tierra*, *Cosmos* o *3, 2, 1...Contacto*” (Cano et. al., 2017, p.205). Actualmente, *Saber Vivir* es el programa de divulgación científica más popular y antiguo de nuestro país, siendo emitido, además, en una cadena de servicio público.

a.1) Saber Vivir

I. Descripción del programa:

“*Saber Vivir* es heredero natural de *Más vale prevenir*, dirigido y presentado por Ramón Sánchez Ocaña [...]” (Cano et. al., 2017, p.212). Comenzó su emisión el miércoles 8 de enero de 1997 bajo la dirección y presentación de Manuel Torreiglesias. Durante su primera temporada el equipo estuvo compuesto por: el doctor Luis Gutiérrez, la nutricionista María José Rosselló, el cocinero Sergio Fernández y el periodista Fernando Ónega. En el año 2009, Manuel Torreiglesias fue destituido por incumplir las normas establecidas por la cadena en cuanto a la inserción de espacios de publicidad y, tras su destitución, el programa dejó de ser independiente y pasó a formar parte del magacín matinal *La mañana*. Este fue uno de los cambios introducidos en *Saber Vivir* a raíz de lo sucedido, momento en el que RTVE anunció en su web que sería “potenciado con nuevas ideas”³.

La sustitución de Torreiglesias puso al frente del mismo a Mariló Montero, que presentó el programa hasta el año 2016. Además, también se modificó la estructura con secciones distintas, las cuales explicaré en el siguiente apartado. No obstante, la apuesta de TVE por la nueva presentadora no trajo consigo los cambios esperados. Desde su incorporación, algunas de sus afirmaciones han provocado escándalos y han puesto en duda el rigor científico de la información. Un ejemplo es la afirmación que realizó en el programa del día 21 de enero de 2015, donde afirmó que el cáncer puede curarse mediante aromaterapia: “Coja el limón o la naranja. Ahora acérqueselo a la nariz, lo puede oler incluso (mientras se acerca el cítrico a su nariz). Bueno, pues el aroma de limón puede prevenir el cáncer”⁴.

Se basó en un estudio publicado en la página web *Medical Press*, según el cual un componente del limón podría impedir el crecimiento de células cancerosas. Pero, realmente, el estudio no se había llevado a la práctica por lo que no estaba basado en ningún ensayo clínico. El calado que tuvieron sus palabras en la sociedad la llevó a justificarse en uno de los programas posteriores, en el que dedicó unos minutos a

³ Se puede consultar en: <http://www.rtve.es/television/20090507/tve-sustituye-torreiglesias-como-responsable-saber-vivir-garantiza-continuidad-del-programa/275876.shtml>

⁴ Citas extraídas del programa. Puede verse en: <http://magonia.com/2015/02/27/marilo-montero-limones-y-cancer-breve-historia-de-una-manipulacion-periodistica/>

explicar la base de sus afirmaciones⁵. No obstante, esto no fue suficiente y TVE se vio obligado a emitir un comunicado⁶ para dar la cara.

Desde que Mariló Montero dejase *Saber Vivir* y hasta la incorporación de Macarena Berlín⁷ en septiembre de 2017, estuvo al frente María Casado. Nuevamente, TVE anunció en su web “una nueva andadura con Macarena Berlín”, en la que apostaban “por la información y la prevención desde un punto de vista cercano, entretenido y comprensible”. También han sido muchos los profesionales médicos que han pasado por el mismo. Actualmente, y desde el año 2009, cuenta con la colaboración de Ana Bellón y de Luis Miguel Benito de Benito, además de la intervención periódica de Lucía Galán y el doctor Romero, desde el pasado año 2017.

Todos los cambios que se han ido introduciendo también se han visto reflejados en la duración del espacio. Desde sus comienzos y hasta 2016, su duración se correspondía a una hora, a excepción del año 2014, en el que tenían una duración de entre 45-50 minutos aproximadamente. A partir del año 2016, la duración del espacio se establece en 30 minutos. No obstante, a pesar de todos los cambios, su emisión se ha mantenido inalterable desde sus comienzos: de lunes a viernes no festivos con público en directo.

En el informe⁸ publicado en el año 2007 con motivo de su aniversario, *Saber Vivir 2000 días a tu lado*, el programa se define como “un espacio útil de servicio público” gracias a “cuatro pilares: la labor educativa desarrollada [...], la autoridad [...] representada por cada uno de los especialistas que intervienen [...], la participación directa de la audiencia [...] y el compromiso asumido por el programa [...]”. Su vocación de servicio público ha querido reflejarla, además, siendo partícipe de numerosas iniciativas: en unos casos, mediante la difusión de campañas y proyectos del ámbito sanitario (planes de vacunación, campañas de donación, etc.) y, en otros, atendiendo por iniciativa propia situaciones de riesgo y grave necesidad. Como reconocimiento a su labor social, ha recibido en torno a 36 premios hasta la fecha. Además, otro dato a tener en cuenta es

⁵ Puede verse en: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-manana/marilo-aclara-su-comentario-sobre-limon-cancer/2984103/>

⁶ Puede consultarse en: <http://www.rtve.es/rtve/20150218/comunicado-del-espacio-tve-saber-vivir/1100601.shtml>

⁷ Entrevista a Macarena Berlín sobre su incorporación a *Saber Vivir*: <http://www.formulatv.com/videos/15739/macarena-berlin-saber-vivir-parece-regalazo-no-sentir-presion-algo-negativo/>

⁸ Se puede consultar en: <http://www.rtve.es/files/1013-924-FICHERO/SaberVivirDossier.pdf?download=1>

que su cuota de pantalla ha crecido en el último año hasta alcanzar el 8,6% con 272.000 espectadores (su mejor dato desde 2014).

II. Secciones y formato típico

El programa ha ido variando su estructura en función de los cambios que ha ido experimentando. No obstante, desde un primer momento ha mantenido el mismo formato: se trata de un programa que responde a los llamados “Advice programs” o programas de consejos, dentro de la clasificación establecida por Lehmkuhl et al. (citado en Cano et. al., 2017, p.209). En cuanto a sus secciones, en un primer momento estaba dividido en tres:

- “La consulta”. Por esta sección pasaban los médicos especialistas con mayor renombre y autoridad que trabajan en los centros médicos de nuestro país. En ella, se resolvían las consultas del público y se explicaban los tratamientos existentes para tratar cualquier tipo de trastorno, tanto físico como mental. Además, incluía la participación del médico de atención primaria que colaborase en el programa.
- “Consultorio de nutrición y cocina”. Esta sección estaba destinada a orientar sobre el consumo de alimentos (de la mano del experto en nutrición) y sobre la manera más adecuada de sacarle el máximo partido a la cocina (con la participación de un cocinero).
- “El termómetro de la vida”. Dirigida por el periodista Fernando Ónega, en la que se centraba en algún acontecimiento de actualidad con alto interés humano.

Cuando el programa pasa a ser una sección de *La mañana*, su estructura pasa a ser más flexible: la presentadora y la doctora que colabora periódicamente introducen el programa mediante una serie de preguntas que revelan el contenido que se va a tratar. Después, se da paso a los invitados y se inicia un primer contacto en una mesa de debate. Cada episodio se centra en un tema médico desarrollado en profundidad. Es decir, se abarcan distintas cuestiones todas relacionadas con un mismo tema.

Por otra parte, encontramos tres subsecciones diferenciadas: *Es noticia*, dedicada a varias noticias de actualidad, especialmente relacionadas con el ámbito sanitario, pero también incluye otras de temática más general; *La Farmacia*, en la que recomiendan fármacos relacionados con la patología que tratan en cada programa; y *La Dieta*, en la

que la médica colaboradora en el espacio dedica unos minutos a hablar de las propiedades de los alimentos y de cómo funcionan en nuestro organismo. Pero estas secciones no se mantienen diferenciadas y permanentes en todos los programas, sino que aparecen, desaparecen y se combinan cambiando continuamente la estructura del mismo.

Desde la incorporación de Macarena Berlín y hasta la actualidad, cada episodio abarca varias cuestiones que no tienen por qué girar todas en torno al mismo tema. Por tanto, no destinan todo el tiempo a una misma temática, sino que reparten el tiempo que dura la sección para hablar sobre distintos asuntos. Los temas o puntos que se van a tratar aparecen resumidos en la cabecera al principio del programa. Además, a diferencia de periodos anteriores, no cuenta con subsecciones dentro de la misma.

III. Productos derivados del programa

Saber Vivir ha dado lugar a una línea de productos derivados mediante los que pretende mantener el contacto con el público y continuar y ampliar la información que ofrece. Estos son:

- “Club Gente Saludable”. Creado el 20 de enero de 2005. Como afirma el informe *Saber Vivir 2000 días a tu lado*, “su finalidad es ser una continuidad útil del programa fuera de la pantalla [...]”. Cada socio, de manera mensual, recibe en su domicilio un periódico sobre bienestar y calidad de vida, una ficha de salud y un díptico con ofertas y servicios exclusivos para los socios o con precios especiales. También ofrece un número de teléfono para consultas atendido por médicos colegiados, además de poner a disposición una página web.
- Revistas mensuales: *Muy saludable* o *Línea saludable*.
- Libros: *¡Puedo adelgazar! 7 kilos y 3 tallas menos en tres meses sin medicamentos*; *Para ir como un reloj*; *Ya no me duele la cabeza. Cómo se alivian las cefaleas*; *Las hierbas de la salud. Remedios para padecimientos comunes*; *Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad*; *La cocina de saber vivir*; *Para salir de dudas*; *Me duelen los huesos, doctor*; *Para que no te enferme el corazón*; *Adiós tristezas* y *Todo para la diabetes*.

B) Estrategias de comunicación

Ramahí et al. (2016) afirman que, actualmente, parece haberse convertido en una estrategia recurrente en la comunicación en salud, en general, construir o adecuar los mensajes a un contexto de entretenimiento en los que se integran los objetivos de comunicación. El inicio de esta tendencia en el ámbito sanitario, Meltzer lo sitúa en el año 1994 (citado en del Valle y Salgado, 2016, p.585) cuando se produjeron y distribuyeron en Francia cortometrajes de ficción para informar y prevenir sobre el SIDA, en los que se aglutinó por primera vez educación en salud y entretenimiento. Esto sucede porque la forma en la que se usa el sistema comunicativo ejerce mayor influencia social que el propio contenido. No obstante, el equilibrio entre información y espectáculo siempre va a depender del peso que el periodista le conceda a cada uno de los componentes (Alcíbar, 2004).

Luzón (2013), afirma que los investigadores actuales de la comunicación pública de la ciencia rechazan el concepto de “popularización” como sinónimo de “traducir” el discurso especializado para que pueda ser comprendido por una audiencia no especializada. En esta perspectiva, el público se considera pasivo e ignorante y la popularización se entiende como la simplificación del mensaje. En contraposición, defienden la popularización como la recontextualización discursiva, de tal manera que el público pueda interpretarlo e integrarlo en sus conocimientos.

[...] La popularización de la ciencia en los medios no es un simple mecanismo de traducción entre diferentes niveles lingüísticos, sino una forma de recontextualizar algún aspecto del conocimiento o de la práctica científica. Por esta razón cuando un ciudadano adulto lee, por ejemplo, un artículo en la prensa sobre la clonación humana, no solo lo hace para enriquecer su bagaje cultural [...], sino que lo hace sobre todo para informarse de las repercusiones y las consecuencias sociales y culturales que tiene [...]
(Alcíbar, 2004, p.45).

Para conseguir una recontextualización efectiva, se utilizan distintas estrategias retóricas y discursivas para comunicar e involucrar al público a partir de diferentes géneros y formatos. De esta forma, se cumple la función principal de la divulgación científica a través del periodismo, cuyo objetivo prioritario no es educar al público ni transmitir conocimientos científicos, sino como afirma Alcíbar (2004) “hacer circular socialmente la ciencia, estimulando con ello la curiosidad y el asombro, y fomentando la capacidad crítica y el debate sobre los asuntos controvertidos con implicaciones sociales” (p. 48).

Luzón (2013), a partir de un análisis en el que estudia las estrategias discursivas utilizadas por los *bloggers* en los blogs científicos para comunicar la ciencia, distingue distintos recursos que van dirigidos a adaptar la información y otros a involucrar a los receptores. Basándonos en su clasificación a partir de su análisis, hemos adaptado dichas estrategias y recursos al formato audiovisual, en el que diferenciamos entre:

- 1) Estrategias para adaptar la información, mediante las que se pretende adaptar la información a la supuesta base de conocimientos de los receptores. En su estudio, Luzón distinguía siete recursos. Nosotros hemos establecido cuatro:
 - Explicación de términos y conceptos técnicos. Consiste en hacer comprender a los espectadores términos y conceptos con los que no están familiarizados.
 - Reformulación de la información, evitando utilizar acrónimos y/o referencias a prácticas específicas. Es decir, volver a tratar una información ya elaborada utilizando otras palabras.
 - Comparaciones. Establecer relaciones, diferencias y/o semejanzas entre cuestiones.
 - Ejemplos. Frases, acciones u objetos usados para explicar, ilustrar o aclarar algo y mediante los cuales también se transmite información. Sobre todo, a través de los visuales.
- 2) Estrategias para involucrar al receptor, con las que se consigue crear un clima íntimo con el espectador potenciando el nivel de cercanía y confianza, al mismo tiempo que se les hace partícipes y constructores del discurso hasta el punto de permitirles expresar sus opiniones y sentimientos. Luzón diferenció doce recursos. Nosotros hemos considerado cinco:
 - Interacción con el público a través de las redes sociales y/o un número de teléfono de contacto. De esta forma se hace partícipes a los espectadores y se genera sensación de inmediatez.
 - Humor y anécdotas. Recursos que sirven para construir un discurso más informal.
 - Autorrevelación. Entendida como la manifestación de experiencias personales por parte de la presentadora y/o los especialistas médicos que intervienen periódicamente en el programa.
 - Lenguaje inclusivo. Uso de palabras y/o expresiones entendidas como un “nosotros”, un conjunto. De esta forma, se apela a los espectadores.

3.2. La comunicación de la salud. La información oncológica: una visión de la situación actual en España

El interés social por temas que tienen que ver con la innovación y el descubrimiento no solo se debe a la lógica curiosidad, sino también a la preocupación por la salud propia y por la de las personas cercanas (Semir, 1999). Esto ha dado lugar a que la información científico-médica-tecnológica tenga mayor presencia en los medios. Sin embargo, ese interés social no va unido a una sensación de estar bien informados por los medios de comunicación. Así lo confirma el Eurobarómetro realizado en el año 2001⁹, cuyos resultados revelan que dos terceras partes de los europeos encuestados se consideran mal informados. Por otra parte, los resultados del último Eurobarómetro¹⁰ (realizado nueve años después) muestran que la insatisfacción continúa: los ciudadanos europeos se sienten menos informados de lo que requiere su nivel de interés (solo el 11% declara estar muy bien informados y el 50% moderadamente informados). España, en este asunto, ocupa la vigésima posición con niveles inferiores en 11 puntos a la media europea (el 7% de los españoles se consideran muy informados y el 43% informados moderadamente), a pesar de que “la información de salud es uno de los picos más altos del consumo televisivo [...]”¹¹ y de que “[...] en España, la salud es un valor social muy apreciado [...]”¹².

Para entender la situación, hay que partir de la base de que el sistema mediático español está controlado por 7 grandes grupos empresariales¹³ y de que las empresas públicas de radio y televisión (nacionales, autonómicas y locales) son muy influyentes. Esta concentración de medios da lugar a una homogeneidad informativa que se traduce en la falta de diversidad en cuanto a contenido, lo que repercute directamente en el tratamiento del ámbito sanitario. Siguiendo a Revuelta (2006) y basándonos en la terminología médica, entendemos por qué se habla de unos temas sí y de otros no: se diferencian los temas que presentan un patrón “agudo” (mucha presencia en los medios en un breve periodo de tiempo) de los que presentan un patrón “crónico” (presencia

⁹ Se puede consultar en: <https://ec.europa.eu/research/press/2001/pr0612en-report.pdf>

¹⁰ Se puede consultar en:

http://rdgroups.ciemat.es/documents/69177/122473/E_Mu%C3%B1oz_2011_1224.pdf/5f4991d4-5b88-427c-9bfc-d5f763f098de

¹¹ Cita de una entrevista a Fran Llorente, antiguo director y editor del programa “La 2 Noticias” de RVE. Accesible en: <http://www.raco.cat/index.php/quark/article/viewFile/54777/66359>

¹² Cita de una entrevista a Fran Llorente, antiguo director y editor del programa “La 2 Noticias” de RVE. Accesible en: <http://www.raco.cat/index.php/quark/article/viewFile/54777/66359>

¹³ Ver tabla 1 (pág. 204): http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/04-salud_medios.pdf

discreta, aunque constante). El conjunto de estos temas (agudos y crónicos) son los que componen la “actualidad en salud”, que no tiene nada que ver con la realidad sanitaria, por lo que “no deben interpretarse como un espejo de la realidad” (p.207).

Un estudio realizado por esta autora, a partir de los datos obtenidos por el *Informe Quiral* del periodo comprendido entre los años 1997 y 2004, destaca el cáncer entre los temas “crónicos” tratados por los medios de comunicación españoles en cuanto a salud. Por otra parte, los datos de la última edición del *Informe Quiral* en estudiar el cáncer y su comunicación social (año 2011), vuelven a citar el cáncer como uno de los temas de interés constante en los medios de comunicación y en internet. Esto se debe a que es la segunda causa de muerte a nivel mundial. Así lo confirman los últimos datos recogidos por la SEOM¹⁴, correspondientes al año 2012, en el que identificaron en torno a 12 millones nuevos casos en el mundo. Además, a partir de índices poblacionales, estiman que en las próximas décadas el número de casos nuevos irá en aumento (en torno al 70%) alcanzando los 24 millones de casos aproximadamente en el año 2035.

Gráfico 1: Incidencia de tumores en la población mundial en el año 2012 (incluye ambos sexos)



Fuente: *Las Cifras del Cáncer en España* (2017)

España es uno de los países europeos en donde se diagnostican más tumores y en los que fallece un mayor número de personas por esta enfermedad: son la primera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres. Sin embargo, los índices de supervivencia se mantienen similares a los del resto de países europeos.

3.2.1. La información sobre el cáncer en los medios de comunicación

Desde los medios de comunicación se puede hacer una labor muy seria, ya que el hecho de que a la gente le preocupe de una forma tan clara el cáncer abre una gran ventana de oportunidades informativas y formativas (De la Serna, 2006, p.18); pero tan importante

¹⁴ Se refiere al informe anual realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica, *Las Cifras del Cáncer en España*, que recoge los datos de incidencia, prevalencia, mortalidad y supervivencia del cáncer en España. Se puede consultar en:

https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf

es educar en salud a cualquier edad, como saber a qué público nos dirigimos: a aquellos que no padecen la enfermedad y a aquellos que presentan un diagnóstico. En ambos sectores, los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental. Por una parte, tienen la responsabilidad de educar y crear una conciencia pública, como afirma Cortinas (2011), dotando a los individuos del “poder” que les permita

incidir sobre los factores causales para evitarlos, ya sea por acciones individuales (tratándose de agentes cancerígenos ligados al estilo de vida) o colectivas, en el caso de agentes que son liberados al ambiente o comercializados y cuyo control no depende de la población en riesgo. (p.139)

Y, por otra, la de responder a la demanda informativa de los afectados, ya que “uno de los déficits marcados de la atención oncológica es la de la falta de información que percibe el paciente y sus familiares” (De la Serna, 2006, p.19). Y es que, cada vez es más frecuente por parte de los pacientes la búsqueda de información adicional a través de otras fuentes informativas para satisfacer su situación de necesidad e incertidumbre (Ortega, 2014), lo que refleja cierto grado de insatisfacción con la información recibida. La televisión es la principal fuente a la que acuden los ciudadanos para informarse (pacientes y no pacientes), aunque el fenómeno de internet y las redes sociales le está ganando terreno.

A partir de un estudio en el que analizan las fuentes y las necesidades informativas de los pacientes con cáncer, Rutten, Arora, Bajos, Aziz y Rowland (2005) afirman que la información sobre la enfermedad otorga a los pacientes muchos beneficios: aumenta su nivel de participación en la toma de decisiones y su satisfacción con las opciones de tratamiento; mejora su capacidad para sobrellevar el diagnóstico, el tratamiento y las fases posteriores al mismo; reduce la ansiedad y las alteraciones del humor y favorece la comunicación con los miembros de la familia. Por tanto, llevar a cabo una comunicación efectiva es esencial para obtener resultados óptimos. Teniendo como base la tipología recogida en este estudio y a partir de una reelaboración propia, clasificamos la demanda informativa de los pacientes con cáncer en las siguientes categorías o tipos de información:

1. Información sobre prevención. Referida a cuestiones que expliquen y aconsejen a las personas sobre cómo pueden prevenir la enfermedad.

Hemos distinguido tres aspectos sobre los que se sustenta este tipo de información:

- 1.1. Nutrición
- 1.2. Ejercicio físico
- 1.3. Medidas de detección precoz
2. Información específica sobre el cáncer. Referida a información que ahonda explicando y tratando distintas cuestiones relacionadas con lo que es la enfermedad en sí., en donde distinguimos:
 - 2.1. Tipo de cáncer/naturaleza de la enfermedad
 - 2.2. Etiología
 - 2.3. Estadio y curso de la enfermedad
 - 2.4. Efectos físicos y síntomas de la enfermedad
 - 2.5. Riesgo de enfermedad en terceros
3. Información relacionada con el tratamiento. Alude a cuestiones relacionadas con la manera de combatir la enfermedad, para curarla o aliviarla.
 - 3.1. Manejo de los síntomas
 - 3.2. Tratamientos disponibles (entendido como opciones de tratamiento)
 - 3.3. Plan de tratamiento (descripción, información logística, pruebas y procedimientos relacionados con el tratamiento)
 - 3.4. Cómo funciona el tratamiento (objetivo)
 - 3.5. Efectos secundarios del tratamiento
 - 3.6. Cómo reducir los efectos secundarios del tratamiento
 - 3.7. Evolución durante el tratamiento
 - 3.8. Éxito del tratamiento
 - 3.9. Efectos de discontinuar el tratamiento
 - 3.10. Otros tratamientos: alternativos o complementarios
4. Información pronóstica. Referida a la predicción sobre la evolución de la enfermedad. Es decir, información sobre el curso, la duración y la curación de la enfermedad basada en criterios científicos.
 - 4.1. Esperanza de vida
 - 4.2. Tasas de supervivencia
 - 4.3. Posibilidad de recurrencia del cáncer (extensión de la enfermedad o metástasis)

- 4.4. Condicionantes de salud en el futuro y efectos en proyectos de vida
- 5. Información sobre rehabilitación. Se refiere a información sobre la manera de recuperar funciones y/o actividades que se hayan perdido a causa de la enfermedad.
 - 5.1. Cuidado personal durante la recuperación
 - 5.2. Tiempo de recuperación
 - 5.3. Efectos secundarios a largo plazo
 - 5.4. Cómo reconocer complicaciones después del tratamiento
 - 5.5. Dónde obtener suministros médicos necesarios
- 6. Información sobre cómo afrontar la enfermedad.
 - 6.1. Reacciones emocionales y psicológicas. Es decir, el modo de sentir, pensar y comportarse de una persona afectada por el cáncer.
 - 6.2. Información sobre grupos de apoyo emocional
 - 6.3. Información sobre apoyo espiritual
 - 6.4. Experiencias de otros pacientes
- 7. Información interpersonal/social. Referida a las comunicaciones, relaciones y/o vínculos que se establecen entre los pacientes y su entorno.
 - 7.1. Efecto en la familia, amigos o cuidadores
 - 7.2. Efecto sobre la vida social y ocio
 - 7.3. Efecto en la vida laboral
- 8. Información económica/legal.
- 9. Información sobre el sistema sanitario.
 - 9.1. Ensayos clínicos
 - 9.2. Avances científicos
 - 9.3. Calidad del servicio médico
 - 9.4. Atención médica
- 10. Información sobre sexualidad e imagen. Referida a los cambios en la relación de la pareja y a cómo el paciente puede sentirse atractivo y a gusto con su nueva imagen.
 - 10.1. Sexualidad
 - 10.2. Apariencia física

Algo a tener en cuenta es que la demanda informativa va evolucionando y cambiando a medida que avanzan los procesos de cuidado del cáncer. Al comienzo de la enfermedad

se va a demandar un tipo de información distinta a la que se demandará, por ejemplo, durante el tratamiento. En cualquier caso, para que la información ofrecida por los medios de comunicación sea lo más precisa posible es necesaria una colaboración entre científicos y periodistas, que trabajen en consonancia para evitar, como afirman Cano, Portalés y Llorca (2017): el sensacionalismo, alarmas sociales, falsas expectativas, publicidad encubierta y exceso de tecnicismos; porque, en esos casos, la información puede resultar perjudicial y provocar angustia e incertidumbre, tanto a los pacientes como a sus familiares. Por tanto, la información debe ser tratada desde el rigor y la veracidad (Montalar y Muñoz, 2006). Sin embargo, esto no siempre ocurre. Resulta habitual encontrar información sobre cáncer que induce a un exceso de optimismo o noticias con titulares mal expresados que echan por tierra el trabajo de los profesionales médicos. Esto evidencia una información sobredimensionada y con poco sentido científico.

Las informaciones más frecuentes sobre investigación en cáncer son aquellas relativas a avances que abren un posible camino para curar la enfermedad¹⁵ o la experimentación de fármacos en animales¹⁶. Al final, esta información llega a la opinión pública y genera esperanzas poco fundamentadas, pero la realidad es que es “la curación, la esperanza, lo que el público demanda como noticia a consumir y no la enfermedad y la fatalidad” (Montalar y Muñoz, 2006, p. 247). Esto es consecuencia de la connotación negativa que tiene la palabra “cáncer”, considerada durante mucho tiempo una palabra tabú.

Durante muchos años, el vocablo tenía un significado [...] peyorativo [...]. Nadie se moría de cáncer. Se fallecía de una “larga y penosa enfermedad”. Un eufemismo del que aún quedan vestigios que, aunque no son frecuentes, tampoco son tan raros. [...] Buena parte de la ciudadanía asocia esta patología a la seguridad de un sufrimiento prolongado y una muerte posible a corto o medio plazo. Existen todavía muchas ideas equivocadas sobre la enfermedad y quizá no ha calado suficientemente entre la población que el cáncer se puede curar en un porcentaje alto de los casos, se puede prevenir la mayoría de las veces y tiene un diagnóstico precoz en muchas ocasiones que lo hace curable [...]. La medicina, la Oncología, aún tienen pendiente una asignatura básica si se

¹⁵ Ejemplos: <http://www.publico.es/sociedad/cancer-colon-investigadores-barcelona-avanzan-cura-cancer-colon.html>

<http://www.salud180.com/salud-dia-dia/cientificos-encuentran-cura-contra-el-cancer>

¹⁶ Ejemplos: https://elpais.com/elpais/2018/04/05/ciencia/1522950741_774989.html
http://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-vacuna-persigue-cancer-y-capaz-curar-distintos-tipos-tumores-ratones-201801311856_noticia.html

quieren obtener resultados frente a los tumores malignos: elevar la educación sanitaria de toda la población. (De la Serna, 2006, p.17)

3.3. Entender el cáncer

El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida de los organismos multicelulares en nuestro planeta. Son testimonio de ello los tumores encontrados en los huesos de fósiles de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú. Su estudio y tratamiento han sido objeto de gran interés desde épocas remotas en distintas culturas, lo cual ha quedado asentado en documentos llegados hasta nosotros, en los que se describe el avance del conocimiento y que nos hacen ver el talento y capacidad de observación, análisis sistemático, registro de datos y deducción de nuestros antepasados. Documentos que datan de 2.000 a 1.500 años a.C., como el *Ramayana* de la India o el papiro egipcio *Ebers*, hacen referencia a este padecimiento; [...] su nombre, cáncer, se inspiró en la observación de los tumores de mama que al crecer toman forma de un cangrejo [...], según se explica en el tratado *Definitiones medicae*, atribuido [...] a Galeno¹⁷ (Cortinas, 2011, p.13).

En España, las primeras apariciones de la enfermedad fueron en la prensa, según los datos recogidos por el *Informe Quiral* (2011). Concretamente, la referencia más antigua aparece en una publicación del diario *La Vanguardia*, en la edición del 31 de agosto de 1881 (año en el este diario comienza a publicar), lo que refleja que ya por entonces era un tema de interés social. Pero, en realidad, la primera información sobre cáncer se publica el 18 de marzo de 1882, en la que se hablaba del tabaco como causante de la enfermedad. No obstante, la palabra “cáncer” es conocida desde hace tanto tiempo que resulta imposible determinar con exactitud el momento en el que se empieza a hablar de ella en los medios de comunicación. Es una enfermedad con la nos hemos ido familiarizando cada vez más, pero ¿sabemos qué es el cáncer?

3.3.1. Descripción de la enfermedad

El cuerpo humano está formado por tejidos y órganos distribuidos en compartimentos que permiten a los individuos realizar sus funciones esenciales para la vida. Estos tejidos y órganos, a su vez, se componen de células que tienen una vida muy corta. El eje central que funciona como un mecanismo y asegura la reproducibilidad del sistema son las células madre: grupos reducidos de células con una vida de larga duración, que

¹⁷ Galeno: médico griego, natural de Pérgamo, cuyas aportaciones dominaron la medicina europea durante más de mil años. *Definitiones medicae* es uno de sus textos aportados a la ciencia.

funcionan como fábricas. Todas las células se van a guiar por “un sistema en el que intervienen cientos de señales diferentes que provocan [...] reacciones que se encuentran “programadas” en su material genético” (Cortinas, 2011, p.41). Esas señales son las que van a decirle a cada célula lo que tiene que hacer: que se diferencie, que se divida, que sobreviva o que muera.

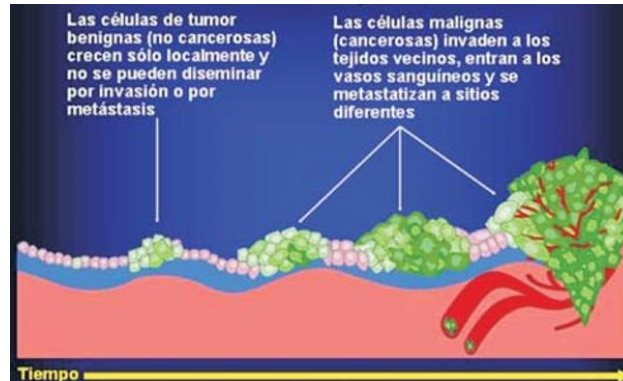
En los tejidos el crecimiento de células nuevas y la muerte de otras viejas se mantiene en balance, pero cuando se produce un descontrol en el crecimiento normal de las células es cuando tenemos que preocuparnos, ya que nuestro cuerpo nos estaría avisando de la posible presencia de un tumor. Es decir, de una masa celular que se ha formado como consecuencia de un crecimiento progresivo y descontrolado de células. Este puede ser:

- **Benigno.** Se produce cuando las células crecen desplazando a las células vecinas. Es decir, crecen manteniendo cierta distancia con el resto de células sin invadir las ni a ellas ni a su entorno. Estos tumores “se mantienen circunscritos al lugar en el que se originan y pueden ser extirpados sin ningún problema” (Cortinas, 2011, p.48). Sin embargo, como afirma García (2006), en ocasiones, pueden comprometer el funcionamiento normal del organismo si en su crecimiento expansivo bloquean estructuras vitales o comprometen un espacio común.

- **Maligno.** En este caso, las células sí crecen invadiendo a las células vecinas, destruyendo el tejido que les rodea y siendo capaces de implantarse en zonas lejanas a la de su lugar de origen (proceso denominado “metástasis”). Un tumor maligno es lo que se conoce vulgarmente como **cáncer**. El comportamiento de las células de este tipo de tumores se corresponde con el de una célula autónoma: no tiene que depender de otras células para activar sus procesos internos, los cuales le llevan a proliferar (Cortinas, 2011). Es decir, tienen un comportamiento anormal que las lleva a proliferar de manera distinta a las células de su misma estirpe y de las que formaba parte. En estos casos, el metabolismo de las células también es distinto: necesitan consumir mucha más glucosa que las células normales para producir tanta energía como ellas. Por lo que para poder alimentarse generan nuevos vasos sanguíneos, cuya creación se denomina angiogénesis, mediante los que se van a alimentar de proteínas y pequeñas moléculas. Si esto no ocurriese, los tumores no podrían crecer más que unos milímetros y no llegarían a tener importancia clínica. Los vasos sanguíneos más importantes que se forman son: el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y el factor de crecimiento básico de

fibroblastos (bFGF). Esto explica por qué la enfermedad lleva a otros padecimientos como la anorexia o la caquexia.

Figura 1: Los tumores malignos comparados con los benignos



Fuente: García, P. (2006). Cáncer. Revista de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, 100(1), 55-82.

El cáncer no se trata solo de una enfermedad, sino que supone un conjunto de enfermedades distintas (varían en sus manifestaciones clínicas y en su respuesta a las medidas terapéuticas), pero están relacionadas porque tienen en común los mecanismos desencadenantes.

[...] Los cánceres con células con mayor apariencia anormal y numerosas células con capacidad para dividirse, tienen la tendencia a crecer más rápidamente, diseminarse a otros órganos más frecuentemente y ser menos sensibles a la terapia, en comparación con otros cánceres cuyas células son de apariencia más normal. Basándose en estas diferencias en la apariencia microscópica, los médicos asignan un “grado” numérico a la mayoría de los cánceres. En este sistema de clasificación, un bajo grado (grado I o II) se refiere a los cánceres con pocas anomalías celulares a diferencia de aquellos más abigarrados (grado III ó IV). Una vez diagnosticado un cáncer, deben formularse las tres siguientes preguntas para determinar en qué etapa de evolución se encuentra la enfermedad: 1°. Tamaño del tumor y grado de invasión de los tejidos vecinos, 2°. Extensión de la enfermedad a los ganglios linfáticos regionales y 3°. Diseminación del cáncer a zonas distantes (metástasis). Las respuestas asignan un estadio (inicial o avanzado) a la enfermedad. (García, 2006, p.64)

La transformación de una célula normal en una célula cancerosa se produce por etapas, al igual que su propagación (metástasis) (Cortinas, 2011). Esto permite que se pueda intervenir de distintas formas para evitar la enfermedad, pero para que sea posible, hay que vigilar nuestro organismo y hacer un seguimiento continuo de los cambios que

notemos. Actualmente, en torno a la mitad de los casos de cáncer que reciben un tratamiento adecuado en la fase inicial de su desarrollo se curan. Pero algo que hay que tener presente es que, en ocasiones, las primeras manifestaciones de la enfermedad son mediante síntomas o signos que no tienen nada que ver con la patología. Estos, reciben el nombre de paraneoplásicos¹⁸.

3.3.2. Tipología y causas

a) Tipología

Muchos cánceres forman tumores sólidos y otros no, como los cánceres de la sangre, por ejemplo. “Se han descrito más de 100 formas distintas de cáncer¹⁹ de acuerdo con el órgano o tejido en el que se originan” (Cortinas, 2011, p.23), del que toman su nombre; o también pueden llamarse de acuerdo al tipo de célula que los forma. Conforme a su origen celular, los tumores malignos se clasifican en cuatro grandes grupos:

- Carcinoma. Son los tipos más comunes de cáncer y se originan a partir de células epiteliales, que son las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo.
- Sarcoma. Se forma a partir de células de tipo colectivo: huesos, tejidos blandos, tejidos fibrosos, tejidos adiposos, músculos, vasos sanguíneos y vasos linfáticos.
- Linfoma. Originado a partir del sistema linfático (células T o células B), compuesto por los glóbulos blancos, que forman parte del sistema inmunitario y son los encargados de combatir las enfermedades.
- Leucemias. Empiezan en los tejidos que componen la sangre en la médula ósea. No forman tumores sólidos, sino que manifiestan su presencia en formas inmaduras y distintas a las células que circulan en la sangre (glóbulos blancos anormales, denominados células leucémicas y blastocitos leucémicos).

La Sociedad Americana del Cáncer, a partir de estadísticas de incidencia y mortalidad sobre esta enfermedad en Estados Unidos, ha establecido una lista con los tipos más comunes, la cual ha sido recogida por el Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Su

¹⁸ Mediante la producción de diferentes tipos de sustancias (hormonas, citoquinas o factores de crecimiento), mecanismo inmunitario (inmunoglobulinas o inmunocomplejos) y/u hormonas inactivas; o mediante la liberación de productos no circulantes que dan lugar a manifestaciones tóxicas.

¹⁹ Se pueden consultar en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos>

clasificación nos sirve para hacernos una idea de cuáles son los tipos de cáncer que más afectan a la población:

- Cáncer colorrectal (de colon y recto)
- Cáncer de endometrio
- Hígado
- Leucemia
- Linfoma (no Hodgkin)
- Melanoma
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de próstata
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de riñón
- Cáncer de seno (mama)
- Cáncer de tiroides
- Cáncer de vejiga

b) Causas

A lo largo del tiempo, los científicos han conseguido identificar muchas de las causas que provocan la enfermedad, aunque, en ocasiones, ataca sin razón alguna. Distinguen entre factores intrínsecos, como la herencia, las hormonas o la dieta; y factores extrínsecos, referidos a fenómenos como la radiación, las sustancias químicas o xenobióticos y los virus o bacterias (García, 2006).

➤ Factores intrínsecos:

- Herencia

No hay evidencias de que el cáncer se contagie entre las personas; aunque, como curiosidad, podemos citar el sarcoma de Sticker: un tipo de cáncer canino el cual se contagia por mordida, vía sexual o contacto directo con el tumor. En cambio, sí podemos hablar del factor hereditario, que es uno de los agentes que puede hacer aparecer la enfermedad en cualquier individuo. Este factor ha sido tomado en cuenta a partir de numerosos estudios, entre el que destaca el proyecto *Genoma Humano*, pionero en esta rama de investigación, iniciado a finales de los ochenta y cuyos resultados fueron publicados en febrero del año 2001 en el volumen 15 de la revista *Nature*.

No es que el cáncer se considere una enfermedad hereditaria, pero sí que la posibilidad de que una persona desarrolle cáncer está influida por la herencia de ciertos tipos de alteraciones genéticas, las cuales tienden a aumentar la susceptibilidad del individuo para desarrollar la enfermedad en un futuro, ya que los genes se alteran o mutan (es decir, se transforman) de diferentes formas (de entre las que puede surgir el cáncer). Estos genes (cuya alteración favorece su aparición) son los oncogenes, los genes supresores de tumor y los genes reparadores de ADN.

Existen tanto cánceres de tipo hereditario como cánceres asociados a distintas enfermedades hereditarias. Por citar dos ejemplos: por un lado, la telangiectasia. Se trata de individuos que son portadores de una mutación que provoca que, desde niños, esos individuos presenten un trastorno neurológico acompañado de otras anomalías en la piel y en el sistema inmunológico. O el xeroderma pigmentoso, por el que los individuos afectados son propensos a desarrollar cáncer de piel porque son más susceptibles a la luz ultravioleta del sol y, además, presentan deficiencias en su capacidad de reparar el daño que provoca dicha radiación. No obstante, en torno al 80-90% de los casos de cáncer ocurren en personas que no tienen antecedentes familiares (García, 2006).

- Dieta

Los hábitos alimenticios también pueden jugar un papel determinante a la hora de desarrollar cáncer. Esto no quiere decir que lo que comemos sea el desencadenante directo de la enfermedad, sino que los componentes de nuestra dieta influyen en los cambios que puedan producirse en nuestro organismo, los cuales pueden dar lugar al desarrollo de la misma. Esto sucede porque determinados componentes o nutrientes están asociados con aumentos o disminuciones del riesgo de padecer cáncer. Lo avalan estudios como el proyecto *Investigación Europea Prospectiva de Cáncer y Nutrición (EPIC)* (citado en Cortinas, 2011, p.124) el cual ha corroborado que las dietas altas en fibra reducen determinados tipos de cáncer, como el colorrectal; así como evitar un alto consumo de proteínas, especialmente, carnes rojas.

Por otra parte, también hay que tener cuidado con el consumo de medicamentos, aun cuando las muertes asociadas a este factor no asciendan a más de un 1%. Entre los medicamentos de mayor riesgo destacan, precisamente, los empleados para combatir el cáncer. Sin embargo, se permiten porque su objetivo es evitar “una enfermedad que constituye una amenaza de muerte inmediata para los pacientes, que al ser tratados con

estos medicamentos ganan algunos años de vida” (Cortinas, 2011, p.125). Además de estos, concretamente en las mujeres, el uso prolongado de anticonceptivos orales (como los estrógenos o la progesterona) aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama, sobre todo si se han empezado a consumir a una edad temprana.

- Envejecimiento

La posibilidad de desarrollar cáncer aumenta con el envejecimiento de la persona, principalmente, porque está expuesta durante más tiempo a los factores que pueden producir cambios genéticos. Según afirma el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en su web: “es el factor de riesgo más importante de cáncer en general y para muchos tipos”. Establece la edad media de un diagnóstico en los 66 años²⁰.

- Factores extrínsecos

- Sustancias químicas o xenobióticos

A veces ocurre que en nuestro cuerpo ingresan sustancias que son potencialmente tóxicas, pero no es porque las sustancias en sí lo sean, sino porque en nuestro organismo hay enzimas que las activan. Es decir, metabolizan estas sustancias y las convierten en tóxicas. Actualmente, estamos expuestos a una gran cantidad de productos químicos industriales que se han añadido a los de origen natural y que podemos llegar a consumirlos casi sin querer. Sin embargo, otras son introducidas por nuestras propias actividades, como sucede con el consumo de tabaco, el alcohol o la combustión de determinados materiales.

Por un lado, el tabaco presenta muchos riesgos, tanto para quienes fuman como para quienes inhalan el humo que estos liberan (fumadores pasivos), ya que contiene más de 4.000 sustancias distintas y durante su combustión se liberan (entre otros compuestos): monóxido de carbono, benceno, hidrocarburos policíclicos, metales pesados y radionúclidos. No obstante, la forma en la que se consuma el tabaco va a influir en los riesgos que supone esta sustancia, así como el número de cigarrillos consumidos, el tipo de tabaco, la cantidad de humo inhalado y el tiempo que se lleva consumiendo.

De acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer de la OMS, se ha establecido una asociación causal entre el consumo de tabaco y el desarrollo de cánceres en: pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, vejiga urinaria, pelvis

²⁰ Se pueden consultar los datos en el Gráfico 1 del Anexo III.

renal, cavidades y senos nasales, estómago, hígado, riñón, cérvix uterino y leucemia mieloide (Cortinas, 2011). Además, hay estudios que han detectado en madres fumadoras que amamantan a sus hijos la presencia de nicotina y su metabolito cotinina en la leche durante los 30 minutos después de haber fumado, sumadas a otras sustancias inhaladas en el humo del tabaco.

Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol puede provocar cáncer, especialmente en boca, faringe, laringe, esófago, hígado y colorrectal. Además, el estado nutricional de los bebedores también va a influir en la aparición de otros tipos, como el cáncer en cabeza y cuello.

Otro factor de riesgo se encuentra en el ambiente laboral, ya que en determinados trabajos los empleados están expuestos a sustancias que resultan cancerígenas²¹. Este factor supone el 4% del total de casos de cáncer. En muchas ocasiones, los tumores se producen en el sitio por el que las sustancias han ingresado en el organismo.

- Factores ambientales

Una de las mayores preocupaciones es la contaminación atmosférica, especialmente en áreas urbanas, muy pobladas e industrializadas donde, además, el tráfico es intenso. Estudios como los realizados por C. Arden Pope III en Estados Unidos, en 1982, confirman que la exposición a largo plazo a “las partículas finas presentes en el aire como resultado de procesos de combustión, es un factor ambiental de riesgo importante para la mortalidad cardiopulmonar y por cáncer de pulmón” (Cortinas, 2011, p.109). Además, la contaminación del aire en el interior de las habitaciones también influye. Esta puede producirse al utilizar el fuego de leña o el carbón para calentarnos o cocinar; o productos como la lejía, el formaldehído, el benceno o los solventes orgánicos con los que se limpia la ropa en las tintorerías, que son potencialmente cancerígenos.

Dentro de los factores ambientales también hay que tener en cuenta las radiaciones, ya que la exposición prolongada o repetida a ciertos tipos de radiación puede ser detonante de la enfermedad. Este factor engloba las radiaciones ultravioletas emitidas por el sol, que están aumentando debido al deterioro de la capa de ozono como consecuencia de la contaminación ambiental. Señala Cortinas (2011) que cada decremento del 1% en la capa de ozono provoca un incremento del 3 al 6% en el cáncer de piel; así como los rayos X o la radiación emitida por átomos no estables conocidos como radioisótopos, la

²¹ Pueden consultarse en la Tabla 2 adjuntada en el Anexo III.

cual es más fuerte porque penetra en el interior del cuerpo a través de la ropa y la piel. Estas se emplean, entre otros usos, en medicina para tratar diversos padecimientos (como el cáncer).

- Virus y bacterias

Este fenómeno se considera uno de los descubrimientos epidemiológicos más importantes en relación al cáncer.

En general, los virus son agentes infecciosos que no pueden reproducirse por sí solos, sino que penetran dentro de las células vivas y causan que la célula infectada produzca más copias del virus. [...] En realidad, sólo unos cuantos virus que infectan a las células humanas causan el cáncer. (García, 2006, p.66)

Entre los virus cancerígenos se encuentra: el virus del papiloma humano (HPV), el virus de la hepatitis C (HCV) el virus de la hepatitis B (HBV), el virus de Epstein-Barr (EBV), el virus linfotrópico tipo 1 y el virus herpes 8.

3.3.3. Pruebas diagnósticas

En el orden de las prioridades clínicas, la detección precoz del cáncer ocupa el primer lugar, porque mediante este tipo de pruebas se confirma o descarta la posibilidad de padecer la enfermedad. La más común es la biopsia, que consiste en un estudio microscópico de la masa sospechosa o de parte de ella. En ocasiones, mediante la biopsia en lugar de detectar un tumor (benigno o maligno), se localiza la hiperplasia o la displasia, que también son alteraciones celulares que, aunque no son cancerosas, conviene mantener vigiladas.

Además de la biopsia, se utilizan otras técnicas más específicas para diagnosticar determinados tipos de cáncer. Por ejemplo: la prueba de Papanicolaou permite detectar de manera temprana el cáncer cervical. En ella, el médico emplea un cepillo pequeño o un raspador para remover una muestra de células del cérvix y de la parte superior de la vagina. Una vez extraídas, se envían a un laboratorio y se procede a su estudio microscópico. Para el cáncer de mama, la prueba más fiable es obtener una imagen de la estructura de la glándula a través de distintas técnicas: por radio, eco o termográficas. Lo más usual son las mamografías. Mientras que para detectar el cáncer de próstata se realiza la prueba de sangre oculta en heces junto a un examen rectal (colonoscopia).

A partir de los resultados obtenidos en las pruebas, en el caso de que el tumor fuese maligno, se va a establecer un pronóstico y un tratamiento. El pronóstico se realiza mediante una estimación de lo que puede ocurrir durante la enfermedad, gira en torno a la gravedad de la misma y a las posibilidades de supervivencia. Los factores que influyen a la hora de determinarlo son: el tipo de cáncer y su ubicación, el estadio y grado de la enfermedad, las características de las células cancerosas, la edad del individuo y su estado de salud antes de ser diagnosticado y la respuesta del individuo al tratamiento. Para establecer el pronóstico, los médicos se guían de estudios y estadísticas llevadas a cabo por investigadores a lo largo de los años. No obstante, hay que tener en cuenta que las estadísticas están basadas en grandes grupos de personas, por tanto, no pueden medir con exactitud cada caso particular, pero sí sirven a modo orientativo.

3.3.4. Tratamientos

En cuanto a los tratamientos, actualmente, existen numerosas opciones para tratar la enfermedad, pero este varía en función del tipo de cáncer y del estadio de la misma.

La cirugía y el tratamiento con determinadas sustancias son recursos adoptados desde hace cientos de años para combatir esta enfermedad [...]. En el año 2000 a.C. se practicaba en la India la extirpación de los tumores, y alrededor del año 180 d.C. se inició el empleo de ungüentos a base de arsénico y plomo para el tratamiento de tumores. (Cortinas, 2011, p.22)

El Instituto Nacional del Cáncer afirma que la mayoría de los pacientes reciben cirugía con quimioterapia o radioterapia. Por esta razón, solo nos detendremos en estos tres tipos de tratamiento, aunque existen otras formas como: la inmunoterapia, la medicina de precisión junto con la terapia dirigida, la terapia hormonal y los trasplantes de células madre²².

- Cirugía

Es el modo más efectivo para tratar la enfermedad. Siguiendo a Cortinas (2011), en el cáncer la cirugía puede considerarse de distintos tipos:

- Preventiva: consiste en la extirpación del tejido canceroso.

²² Información específica sobre estos tipos de tratamiento puede consultarse en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>

- Diagnóstica: se refiere a la realización de una biopsia. Consiste en la sección de parte o de la totalidad del tumor para su estudio histopatológico.
- Curativa o citorreductora: consiste en la extirpación incompleta del tumor.
- Paliativa o reconstructora: se trata de restaurar la anatomía en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa el tumor. Este tipo de cirugía no se emplea para curar la enfermedad, sino para mejorar o hacer desaparecer algunos síntomas.

- Radioterapia

Es uno de los tratamientos más comunes para combatir el cáncer y suele formar parte del tratamiento principal. Se puede aplicar solo o junto a otros tratamientos, como la cirugía y/o la quimioterapia. En él se emplean ondas de alta energía (rayos X, rayos gamma, electrones o protones) para eliminar o dañar las células malignas, de manera que estas no puedan multiplicarse o extenderse.

La radiación puede aplicarse de dos formas: de manera externa e interna. Por lo general, se utiliza una u otra, pero en algunos pacientes se aplican ambas. Es de aplicación local, por lo que solo afecta a la parte del cuerpo en la que se aplica. No obstante, tiene efectos secundarios importantes a corto y a largo plazo. Además, algunas células normales pueden resultar afectadas por la radiación, pero se recuperan del tratamiento.

- Quimioterapia

Este tratamiento consiste en el uso de fármacos para combatir la enfermedad, por lo tanto, actúa en todo el cuerpo, lo que provoca que las células sanas y normales también puedan resultar dañadas. Las que tienen mayor probabilidad de ser afectadas son las productoras de sangre en la médula ósea, las de la boca, las del tracto digestivo, del sistema reproductor y los folículos del cabello. Para evitar posibles daños en las células sanas se aplican los fármacos citoprotectores. No obstante, el uso de este tipo de tratamiento trae consigo una serie de efectos secundarios a los que el paciente tendrá que hacer frente: náuseas y vómitos, caída del cabello, cansancio, el aumento de la probabilidad de sufrir hematomas y hemorragias, anemia e infección.

Se utilizan más de cien fármacos, normalmente, combinados; ya que así tienen mayor eficacia que si se usan de forma particular. La combinación de medicamentos con acciones distintas los permite trabajar en conjunto y destruir un mayor número de células cancerosas, de esta forma se evita que la enfermedad se vuelva resistente a un

fármaco concreto. En ocasiones, es el único tratamiento que se utiliza, pero en otras se emplea de forma combinada como mencionamos anteriormente. Cuando se utiliza tras la cirugía o la radioterapia es, principalmente, para ayudar a destruir células malignas que pudiesen haber quedado. En estos casos, recibe el nombre de terapia adyuvante. En cambio, cuando se utiliza para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o la radioterapia recibe el nombre de terapia neoadyuvante (García, 2006).

Aunque, en esta enfermedad, no solo es importante el tratamiento físico, sino que el abordaje psíquico también resulta imprescindible (González, 2003). Hernández et al. (2012) señalan que los pacientes con cáncer presentan trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en distintos momentos de la enfermedad, derivado de los distintos factores médicos, físicos, psicológicos y sociales. Esto provoca que requieran más servicios médicos además de dificultarle su capacidad para tomar decisiones y adherirse a los tratamientos.

Según datos de este autor, “solo un 10% de pacientes con necesidad de ayuda psicológica la reciben”. Para responder a esta demanda, en determinados casos se utiliza la Psicooncología²³. Esto justifica, una vez más, la obligación que tienen los medios de comunicación de satisfacer las necesidades informativas de la sociedad mediante una información rigurosa y de calidad, ya que se encuentran ante un sector altamente vulnerable y al que puede afectar profundamente un mal uso de la información. Y es que, como afirma Cortinas (2011), “la solidaridad con las personas afectadas por un cáncer y con sus familias [...] es una responsabilidad de todos” (p.157).

Para cada uno de nosotros la responsabilidad empieza con el cuidado de nuestra salud y la adopción de estilos de vida y hábitos alimenticios que nos ayuden a prevenir el cáncer. Para las autoridades gubernamentales la responsabilidad estriba, entre otras, en garantizar el derecho constitucional a la salud y a un ambiente saludable [...]. Para quienes diseñan, fabrican e introducen al comercio materiales o productos de consumo, su responsabilidad estriba en asegurarse que estos no representen un riesgo [...] para la salud y el ambiente [...]. Para los médicos [...] su responsabilidad abarca su actualización continua [...]. Para las instituciones de investigación y los investigadores, su responsabilidad es contribuir a la generación y difusión de conocimientos [...]. Las instituciones educativas son responsables de incluir en sus programas la difusión de conocimientos sobre el cuidado de la salud y el ambiente, y la adopción de medidas

²³ Especialidad (dentro de la psicología de la salud) que se ocupa de atender a los pacientes afectados por cáncer y a sus familias.

preventivas de riesgos [...]. Las organizaciones de la sociedad civil son responsables de sumar esfuerzos para contribuir a la educación de la población [...]. Y los medios de comunicación son responsables de hacer llegar los mensajes a toda la población [...]. (Cortinas, 2011, p.157).

4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Analizar el tratamiento informativo del cáncer en el programa televisivo *Saber Vivir*.

Objetivos específicos:

1. Determinar los géneros audiovisuales que aparecen en el programa para tratar la información sobre el cáncer.
2. Averiguar las estrategias comunicativas empleadas en el programa para abordar la información sobre cáncer.
3. Analizar las fuentes informativas que se utilizan en el programa para informar sobre la enfermedad.
4. Determinar el tipo de información relacionada con el cáncer que trata el programa, en relación a la información demandada por los pacientes.
5. Averiguar el tipo de cáncer más tratado en *Saber Vivir*.

Preguntas de investigación:

1. ¿Qué géneros audiovisuales son los más frecuentes en el programa *Saber Vivir* para tratar el cáncer?
2. ¿Qué estrategias comunicativas están presentes en la información?
3. ¿Qué fuentes utiliza *Saber Vivir* para informar sobre cáncer?
4. ¿En qué cuestiones, relacionadas con el cáncer, centra el programa el contenido de las piezas audiovisuales?
5. ¿Qué tipo de cáncer tratan las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*?

5. METODOLOGÍA

Nuestro estudio se trata de un análisis de contenido, que se usa, en palabras de Paez (2006), para “descubrir y determinar los aspectos significativos del mensaje y, especialmente, establecer su contenido ideopolítico y su intencionalidad”; además de “inferir su probable impacto sobre el auditorio y la respuesta de este”. El objetivo es “obtener una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto en las comunicaciones de cualquier tipo” (López, 1963, p.50).

Esta técnica se trata de una descripción cuantitativa, en la que se determina la frecuencia o extensión con la que un contenido aparece. Para llevarla a cabo, por un lado, tenemos las categorías del análisis, que recogen los aspectos significativos en los que vamos a centrar el estudio; y, por otro, las unidades de medición. Es decir, el “ítem”, que puede ser: un libro, un artículo, un estudio, un programa de radio o televisión, etc.

Para nuestro estudio hemos seleccionado el programa emitido por TVE *Saber Vivir*, por ser el programa de divulgación científica más antiguo de nuestro país, actualmente. Para delimitar el *corpus* de estudio y definir la población hemos realizado, en primer lugar, una revisión y consulta del número de programas disponibles. De los programas emitidos en los 22 años, 2.623 son accesibles a través de la página web (a la carta) de RTVE. De estos, se han seleccionado los correspondientes a los últimos cuatro años: de 2014 a 2017, con el fin de realizar una valoración lo más actual posible sobre el tema objeto de nuestro estudio. Por tanto, ha quedado definida una **población total de 605 programas**. Por otra parte, para determinar la muestra se ha utilizado un filtro relacionado con la temática: que el tema central fuese el cáncer. Así, se ha seleccionado una **muestra de 27 programas** (v. Anexo I para acceder a un índice de los programas analizados), de los que se han extraído **80 piezas audiovisuales**, sobre las que se ha realizado el análisis.

Una vez definido el número de piezas audiovisuales que forman el *corpus* de estudio, se ha elaborado un modelo de **ficha** propio para analizar el contenido (v. Anexo II modelo de ficha). El **método** utilizado para definir las categorías ha sido a través de un procedimiento **inductivo**. Es decir, a partir de la lectura de artículos y estudios de diversos autores (citados y explicados en el marco teórico) y de la visualización de los programas, se han establecido todas las categorías que componen la ficha. Para este

análisis cuantitativo han sido definidas cinco variables principales, todas excluyentes entre sí y relacionadas directamente con los objetivos específicos:

- 1- Tiempo. Esta categoría se subdivide, a su vez, en: tiempo total y tiempo del cáncer. De esta forma, se pretende realizar una comparativa entre la duración total de cada programa y el tiempo que se le ha dedicado al cáncer en dicho programa; para obtener, a rasgos generales, los resultados en cuanto al tiempo que ha destinado *Saber Vivir* a cubrir la enfermedad, teniendo en cuenta que el programa ha ido sufriendo modificaciones (como se explica en el marco teórico) y que su estructura no se ha mantenido inalterable durante el período de tiempo seleccionado en nuestro estudio. Mediante esta categoría hemos hecho un análisis más genérico, centrándonos en los programas y no específicamente en cada pieza audiovisual. Lo que queremos observar no entra dentro de los objetivos específicos de la investigación, pero sí nos ha parecido interesante aportarlo.
- 2- Género. Con esta categoría queremos alcanzar el primer objetivo específico: identificar a qué géneros audiovisuales corresponden las piezas analizadas; así como determinar en qué medida se utilizan dichos géneros y distinguir cuál ha sido el más empleado durante los cuatro años para tratar la información sobre cáncer. También hemos incluido otra variable para determinar la producción de las piezas periodísticas, es decir, el número de piezas que se han realizado en directo y el número de piezas post-producidas. Todo lo hemos categorizado a partir de la visualización de los programas.
- 3- Estrategias comunicativas. En este apartado se agrupan las herramientas discursivas que han podido utilizarse en las piezas audiovisuales para hacer más efectivo el mensaje. A partir del estudio realizado por Luzón (2013) y de nuestra reelaboración propia para adaptar dicha clasificación al formato audiovisual (expuesto en el marco teórico), hemos distinguido dos variables: estrategias para adaptar la información y estrategias para comprometer a los espectadores. Mediante el análisis de la presencia en las piezas audiovisuales de los distintos recursos que hemos incluido dentro de ambas variables, pretendemos concluir cuáles son los más aplicados a la hora de hablar del cáncer.
- 4- Fuentes informativas. Esta categoría determina de dónde viene la información que ofrece el programa mediante sus piezas audiovisuales y la frecuencia con la

que se emplean las distintas fuentes informativas. Para definir las distintas variables que forman esta categoría, nos hemos basado en la observación de nuestro *corpus* de estudio y en las fuentes mencionadas en los artículos que hemos consultado sobre el tratamiento informativo del cáncer en los medios de comunicación, recogidos en la bibliografía. A partir de una aproximación, hemos distinguido distintos tipos agrupados en: fuentes documentales y fuentes personales.

- 5- Tipo de información. Esta categoría engloba los tipos de información que demandan los pacientes con cáncer, a partir del estudio realizado por Rutten et. al. (2005) y de nuestra reelaboración. Hemos establecido diez variables, excluyentes unas de otras, que van a decirnos de qué se está hablando en las piezas audiovisuales: si se trata de información preventiva; psicológica, específica sobre la enfermedad o los tratamientos, etc., dentro de las cuales se distinguen distintas cuestiones, también excluyentes unas de otras, pero relacionadas directamente con cada variable. De esta forma, pretendemos determinar en qué cuestiones centra sus piezas periodísticas *Saber Vivir* y en qué medida ha respondido a la demanda informativa de los pacientes con cáncer. Concretamente, dentro de la información específica sobre la enfermedad, para distinguir los distintos tipos de cáncer que se han tratado nos hemos basado en la clasificación recogida por el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de Estados Unidos sobre los tipos de cáncer que más afectan a la sociedad. Además, hemos incluido la categoría “general”, para referirnos a aquellas piezas en las que no se centran en un tipo de cáncer concreto, sino que hacen alusión a varios de manera generalizada.

De forma paralela, se ha empleado un **cuaderno de campo** en el que se han especificado otras cuestiones también relevantes para nuestro análisis de contenido. En él, se han incluido: el tiempo que se le ha dedicado a cada tipo de cáncer (cuando se ha tratado más de un tipo en una misma pieza sin generalizar), qué fuentes se han utilizado dentro de la subcategoría *otros* y distintas anotaciones, como frases y/o expresiones de los médicos y de la presentadora a modos de ejemplo. Además, para ser lo más precisos posible en cuanto a la recopilación y clasificación de los datos, se ha utilizado el programa Excel para realizar el recuento y calcular todos los porcentajes y cifras de las distintas variables.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En general, los resultados obtenidos indican que *Saber Vivir* ha ido disminuyendo el tiempo y el número de programas dedicados a tratar el cáncer en el periodo que seleccionamos. Esta caída ha sido paralela a los cambios que ha ido experimentando el formato, ya que la modificación de la duración total del programa ha repercutido directamente en el tiempo destinado a tratar la enfermedad dentro del espacio.

En cuanto a los géneros utilizados para tratar la información oncológica, destaca el uso del reportaje y la producción en directo, prefiriendo ofrecerle al espectador un producto realizado en el mismo momento en el que lo percibe que un producto elaborado con anterioridad y con posibilidad de edición.

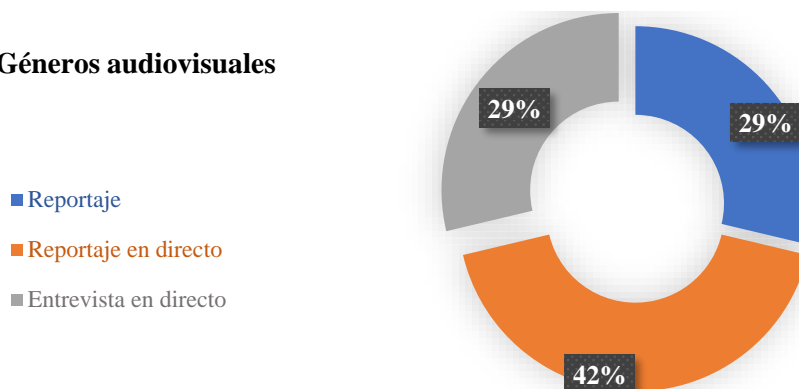
Para conseguir una mayor eficacia comunicativa encontramos que se han utilizado distintas estrategias, destacan: los ejemplos, especialmente visuales, con imágenes e infografías; y el uso de un lenguaje inclusivo por parte de la presentadora y de los médicos que intervienen periódicamente en el mismo, para potenciar la complicidad y cercanía con el espectador. En general, podemos afirmar que se han utilizado más estrategias para adaptar la información que para captar al público. No obstante, las distintas técnicas para adaptar la información se han usado de manera regular.

Por otra parte, la información sobre cáncer no parte de muchas fuentes. En la mayoría de los casos, se ha utilizado una fuente informativa o como mucho dos. Dentro de estas, predominan las personales frente a las documentales. Y, en cuanto al contenido, encontramos que, independientemente del género empleado y de la duración de cada pieza periodística, se ha preferido combinar distintos tipos de información en una misma pieza que centrar la misma en algo concreto. El tema estrella ha sido la información preventiva junto a la específica sobre el cáncer, en donde la tipología de la enfermedad ha tomado protagonismo, siendo los cánceres más tratados el cáncer de mama y de colon.

Respuestas a la primera pregunta de investigación: ¿qué géneros audiovisuales son los más frecuentes en el programa Saber Vivir para tratar el cáncer?

El objetivo que se persigue alcanzar con esta pregunta de investigación es determinar los géneros audiovisuales que *Saber Vivir* ha utilizado en sus piezas para tratar la información sobre cáncer, además de averiguar cuál ha sido el más empleado. De las 80 piezas audiovisuales analizadas, 57 se corresponden con **reportajes** (71%) y 23 con **entrevistas** (29%). Por tanto, podemos afirmar que existe una diferencia importante, ya que el reportaje se ha utilizado en el doble de casos para tratar la información oncológica.

GRÁFICO 1: Géneros audiovisuales



Por otra parte, el estudio también lleva a otra observación: la producción de las piezas audiovisuales. Encontramos que, de las 80 piezas, el 71% se han realizado en directo frente al 29% que responden a piezas grabadas y editadas de forma previa a su emisión. (Aunque los porcentajes coincidan con los de los géneros, no quiere decir que el 71% de los reportajes hayan sido en directo ni el 29% de las entrevistas grabadas. Es decir, no guardan relación).

Encontramos que todas las entrevistas han sido realizadas en directo y también el 60% de los reportajes, que han sido llevados a cabo en el plató. Por tanto, vamos a distinguir entre los reportajes y entrevistas en directo de los post-producidos. Como recoge el gráfico 1, los primeros representan el 42 y 29%, respectivamente, del total de piezas audiovisuales emitidas, y los segundos el 29%.

Respuestas a la segunda pregunta de investigación: ¿qué estrategias comunicativas están presentes en la información?

Es importante detenerse en este punto porque los medios de comunicación para conseguir que el público capte su mensaje y lo recuerde, además de convertirlos en consumidores fieles a sus productos, emplean distintas estrategias comunicativas para conseguirlo. Como ya vimos, Luzón (2013), establece dos grupos diferenciados de

estrategias: (1) estrategias para adaptar la información, y (2) estrategias para comprometer al público. Mediante la observación de esta variable, queremos determinar qué estrategias concretas se han utilizado para conseguir ambos fines y con qué frecuencia, además de descubrir cuáles han sido las más utilizadas en cada género, todo referente al periodo de los cuatro años que establecimos. Partiendo de la base de que en todas las piezas analizadas hay presencia de estrategias, en menor o mayor medida, tenemos que tener en cuenta que el uso de un tipo de estrategia no impide el uso de otras. Es decir, en una misma pieza se han podido utilizar estrategias distintas pertenecientes, a su vez, a las dos categorías que diferenciamos anteriormente.

Con nuestro análisis hemos observado que se han utilizado **236 estrategias**, de las que 175 se corresponden con estrategias para adaptar la información y hacerla más comprensible a los espectadores y 61 con aquellas cuyo fin es comprometerles. Como reflejan los gráficos 2 y 3, existen mayores preferencias hacia unas técnicas que hacia otras. Los resultados revelan que, de las 175 estrategias para adaptar la información que se han empleado, hay un uso regular entre el uso de ejemplos (34%) que ocupa el primer puesto, especialmente visuales (infografías, colas...) o de referencias concretas, por ejemplo, en el caso de los alimentos, en los que se han llevado a plató los productos de los que iban a hablar; y la explicación de términos y conceptos y la reformulación de la información, que representan el 31%; frente al recurso de las comparaciones (4%), que ha sido la menos empleada.

Por otra parte, el gráfico 3 muestra que de las 61 técnicas empleadas para comprometer a los espectadores destaca el uso de un lenguaje inclusivo y cercano, con apelaciones al espectador, que representa el 56% de las estrategias. Algunos ejemplos son: “Nos deja el legado para combatir el cáncer”, “nuestras células”, “¿ante qué síntomas tenemos que alarmarnos?”, “con estas recomendaciones nos quedamos para cuidar de nuestros pulmones”, etc. Por su parte, el uso del resto de estrategias es más regular: un 16% en el uso de las redes sociales y/o teléfonos para reforzar y mantener la interacción entre el programa y el público, un 15% también en recursos de humor y un 13% en el uso de anécdotas; frente al 0% que representa el recurso de autorrevelación. Por tanto, en ningún caso ni la presentadora ni los médicos protagonistas han revelado cuestiones de su vida privada.

GRÁFICO 2: Estrategias para adaptar la información al público en las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*

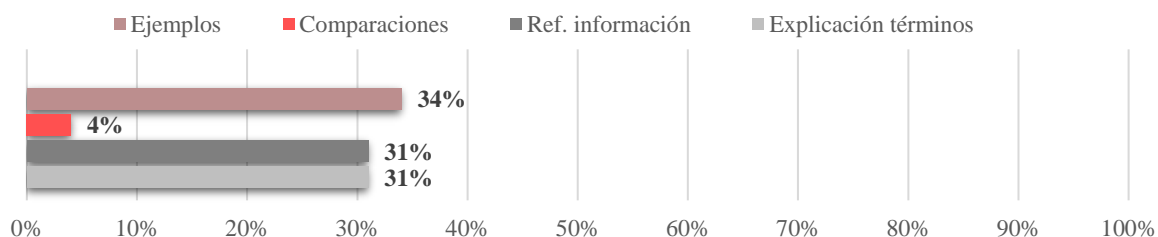
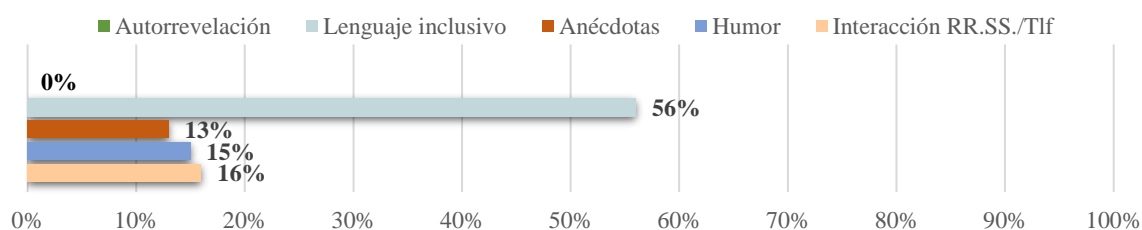


GRÁFICO 3: Estrategias para captar al público en las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*



En las siguientes tablas (1, 2 y 3) podemos ver reflejados los resultados obtenidos de manera más específica: por cada género empleado en las piezas audiovisuales. Estos resultados coinciden con los expuestos a modo general en que las técnicas más utilizadas han sido aquellas destinadas a adaptar la información al espectador.

Por una parte, en la tabla 1, vemos que los resultados de las estrategias utilizadas en los **reportajes** coinciden con los expuestos a modo general: el uso de los distintos recursos para adaptar la información a los espectadores ha sido regular, ocupando el primer puesto el uso de ejemplos (34%), seguido de la reformulación informativa y de la explicación de términos y conceptos, que responden a un porcentaje del 33 y el 31% respectivamente. Destaca el recurso de las comparaciones que apenas se ha empleado, solo en un 2%.

Por otra parte, el uso de un lenguaje inclusivo encabeza los recursos para captar la atención de los espectadores, con un porcentaje del 66%. Los resultados son especialmente llamativos dentro de los reportajes post-producidos, en los que hay una diferencia importante en el uso de las estrategias comunicativas. De las 51 estrategias que se han utilizado en estos, el 90% están destinadas a adaptar la información frente al 10% que solo pretende captar la atención del público, como se recoge en la tabla 2. Aunque en los reportajes en directo también se aprecia una gran diferencia, que puede

consultarse en la tabla 3, estas últimas se han utilizado con algo más de frecuencia. En general, los resultados obtenidos son similares.

Los que sí difieren son los obtenidos del análisis de las **entrevistas**, recogidos en la tabla 4. En este caso, entre las estrategias para adaptar la información, la más empleada ha sido la explicación de términos y conceptos técnicos, que representa el 52% de las mismas frente al uso de ejemplos, que ocupa el último lugar con un 7%. En cuanto a las estrategias para conseguir captar a los espectadores, encontramos que es en este género en el que se emplean las redes sociales y/o el teléfono para crear una interacción y mantener un contacto más directo con el público. Mientras que en los reportajes solo ha sido utilizado una sola vez, en este género, este recurso ocupa el segundo puesto, respondiendo al 28% de las mismas; ya que, nuevamente, las apelaciones a los espectadores mediante un lenguaje inclusivo vuelve a ser la estrategia principal (47%).

Tabla 1: Estrategias comunicativas en los reportajes

Para adaptar la información		
<i>Estrategias</i>	<i>Nº total (=125)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Explicación de términos y conceptos	39	31%
Reformulación de la información	41	33%
Comparaciones	3	2%
Ejemplos	42	34%
Para comprometer al espectador		
<i>Estrategias</i>	<i>Nº total (=29)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Interacción a través de las redes sociales y/o teléfono	1	3%
Humor	6	21%
Anécdotas	3	10%
Autorrevelación	0	0%
Lenguaje inclusivo	19	66%

Tabla 2: Estrategias comunicativas en reportajes post-producidos

Para adaptar la información		
<i>Estrategias</i>	<i>Nº total (=46)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Explicación de términos y conceptos	12	27%
Reformulación de la información	19	41%
Comparaciones	1	2%
Ejemplos	14	30%
Para comprometer al espectador		
<i>Estrategias</i>	<i>Nª total (=5)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Interacción a través de las redes sociales y/o teléfono	0	0%
Humor	1	20%
Anécdotas	3	60%
Autorrevelación	0	0%
Lenguaje inclusivo	1	20%

Tabla 3: Estrategias comunicativas en reportajes en directo

Para adaptar la información		
<i>Estrategias</i>	<i>Nº total (=79)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Explicación de términos y conceptos	27	34%
Reformulación de la información	22	28%
Comparaciones	2	3%
Ejemplos	28	35%
Para comprometer al espectador		
<i>Estrategias</i>	<i>Nª total (=24)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Interacción a través de las redes sociales y/o teléfono	1	4%
Humor	5	21%
Anécdotas	0	0%
Autorrevelación	0	0%
Lenguaje inclusivo	18	75%

Tabla 4: Estrategias comunicativas en las entrevistas

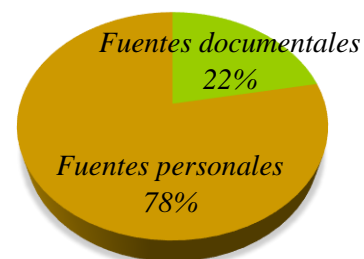
Para adaptar la información		
<i>Estrategias</i>	<i>Nº total (=51)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Explicación de términos y conceptos	36	52%
Reformulación de la información	15	21%
Comparaciones	14	20%
Ejemplos	5	7%
Para comprometer al espectador		
<i>Estrategias</i>	<i>Nº total (=32)</i>	<i>Porcentaje (=100%)</i>
Interacción a través de las redes sociales y/o teléfono	9	28%
Humor	3	9%
Anécdotas	5	16%
Autorrevelación	0	0%
Lenguaje inclusivo	15	47%

Respuesta a la tercera pregunta de investigación: ¿qué fuentes utiliza Saber Vivir para informar sobre cáncer?

De dónde procede la información que llega hasta nosotros es otro de los aspectos más relevantes en la comunicación, independientemente del tema a tratar, porque esa información nutre nuestro conocimiento; pero mayor importancia adquiere si cabe en la información oncológica, ya que se trata de uno de los temas que más interés social suscita en cuanto a la información sobre salud, como revela la última edición del *Informe Quiral* (2011), lo que supone una mayor responsabilidad. Por tanto, hemos considerado importante detenernos en el análisis de las fuentes informativas que ha utilizado *Saber Vivir* para hablar sobre la enfermedad en sus piezas audiovisuales, lo que también nos ha permitido conocer la frecuencia con la que se han utilizado dichas fuentes y determinar si existe o no pluralidad, que es otro factor que va a influir en el producto final.

Para elaborar las piezas informativas se han utilizado, en total, **131 fuentes**.

GRÁFICO 4: Fuentes de información en las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*



A rasgos generales, el análisis revela que las fuentes informativas personales han sido más empleadas que las documentales, como especifica el gráfico 4. Dentro de las personales, recogidas en el gráfico 5, destaca un uso muy similar de médicos especialistas y otros tipos de fuentes (como investigadores, gente de a pie, directores o jefes de sección de clínicas, etc.), con un porcentaje del 50 y el 41% respectivamente. Sin embargo, las menos empleadas han sido los periodistas (0%) y la familia y/o entorno de los pacientes (1%).

Por otra parte, en las fuentes documentales, reflejadas en el gráfico 6, de las que mayor uso se ha hecho han sido de los estudios e investigaciones, cuyo empleo corresponde al 62%. Algo a destacar es que, en general, se han utilizado pocas fuentes para elaborar la información: en el 78% de las piezas se ha empleado una sola fuente, frente al 14% en las que se han utilizado entre 2 y 4 fuentes, y el 8% en las que se han utilizado más de 5, como se refleja en el gráfico 7.

GRÁFICO 5: Fuentes informativas personales en las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*

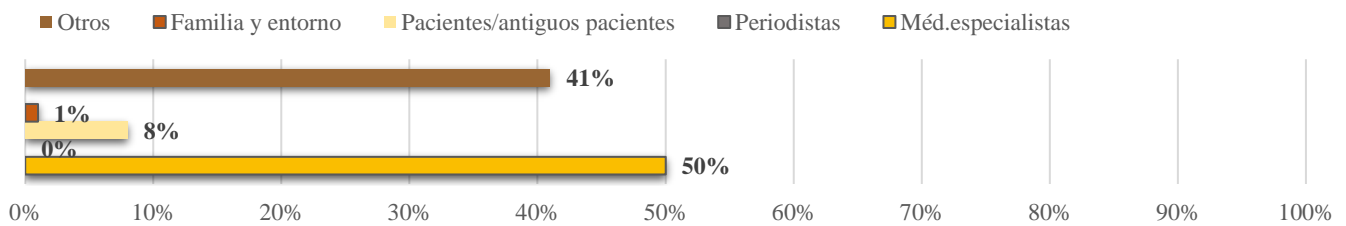


GRÁFICO 6: Fuentes informativas documentales en las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*

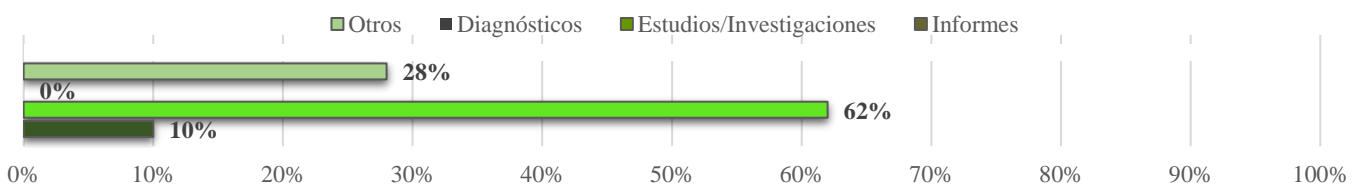
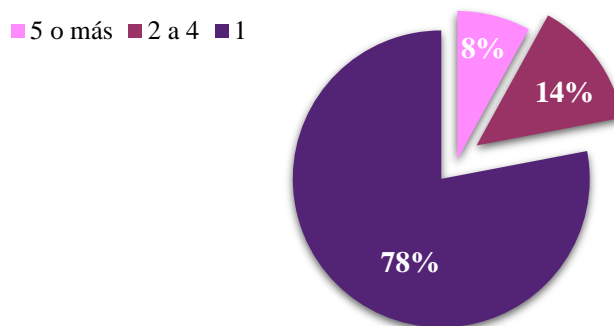
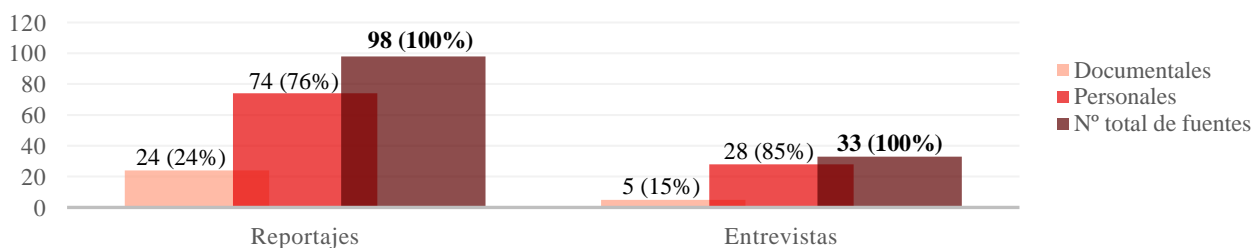


GRÁFICO 7: N° de fuentes empleadas en las piezas audiovisuales



De manera más específica, el gráfico 8 muestra que las fuentes personales también han sido las más utilizadas en cada género, representando el 69% de las 71 fuentes utilizadas en los 57 reportajes y el 85% de las 33 utilizadas en las 23 entrevistas. A diferencia de las fuentes documentales que, en general, se han utilizado en menor medida, pero adquieren mayor protagonismo en los reportajes, donde representan el 24% de las mismas.

GRÁFICO 8: Fuentes documentales vs. Fuentes personales



En los gráficos 9 y 10 aparecen reflejadas cuáles han sido, dentro de cada categoría, las fuentes más utilizadas. En este caso, no hemos profundizado en las fuentes informativas empleadas en los reportajes en directo porque los resultados eran similares entre ambos formatos (en directo y los post-producidos). Por tanto, al presentar unas diferencias mínimas y que no requerían mayor atención, nos ha parecido más adecuado exponer los datos de manera conjunta.

En ambos géneros (entrevistas y reportajes), los estudios e investigaciones no han sido las más empleadas en cuanto a fuentes documentales. Por una parte, en los reportajes sí han sido las más utilizadas, ya que el 71% de las mismas responden a esta tipología; mientras que, en las entrevistas los resultados difieren. Las más empleadas en este género han sido las catalogadas en “otros”, que responden a un porcentaje del 80%, referidas a decálogos, páginas webs, libros, etc. Por el contrario, los estudios e investigaciones representan el 20%.

La diferencia la encontramos en el uso de las fuentes personales, en las que predominan los especialistas médicos. No obstante, sí es la principal fuente consultada en las entrevistas, con un porcentaje del 55%, pero no en los reportajes, en los que han optado por “otros tipos de fuentes”, como personas a pie de calle, responsables de clínicas o centros médicos y/o de investigación, deportistas, nutricionistas, farmacéuticos, etc., respondiendo a un porcentaje del 51%. A pesar de ello, en ambos géneros el uso de estos dos tipos de fuentes está muy igualado. Lo que resulta significativo es que hay una

diferencia importante entre el uso de estas fuentes y el resto de los tipos que, prácticamente, no se consultan.

GRÁFICO 9: Fuentes de información en reportajes

Fuentes documentales

Fuentes personales

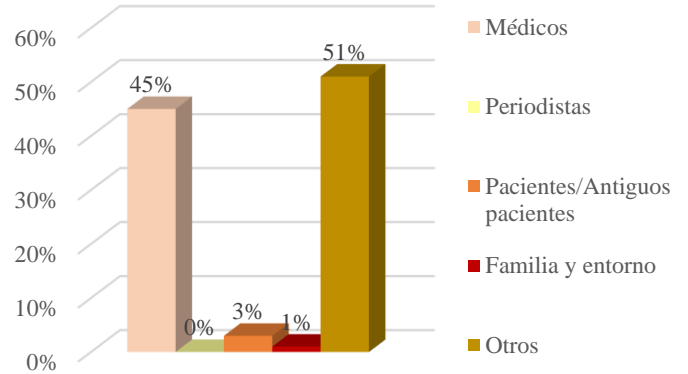
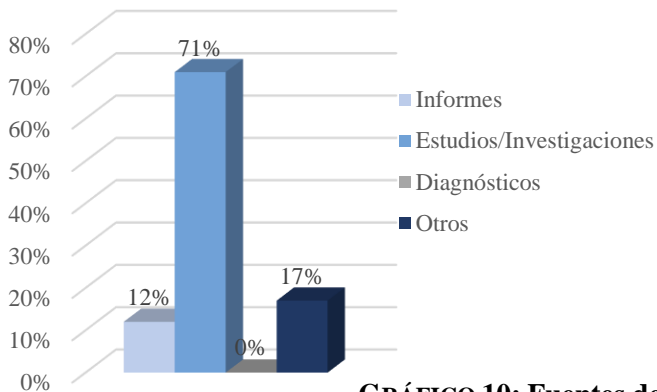
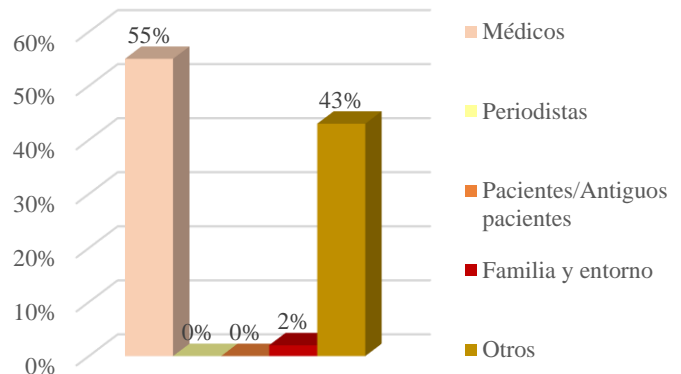
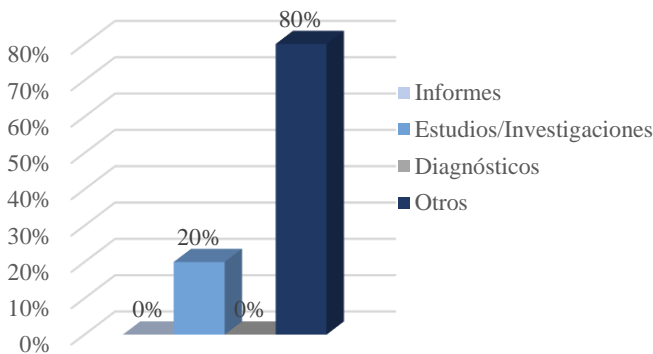


GRÁFICO 10: Fuentes de información en entrevistas

Fuentes documentales

Fuentes personales



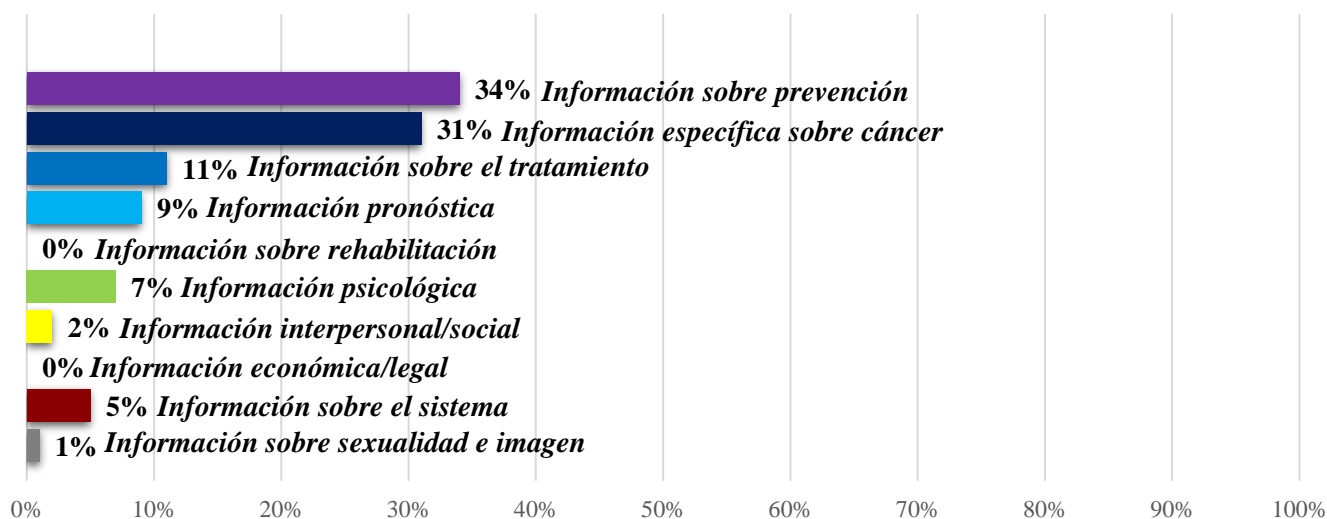
Respuestas a la cuarta pregunta de investigación: ¿en qué cuestiones, relacionadas con el cáncer, centra el programa el contenido de las piezas audiovisuales?

Recordamos que, a partir de un estudio llevado a cabo por Rutten et. al. (2005), en el que analizaron la demanda informativa de los pacientes con cáncer, establecimos una tipología en la que distinguimos diez tipos de información que, a su vez, engloban otros aspectos relacionados con cada uno. Por tanto, el objetivo que perseguimos en este apartado es analizar el contenido de los reportajes y las entrevistas llevados a cabo en *Saber Vivir* para ver si cubren la demanda informativa de los pacientes con cáncer y su entorno, en relación con las categorías que establecimos previamente.

Es importante tener en cuenta que la cobertura de un tipo de información no implica el abandono del resto de tipos. Es decir, en una misma pieza periodística se pueden tratar distintos tipos de información y aspectos. Los resultados que hemos obtenido en el estudio revelan que prefieren la combinación de distintos tipos de información que dedicar las piezas a cubrir un tipo de información específica, ya que este modelo representa el 31% de las piezas audiovisuales frente al 69%, en el que se han combinado.

En el gráfico 11 vemos que, de los **169 tipos de información** que se han tratado en las piezas audiovisuales, el 34% responde a la información preventiva con una diferencia solo del 3% respecto a la información específica sobre el cáncer, que representa el 31%. Si sumamos ambas, representan el 65% de la información total que se ha tratado en las piezas audiovisuales. Sin embargo, encontramos que la información sobre rehabilitación, interpersonal/social, económica/legal y de sexualidad e imagen prácticamente no ha sido tratada. Por otra parte, la información psicológica y sobre el sistema sanitario, también presentan unos porcentajes muy bajos. Concretamente, del 7 y 5% respectivamente.

GRÁFICO 11: Tipo de información oncológica tratada en las piezas periodísticas



Dentro de los dos tipos de información protagonistas en las piezas audiovisuales de *Saber Vivir*, vamos a profundizar en los aspectos concretos y/o cuestiones que han tratado. En la información preventiva, se han centrado sobre todo en hablar de la alimentación y de las medidas para detectar la enfermedad a tiempo, que representan el 43 y 40% respectivamente, como podemos ver en el gráfico 12. Aunque el ejercicio

físico también ha tenido presencia, vemos que hay una diferencia importante en su tratamiento.

Por otra parte, entre las distintas cuestiones tratadas en la información específica sobre el cáncer destaca, especialmente, la tipología, que responde al 45% de las cuestiones, como refleja el gráfico 13. Por tanto, concluimos que se han centrado, principalmente, en hablar de los distintos tipos de cáncer. (En el siguiente apartado, que responde al quinto objetivo específico, profundizamos y distinguimos los distintos tipos de cáncer tratados en las piezas audiovisuales).

GRÁFICO 12: Aspectos tratados en la información preventiva

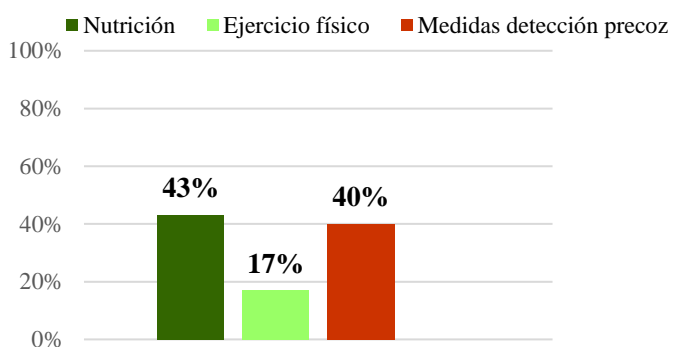
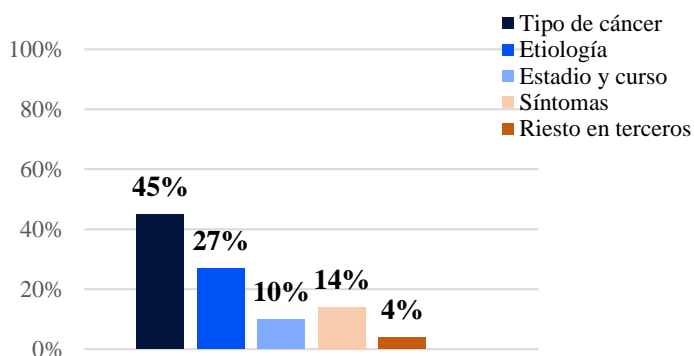


GRÁFICO 13: Aspectos tratados en la información específica sobre el cáncer



A continuación, en las siguientes tablas (5, 6 y 7) desglosamos el tipo de información más tratado en cada género, así como los aspectos en los que se han centrado. Encontramos que, en los reportajes, los resultados son similares a los obtenidos a modo general, como podemos ver reflejado en la tabla 5. Tanto la información preventiva como la específica sobre la enfermedad vuelven a ser las protagonistas, representando el 69% del contenido. Del mismo modo, también coinciden los aspectos más tratados con los resultados obtenidos a modo general. A modo específico, encontramos la tabla 6, que refleja que los resultados difieren a los expuestos en cuanto a contenido en los reportajes en directo, en los que el tema estrella ha sido la información sobre prevención, con un porcentaje del 55%, centrándose en la alimentación; frente a los reportajes post-producidos, en los que la información preventiva se ha centrado en

hablar de las medidas de detección precoz. No obstante, en cuanto a la información específica sobre el cáncer, la tipología de la enfermedad continúa siendo el eje principal.

Por otra parte, en las entrevistas hemos visto una mayor variedad. Aunque los resultados, grosso modo, coinciden con los expuestos hasta el momento destacamos los obtenidos en el análisis de la información específica sobre el cáncer. Como recogemos en la tabla 7, se han tratado todas las cuestiones o aspectos que establecimos, en mayor o menor medida. Además, el tema protagonista no solo es la tipología de la enfermedad, también se han centrado mucho en las causas. Por tanto, en este caso, encontramos dos temas principales, ya que la diferencia de la presencia de ambos solo es del 2%.

Tabla 5: Tipo de información y aspectos tratados en los reportajes

<i>Tipo de información</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Aspectos</i>	<i>Porcentaje</i>
Preventiva	39%	Nutrición	43%
		Ejercicio físico	18%
		Medidas de detección precoz	39%
		<hr/>	
Específica sobre cáncer	30%	Tipos de cáncer	61%
		Etiología	24%
		Estadio y curso	9%
		Síntomas	6%
		Riesgo en terceros	0%
Tratamiento	10%		
Pronóstica	8%		
Rehabilitación	0%		
Psicológica	5%		
Interpersonal/social	1%		
Económica/legal	0%		
Sistema sanitario	6%		
Sexualidad e imagen	1%		

**Tabla 6: Tipo de información y aspectos tratados.
Reportajes post-producidos vs. Reportajes en directo**

Reportajes post-producidos			
<i>Tipo de información</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Aspectos</i>	<i>Porcentaje</i>
Preventiva	24%	Nutrición	30%
		Ejercicio físico	15%
		Medidas de detección precoz	55%
		Tipos de cáncer	61%
Específica sobre cáncer	35%	Etiología	29%
		Estadio y curso	0%
		Síntomas	10%
		Riesgo en terceros	0%
Tratamiento	15%		
Pronóstica	7%		
Rehabilitación	0%		
Psicológica	9%		
Interpersonal/social	3%		
Económica/legal	0%		
Sistema sanitario	7%		
Sexualidad e imagen	0%		
Reportajes en directo			
<i>Tipo de información</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Aspectos</i>	<i>Porcentaje</i>
Preventiva	55%	Nutrición	52%
		Ejercicio físico	19%
		Medidas de detección precoz	29%
		Tipos de cáncer	61%
Específica sobre cáncer	25%	Etiología	17%
		Estadio y curso	22%
		Síntomas	0%
		Riesgo en terceros	0%
Tratamiento	6%		
Pronóstica	4%		
Rehabilitación	0%		
Psicológica	0%		
Interpersonal/social	0%		
Económica/legal	0%		
Sistema sanitario	4%		
Sexualidad e imagen	2%		

Tabla 7: Tipo de información y aspectos tratados en las entrevistas

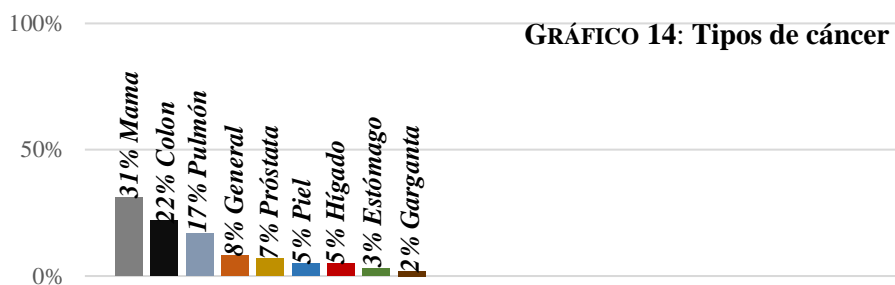
<i>Tipo de información</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Aspectos</i>	<i>Porcentaje</i>
Preventiva	25%	Nutrición	42%
		Ejercicio físico	16%
		Medidas de detección precoz	42%
Específica sobre cáncer	31%	Tipos de cáncer	32%
		Etiología	30%
		Estadio y curso	11%
		Síntomas	20%
		Riesgo en terceros	7%
Tratamiento	13%		
Pronóstica	9%		
Rehabilitación	0%		
Psicológica	11%		
Interpersonal/social	5%		
Económica/legal	0%		
Sistema sanitario	5%		
Sexualidad e imagen	1%		

Respuestas a la quinta pregunta de investigación: ¿qué tipo de cáncer tratan las piezas audiovisuales de Saber Vivir?

Los resultados que hemos obtenido en nuestro análisis nos muestran que la información sobre los distintos tipos de cáncer ocupa el primer puesto dentro de la información específica sobre la enfermedad (que es el segundo tipo de información más tratada). Esto nos lleva a detenernos en analizar los tipos de cáncer sobre los que informa *Saber Vivir*, para establecer una comparativa en relación a la tipología recogida por el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) sobre los tumores más comunes en la sociedad.

Los resultados recogidos en el gráfico 14, muestran de forma ordenada (de mayor a menor) la cobertura que se ha hecho de los distintos tipos de cáncer en las piezas audiovisuales en las que se ha tratado este tipo de información. De los **59 tipos** de cáncer que se han tratado, el principal ha sido el cáncer de mama con un 31%, y los que

menos, el de garganta y el de estómago, que responden a un porcentaje del 2 y el 3% respectivamente.



De los trece tipos de cáncer que distingue el NIH que más afectan a la sociedad, se han tratado siete de ellos. Sin embargo, encontramos que han tratado también el de estómago y el de garganta, los cuales no están recogidos en dicha clasificación.

Concretamente, los resultados que engloban a los reportajes coinciden con los obtenidos a rasgos generales, como podemos ver en la tabla 8. Las diferencias las encontramos si profundizamos y observamos los tipos tratados en los dos tipos de reportajes: en los reportajes post-producidos se han tratado más tipos de cáncer que en los reportajes en directo. Además, los más tratados han sido el de mama y el de pulmón, ambos con un porcentaje del 29%. Por otra parte, los reportajes en directo se han centrado, especialmente, en el cáncer de colon, con un 46%, y el de mama ha sido el segundo más tratado; mientras que del resto de los tipos prácticamente no se ha hablado.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos del análisis de las entrevistas, recogidos en la tabla 9, vemos que este género es el que ha hablado, prácticamente, de todos los tipos de cáncer (a excepción del cáncer de hígado). En estas piezas el más tratado vuelve a ser el cáncer de mama, pero presenta una diferencia solo del 6% con respecto al cáncer de colon.

Tabla 8: Tipología del cáncer en los reportajes

<i>Tipo</i>	<i>Porcentaje</i>
Mama	32%
Colon	21%
Pulmón	18%
General	14%
Próstata	0%
Piel	0%
Hígado	11%
Estómago	4%
Garganta	0%

Reportajes post-producidos	
<i>Tipo</i>	<i>Porcentaje</i>
Mama	29%
Colon	6%
Pulmón	29%
General	18%
Próstata	0%
Piel	0%
Hígado	12%
Estómago	6%
Garganta	0%

Reportajes en directo	
<i>Tipo</i>	<i>Porcentaje</i>
Mama	36%
Colon	46%
Pulmón	0%
General	9%
Próstata	0%
Piel	0%
Hígado	9%
Estómago	0%
Garganta	0%

Tabla 9: Tipología del cáncer en las entrevistas

<i>Tipo</i>	<i>Porcentaje</i>
Mama	29%
Colon	23%
Pulmón	16%
General	3%
Próstata	13%
Piel	10%
Hígado	0%
Estómago	3%
Garganta	3%

Otras observaciones:

Además de responder a las preguntas de investigación planteadas con anterioridad, nos ha parecido interesante detenernos en otras dos cuestiones. En el análisis realizado para responder a las preguntas de investigación y los objetivos específicos, la unidad de análisis han sido las piezas audiovisuales realizadas y emitidas por el programa, distinguiendo entre: reportajes (reportajes post-producidos y en directo) y entrevistas. En este apartado, las observaciones que hemos realizado van a ser a modo más genérico, centrándonos en los programas. Por tanto, los datos que se exponen parten del análisis del conjunto de los programas y no de cada pieza audiovisual.

Las dos observaciones en las que nos hemos centrado son: el número de programas en los que se ha tratado el cáncer con relación al número total de programas emitidos cada año; y el tiempo que ha dedicado el programa a informar sobre la enfermedad con relación a la duración total del mismo. Dado que los programas seleccionados para nuestro *corpus* de estudio no tienen todos la misma duración, los resultados se han agrupado en tres bloques (que aparecen reflejados en el gráfico 16): el bloque 1 corresponde a los programas del año 2014, con una duración aproximada de 45 minutos; el bloque 2 corresponde a los programas del año 2015, con una hora de duración; y el bloque 3 recoge los programas de los años 2016 y 2017, que tienen la misma duración (30 minutos).

El análisis revela que, solo el 4% de los 632 programas emitidos entre los años 2014 y 2017 incluyen el cáncer entre sus contenidos, como puede verse en el gráfico 15; y, de

ese 4%, el 59% de los programas dedicaron menos de la mitad de la duración del espacio a tratar la información del cáncer, como reflejamos en el gráfico 17.

GRÁFICO 15: Programas de *Saber Vivir* dedicados al cáncer

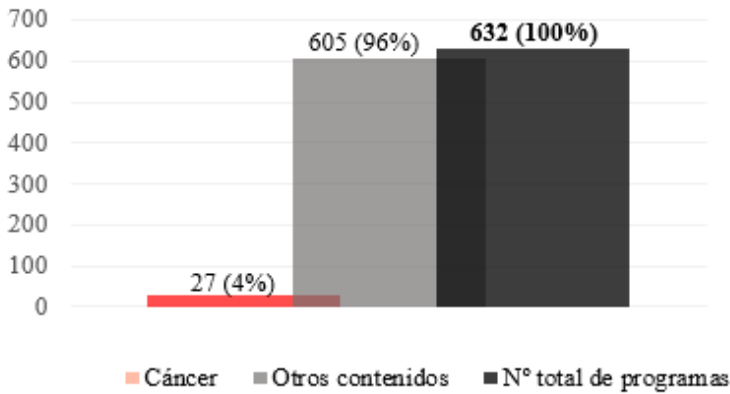


GRÁFICO 17: Tiempo dedicado al cáncer en los programas de *Saber Vivir*

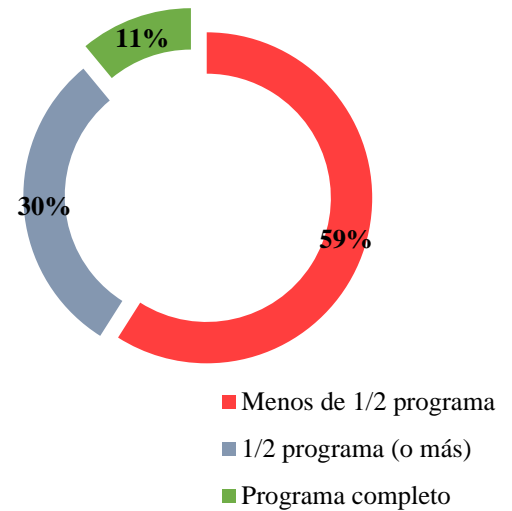
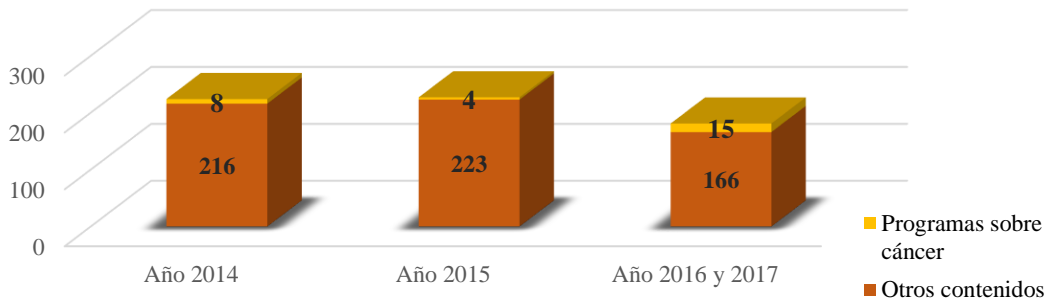


GRÁFICO 16: Programas de *Saber Vivir* dedicados al cáncer agrupados en bloques



Aunque los datos desglosados por bloques, que aparecen recogidos en el gráfico 16, muestren que durante los dos últimos años (2016 y 2017) hay un mayor número de programas dedicados al cáncer respecto a los dos años anteriores (2014 y 2015), ese aumento no es real. Lo corrobora la tabla 10, en la que recogemos de modo específico el número de programas dedicados al cáncer cada año, sin agrupación alguna. Durante el año 2016 no hubo ninguna variación con respecto al año anterior en el número de programas dedicados al cáncer. Sin embargo, sí que el aumento se aprecia en el año 2017. No obstante, el número de programas dedicados al cáncer resulta casi

insignificante si lo comparamos con el número total de programas emitidos, como ya comparamos al comienzo de este apartado.

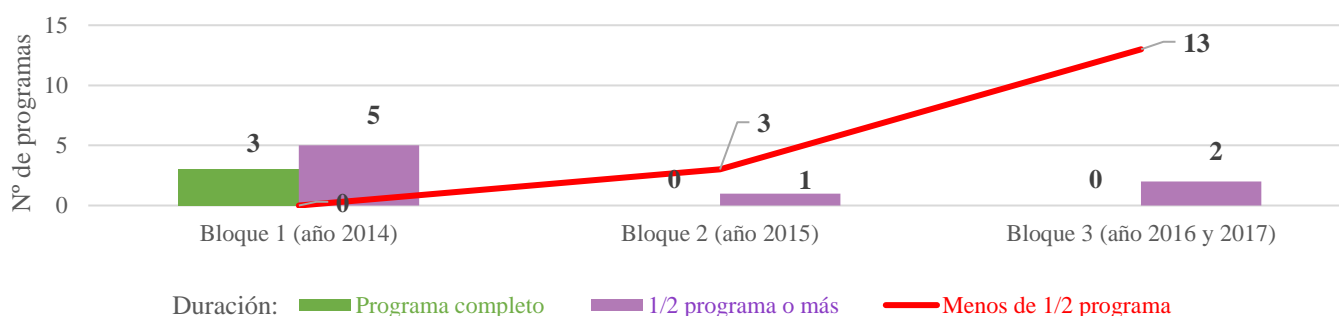
Tabla 10: N° de programas de *Saber Vivir* dedicados al cáncer vs. N° de programas emitidos

Año	N° total de programas	Porcentaje	Otros contenidos	Porcentaje	Programas sobre cáncer	Porcentaje
2014	224	100%	216	96%	8	4%
2015	227	100%	223	98%	4	2%
2016	96	100%	92	96%	4	4%
2017	85	100%	74	87%	11	13%

Por otra parte, el gráfico 18 muestra el tiempo que se le ha dedicado a la enfermedad, en aquellos programas en los que se ha tratado, respecto a la duración total de cada programa. El año 2014 fue el único en el que se le dedicó algún programa completo a la enfermedad, aunque menos de la mitad de estos (38%). A pesar de ello, encontramos que ninguno de los 8 programas dedicó menos de la mitad de su duración. Sin embargo, se aprecia un cambio al año siguiente, en el que disminuye tanto el número de programas que tratan el cáncer como el tiempo que se le dedica. Encontramos que no se le dedica ningún programa completo y notamos la presencia de algún programa en el que ya se le dedica menos de la mitad de su duración.

Estos factores van a incrementarse, especialmente, durante el último periodo, en el que los programas tienen la misma duración: los años 2016 y 2017, en los que el 87% de los programas que incluyeron el cáncer en su contenido (13) dedicaron menos de la mitad de su duración a hablar de la enfermedad.

GRÁFICO 18: Tiempo dedicado al cáncer en los programas de *Saber Vivir*



7. CONCLUSIONES

1. En cuanto a la utilización de los géneros audiovisuales, vemos que se cumple la afirmación de Torán (1982) de que las entrevistas y los reportajes son los más utilizados en televisión. Los resultados obtenidos en nuestro análisis han desvelado que han sido los dos géneros estrella en *Saber Vivir*, pero también nos han mostrado una descompensación importante en el uso de ambos géneros a la hora de tratar la información sobre cáncer. En el periodo en el que hemos centrado nuestro estudio, se han utilizado mucho los reportajes y en casos puntuales han preferido emplear entrevistas.
2. La elección de un género o de otro ha dependido del tipo de información que se fuese a tratar en la pieza audiovisual. Por ejemplo, para ofrecer información sobre cómo afrontar la enfermedad, se han utilizado entrevistas mediante las que pacientes o antiguos pacientes han compartido sus experiencias con los espectadores. En cambio, para hablar sobre información preventiva, como la alimentación o sobre información pronóstica, como medidas de detección precoz, se han preferido reportajes.
3. El hecho de que *Saber Vivir* sea un programa en directo influye en la forma en la que ofrece sus contenidos. Menos de la mitad de las piezas periodísticas relacionadas con la información oncológica han sido post-producidas. El 71% de las mismas se han llevado a cabo en el mismo momento de su emisión (sin margen de error) independientemente de las cuestiones a tratar (ya fuesen más o menos complejas).
4. No hay un uso equitativo de las estrategias comunicativas. En las piezas periodísticas se han preferido emplear recursos para adaptar la información a los espectadores, mucho más que para conseguir comprometerles. Por tanto, esto puede llevarnos a pensar que el objetivo principal del programa sea el transmitir conocimientos e información, dejando en un segundo plano la captación de la audiencia y la persuasión.
5. Las estrategias para captar a los espectadores y conseguir comprometerles se han utilizado en mayor medida en las piezas periodísticas emitidas en los programas

que incluyen un espacio destinado a las consultas del público, a través de las redes sociales y/o de un teléfono de contacto.

6. La información ofrecida no ha sido plural, ya que no se trata de un producto elaborado a partir de distintos puntos de vista ni comparación de datos, sino que la mayoría de las piezas audiovisuales han basado su contenido en los datos recabados de una sola fuente de información. Además, se han consultado los mismos tipos de fuentes, independientemente del género al que corresponda la pieza audiovisual y del tipo de información tratada en la misma.
7. Los especialistas médicos tienen mayor presencia en las entrevistas que en los reportajes, independientemente del tipo de información (relacionada con el cáncer) que se haya tratado.
8. No ha respondido a la demanda informativa de los pacientes con cáncer, porque hay tipos de información y aspectos concretos que demandan y que no se han tratado en ninguna de las 80 piezas audiovisuales. El ejemplo más significativo es la información psicológica, que representa solo un 7% de la información sobre cáncer tratada en las piezas audiovisuales, cuando “el abordaje psíquico de la enfermedad también resulta imprescindible”, como afirma González (2003).
9. En la cobertura de la tipología del cáncer los resultados chocan con los datos del último informe del SEOM (2017), en el sentido de que el tipo de cáncer que ha causado un mayor número de muertes (a nivel general) ha sido el de pulmón y en las piezas audiovisuales del programa el más tratado ha sido el cáncer de mama. No obstante, esto podría justificarse con que este tipo de cáncer ha sido la causa principal de muerte en mujeres. A pesar de ello, los tipos de cáncer que han provocado fallecimientos (recogidos en el informe) sí han sido tratados en el programa: el colorrectal, el de mama y el de próstata, a excepción del de páncreas.
10. Apenas hay presencia del cáncer en los programas de *Saber Vivir*, ya que dedican muy pocos programas a tratar la enfermedad y, además, en los programas que la tratan destinan muy poco tiempo a hablar sobre ella. Por tanto, podemos considerar que se trata de una información superficial y generalizada.

11. La emisión de programas de *Saber Vivir* ha ido disminuyendo cada año: en el año 2014, se emitieron un total de 224 programas y el año pasado un total de 85. No hemos encontrado ninguna explicación que lo justifique.

12. Los resultados obtenidos en nuestro análisis pueden poner en duda la calidad de la información relacionada con el cáncer y el cumplimiento del medio de su función de servicio público. Por tanto, se lanza como posible línea de investigación un análisis del discurso, que va a permitir realizar una valoración más profunda y compleja de las piezas periodísticas y, con ella, de la información oncológica tratada en el programa.

8. BIBLIOGRAFÍA

Alcíbar, M. (2004). La divulgación mediática de la ciencia y la tecnología como recontextualización discursiva. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, 31, 43-70.

American Cancer Society. (2017). Our research: *Cancer facts & figures 2017*. [Fecha de acceso: 15/04/2018]: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html>

Anónimo. (octubre-diciembre 2004). Ciencia y tecnología en las televisiones europeas. Un estudio de los informativos de *prime time*. *Quark*. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/quark/article/viewFile/55069/63210>

Anónimo. (2015). TVE 'abronca' y rectifica a Mariló Montero por decir que oler el limón previene el cáncer. *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/television/2015/02/18/54e46f82ca47411e438b4574.html>

Anónimo. (2015). Mariló Montero la lía de nuevo: "El aroma de limón puede prevenir el cáncer". *Ideal.es*. Recuperado de: <http://www.ideal.es/gente-estilo/201501/21/marilo-montero-oler-limon-puede-prevenir-cancer-20150121143119.html>

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.

Baragaño, T. (2002). "Saber Vivir" recupera su formato, independiente del contenedor "Por la mañana". *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/diario/2002/11/21/radiotv/1037833202_850215.html

Beca, JP y Salas, S. (2004). Medicina en televisión: ¿un problema ético? *Ética médica*, (132), 881-885. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000700015

Bernal, L., Flor, M^aJ. y Casas, AM^a. Problemas con el enfermo y la familia: influencia de los medios de comunicación. P.219-233

Bestard, M (Ed.). (2011). *Realización audiovisual*. [online]

Bienvenido, L. (2002). La divulgación científica a través del género documental. Una aproximación histórica y conceptual. *Mediatika*, (8), 69-84.

- Bullido, E. (2015). La situación de la prensa en España en diez gráficos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: https://enriquebullido.com/la-situacion-de-la-prensa-en-espana-en-diez-graficos/#iquestCuaacutentas_personas_leen_todaviacutea_el_perioacutedico_en_Espan_tildea
- Cano, L., Portalés, M y Llorca, G. (2017). La divulgación de salud en la televisión pública: el caso de RTVE en 2016. *Revista Científica de Estrategias, Tendencias e Innovación en Comunicación*, (14), 207-228. doi: <http://dx.doi.org/10.6035-2174-0992.2017.14.11>.
- Coca, J y Valero, J.A. (2010). Televisión y divulgación tecnocientífica. Análisis de algunos programas españoles. *Hologramática*, 2(13), 55-71.
- Comisión Europea, Dirección General de Investigación. (2001). *Eurobarómetro 55.2*. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/research/press/2001/pr0612en-report.pdf>
- Cortinas, C. (2011). *Cáncer: herencia y ambiente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Serna, J.L., y de EL MUNDO, S. (2006). Los medios de comunicación y la información sobre cáncer. *Comunicación en Oncología. SHP Camps Herrero C. Madrid, SEOM*, 2, 17-25.
- De Semir, V. (2003). Medios de comunicación y cultura científica. *Quark*, (28), 22-34. Recuperado de: <http://quark.prbb.org/28-29/028022.htm>
- Del Valle, C y Salgado, C. (Ed.). (2016). *Nuevas formas de expresión en comunicación*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Ezquerro, Á. (2003). ¿Podemos aprender ciencia con la televisión? *Educatio siglo XXI: Revista de la Facultad de Educación*, 20-21(1), 177-142. Recuperado de: <http://revistas.um.es/educatio/article/viewFile/142/126>
- Gallo, I. (2009). TVE despide a Manuel Torreiglesias. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/diario/2009/05/08/radiotv/1241733602_850215.html
- García, P. (2006). Cáncer. *Revista de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 100(1), 55-82.

González, A. (2003). Ayudando a los pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 0(1), 151-155.

González, J.A. (2015). *Grado de evidencia y veracidad de las recomendaciones en medicina y cirugía del programa de RTVE sobre salud "Saber Vivir"* (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.

Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.Á. y Martín, J.C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895

Informes Técnicos Ciemat. (2010). *Eurobarómetro 2010 sobre Ciencia y Tecnología. La Situación de España en el Contexto Europeo*. Recuperado de:
http://rdgroups.ciemat.es/documents/69177/122473/E_Mu%C3%B1oz_2011_1224.pdf/5f4991d4-5b88-427c-9bfc-d5f763f098de

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf

Instituto Nacional del Cáncer. [Fecha de acceso: 15/04/2018]:
<https://www.cancer.gov/espanol>

Lasswell, H. D. (Ed.). (1985). Estructura y función de la comunicación en la sociedad. *Sociología de la comunicación de masas. II Estructura, Funciones y Efectos*. Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili.

León, B. (2004). Ciencia y tecnología en las televisiones europeas. Un estudio de los informativos de *prime time*. *Quark*, (34), 74-80.

López, E. M. (1963). El análisis de contenido. *Revista de estudios políticos*, (132), 45-64.

López, G., Pollán, M., Aragonés, N., Pérez, B., Hernández, V., Lope, V., y Suárez, B. (2014). Situación del cáncer en España: incidencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27 (2), p. 165-173. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v27n2/colaboracion.pdf>

Luzón, M^aJ. (2013). Public Communication of Science in Blogs: Recontextualizing Scientific Discourse for a Diversified Audience. *Written Communication*, 30(4), 428-457. doi: 10.1177/0741088313493610

Moreno, P. (2003). El periodismo informativo en televisión: lenguaje, género y estilo. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, (9), 269-280.

National Human Genome. Research Institute. (2016). *Panorama general del genoma humano*. [Fecha de acceso: 16/04/2018]: <https://www.genome.gov/27562862/breve-historia-del-proyecto-del-genoma-humano/>

Ortega, C. (2014). *Análisis del uso de internet en los pacientes oncológicos y sus familiares* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Revuelta, G. (2006). Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 203-208. Recuperado de: http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/04-salud_medios.pdf

Revuelta G., De Semir V., Armengou C. y Selgas G. *Informe Quiral 2011: Cáncer*. Fundació Vila Casas y Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, 2012. Disponible en: http://www.occ.upf.edu/img/imatges/cms/Informe_quiral_2011.pdf

Roskelley, S., Llorente, F., Rutz, D., Martos, J. S., y Aparicio, R. (1999). Cómo se decide la programación sobre salud en radio y televisión. *Quark*, (16), 80-90.

RTVE.es. (2007). *Saber Vivir 2000 días a tu lado*. Disponible en: <http://www.rtve.es/files/1013-924-FICHERO/SaberVivirDossier.pdf?download=1> [Fecha de acceso: 19/04/2018]

RTVE.es. (2009). *TVE sustituye a Torreiglesias como responsable de “Saber Vivir” y garantiza la continuidad del programa*. Disponible en: <http://www.rtve.es/television/20090507/tve-sustituye-torreiglesias-como-responsable-saber-vivir-garantiza-continuidad-del-programa/275876.shtml> [Fecha de acceso: 10/05/2018]

RTVE.es. (2015). *Comunicado del espacio de TVE “Saber Vivir”*. Disponible en: <http://www.rtve.es/rtve/20150218/comunicado-del-espacio-tve-saber-vivir/1100601.shtml>. [Fecha de acceso: 10/05/2018]

RTVE.es. (2016). *Saber Vivir – Ayudar y ser ayudado*. [online] Disponible en: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-manana/beneficios-ayudar/3689654/> [Fecha de acceso: 19/04/2018]

RTVE.es. (2018). *La 1 crece en 2017 hasta el 10,4%, mejor dato en cinco años, y logra en diciembre un 11,4%, récord desde octubre de 2012*. Disponible en:

<http://www.rtve.es/rtve/20180102/1-crece-2017-hasta-104-mejor-dato-cinco-anos-logra-diciembre-114-record-desde-octubre-2012/1653567.shtml> [Fecha de acceso:

11/05/2018]

Rutten, L., Arora, N., Bakos, A., Aziz, N. y Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Education and Counseling*, 57, 250-261. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399104001983>

Salcedo, J. y Muñoz, M^a.P. (2006). Información y comunicación de la investigación en Oncología. Sociedad Española de Oncología Médica (Ed.), *Comunicación en Oncología* (pp. 235-254). Madrid, España. Recuperado de:

https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion_oncologia/13.pdf

Sanz, Á. (2017). El cáncer en España. *Acofar*. (548), p. 25.

Slater, M., Long, M., Bettinghaus, E y Reineke, J. (2008). News coverage of cancer in the United States: a national sample of newspapers, television and magazines. *Journal of Health Communication*, 13(6), p. 523-537

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2017). *Las cifras del cáncer en España*. Recuperado de:

https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2018). *Las cifras del cáncer en España*. Recuperado de:

https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf

Timoty, J. (1998). Medicine and the media. Conferencia llevada a cabo en la Massachusetts Medical Society, Boston, Estados Unidos. Publicada en *New England Journal of Medicine*, 339 (2), p. 87-92. Recuperado de:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199807093390206>

Torán, E. (1982). *La información en TV*. Barcelona, España: Mitre.

Villagrasa, JM. (2011). *¡Atrápalos como puedas! La competencia televisiva: programación y géneros*. Valencia, España: Tirant to Blanch.

Warton, J. P. (2006). Análisis de contenido. *El análisis político*.

Wolf, M. (1994). *Los efectos sociales de los media*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

9. ANEXO I: Muestra del estudio. Índice de los programas analizados

Programa 1: “Saber vivir – Prevención y diagnóstico precoz del cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-04-02-14/2374507/>

Programa 2: “Saber vivir – Dieta contra el cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-18-03-14/2454127/>

Programa 3: “Saber vivir – Día de la prevención del cáncer de colon”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-31-03-14/2479447/>

Programa 4: “Saber vivir – Prevenir y detectar el cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-21-05-14/2574135/>

Programa 5: “Saber vivir – Protégete frente al cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-protegete-frente-cancer/2693356/>

Programa 6: “Saber vivir – Cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-cancer/2899499/>

Programa 7: “Saber vivir - Frenar el cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-frenar-cancer/2813879/>

Programa 8: “Saber vivir – Prevenir el cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/saber-vivir-prevenir-cancer/2782135/>

Programa 9: “Saber vivir – Dieta anticáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/dieta-anticancer/2980408/>

Programa 10: “Saber vivir – Mejora tu estado de ánimo”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/lmvivir/2958738/>

Programa 11: “Saber vivir – Día Mundial del Cáncer”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/dia-mundial-contra-cancer/2980537/>

Programa 12: “Saber vivir – Alimentos para prevenir el cáncer de mama”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/alimentos-para-prevenir-cancer-mama/3078215/>

Programa 13: “Saber vivir – La piel, espejo de alma y cuerpo”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/piel-espejo-alma-cuerpo/3721898/>

Programa 14: “Saber vivir – Garganta, faringitis y laringitis”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/garganta-faringitis-laringitis/3688396/>

Programa 15: “Saber vivir - ¿Cómo identificar un melanoma?”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/identificar-melanoma/3679438/>

Programa 16: “Saber vivir – Problemas respiratorios”, disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/la-manana/problemas-respiratorios/3803510/>

Programa 17: “Saber vivir – 12/12/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-12-12-17/4365480/>

Programa 18: “Saber vivir – 05/12/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-05-12-17/4348449/>

Programa 19: “Saber vivir – 24/11/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-24-11-17/4323131/>

Programa 20: “Saber vivir – 17/11/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-17-11-17/4310158/>

Programa 21: “Saber vivir – 15/11/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-15-11-17/4306567/>

Programa 22: “Saber vivir – 07/11/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-07-11-17/4293193/>

Programa 23: “Saber vivir – 26/10/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-26-10-17/4272228/>

Programa 24: “Saber vivir – 25/10/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-25-10-17/4270540/>

Programa 25: “Saber vivir – 05/10/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-05-10-17/4248781/>

Programa 26: “Saber vivir – 03/10/17”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/saber-vivir/saber-vivir-03-10-17/4246975/>

Programa 27: “Saber vivir – Cáncer de colon”, disponible en:
<http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-manana/lm-sabervivir/3927549/>

10. ANEXO II: Modelo de ficha

FICHA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

FICHA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO					
Tiempo	Duración del programa:		Tiempo dedicado al cáncer:		
Género	En directo				
	En diferido				
Estrategias comunicativas	Para adaptar la información	Explicación de términos y conceptos	Para comprometer al público		
		Reformulación de la información			
		Comparaciones			
		Ejemplos			
		Interacción a través de redes sociales o teléfono de contacto			
		Humor			
		Anécdotas			
		Autorrevelación			
		Lenguaje inclusivo			
Fuentes informativas	Tipología	Documentales	Informes		
			Estudios/investigaciones		
			Diagnósticos		
			Otros		
		Personales	Médicos especialistas		
			Periodistas		
			Pacientes/antiguos pacientes		
			Familiares y entorno		
		Otros			
Tipo de información	Información sobre prevención		Nutrición		
			Ejercicio físico		
			Medidas de detección precoz		
	Información específica sobre el cáncer		Tipo de cáncer	Colorrectal	Próstata
				Endometrio	Pulmón
				Hígado	Riñón
				Leucemia	Seno
				Linfoma	Tiroides
				Melanoma	Vejiga
				Páncreas	General
	Información relacionada con el tratamiento		Etiología		
			Estadio y curso		
			Efectos físicos y síntomas		
			Riesgo de enfermedad en terceros		
			Manejo de los síntomas		
			Tratamientos disponibles		
Plan de tratamiento					
Cómo funciona el tratamiento					
Efectos secundarios					
Cómo reducir los efectos secundarios					
Evolución durante el tratamiento					
Éxito del tratamiento					
Efectos de discontinuar el tratamiento					
Otros tratamientos: alternativos o complementarios					

	Información pronóstica	Esperanza de vida
		Tasas de supervivencia
		Posibilidad de recurrencia del cáncer
		Expectativas de salud en un futuro y efectos en proyectos de vida
	Información sobre rehabilitación	Cuidado personal durante la recuperación
		Tiempo de recuperación
		Efectos secundarios a largo plazo
		Cómo reconocer complicaciones después del tratamiento
		Dónde obtener suministros médicos necesarios
	Información sobre cómo afrontar la enfermedad	Reacciones emocionales y psicológicas
		Información sobre grupos de apoyo emocional
		Información sobre apoyo espiritual
		Experiencias de otros pacientes
	Información interpersonal/social	Efecto en la familia, amigos o cuidadores
		Efecto sobre la vida social y ocio
		Efecto en la vida laboral
	Información económica/legal	
	Información del sistema sanitario	Ensayos clínicos
		Avances científicos
		Calidad del servicio médico
Atención médica		
Información sobre sexualidad e imagen	Sexualidad	
	Apariencia física	

11. ANEXO III: Información complementaria

Tabla 1. Seis cambios diabólicos

<i>Cambios</i>	<i>Aspectos a destacar</i>
1. Crecimiento aun en ausencia de señales de "luz verde"	La mayoría de las células normales esperan la llegada de una señal o mensaje externo antes de dividirse; las células cancerosas frecuentemente "falsifican" sus propios mensajes de inducción del crecimiento.
2. Crecimiento a pesar de señales de "alto" transmitidas por las células vecinas	A medida que un tumor se expande, aprieta los tejidos adyacentes, que envían mensajes químicos que normalmente detendrían la división celular, pero las células malignas ignoran tales órdenes.
3. Evasión de mecanismos de autodestrucción existentes	En células saludables, la producción de daño genético sobre un cierto nivel desencadena un programa de "suicidio celular". Las células tumorales evaden este mecanismo, aun cuando agentes del sistema inmune pueden a veces exitosamente "ordenar" a las células cancerosas que se autodestruyan.
4. Habilidad de estimular la construcción de vasos sanguíneos	Los tumores necesitan oxígeno y nutrientes para sobrevivir y los obtienen captando vasos sanguíneos para que formen nuevas ramificaciones que atraviesan la masa tumoral.
5. Inmortalidad efectiva	Las células normales no se dividen más de 70 veces. Las células malignas necesitan más que eso para formar un tumor, por lo que le dan la vuelta a sistemas —como los telómeros al final de los cromosomas— que hacen respetar el límite de reproducción celular.
6. Capacidad de invadir otros tejidos y diseminarse en otros órganos	Los cánceres usualmente se vuelven amenazadores para la vida sólo cuando de alguna manera han invalidado el circuito celular que los confina a una parte específica de un órgano específico en el cual surgen. Nuevos crecimientos aparecen y eventualmente interfieren con circuitos vitales.

Fuente: Cortinas, C. (2011). *Cáncer: herencia y ambiente*. México: Fondo de Cultura Económica.

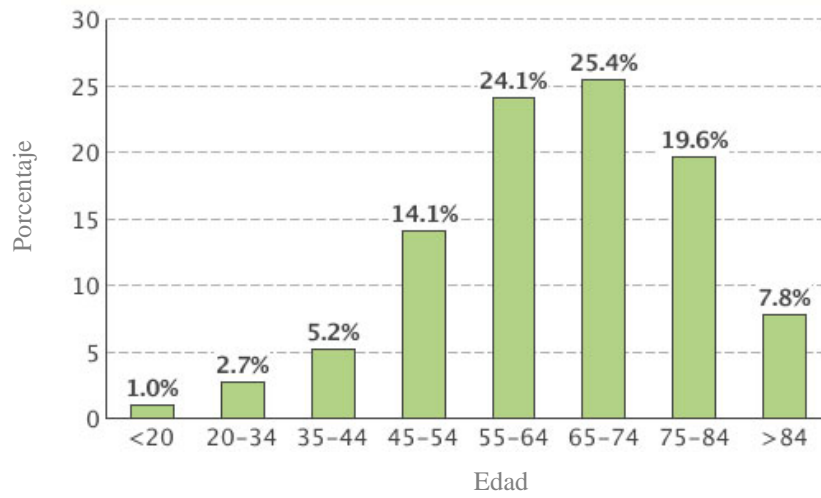
Tabla 2. *Compuestos químicos, mezclas complejas o exposiciones laborales*

<i>Compuestos, mezclas o exposiciones laborales</i>	<i>Evidencia en seres humanos</i>	<i>Tipo de cáncer que produce</i>	<i>Mecanismo de acción</i>
Ácidos inorgánicos (neblinas)	Suficiente	Cáncer de la laringe	Evidencia inapropiada de daño genotóxico
Aflatoxina	Suficiente	Carcinoma hepatocelular	Formación de aductos en el ADN y mutación del gen supresor p53
Alcohol isopropilo (manufactura)	Suficiente	Cáncer de la cavidad nasal	Evidencia inapropiada de daño genotóxico
Aluminio (exposición laboral)	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria y pulmonar	Evidencia de actividad genotóxica débil
4-Aminobifenilo	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria	Formación de aductos en el ADN, mutaciones y daño cromosómico
Auramina (producción)	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria	Evidencia de actividad genotóxica débil
Benceno	Suficiente	Leucemia mieloide aguda	Efectos genotóxicos múltiples incluyendo cambios
Bencidina	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria	Formación de aductos en el ADN, mutaciones y daño cromosómico
Benzopireno	No se dispuso de datos epidemiológicos en humanos pero existe suficiente evidencia de su carcinogenicidad en animales	Se le relaciona, entre otros, con los cánceres provocados por la exposición al hollín y al humo del tabaco	Formación de aductos en el ADN que provocan intercambios entre cromátidas hermanas, micronúcleos, daño en el ADN
Bis(clorometil) éter y Clorometil	Suficiente	Cáncer pulmonar	Alquilación del ADN y generación de mutaciones
1,3-Butadieno	Suficiente	Cáncer de órganos hematopoiéticos	Formación de epóxidos reactivos que interaccionan con el ADN y provocan mutaciones
Coque (producción)	Suficiente	Cáncer pulmonar	Daño genotóxico mediado por la formación de aductos en el ADN
Gasificación del carbón	Suficiente	Cáncer pulmonar	Daño genotóxico mediado por la formación de aductos en el ADN

Alquitrán de carbón: exposición laboral	Suficiente	Cáncer de la piel (incluyendo la del escroto)	Daño genotóxico mediado por la formación de aductos en el ADN
Alquitrán de carbón como se encuentra en el asfalto y recubrimiento de techos	Suficiente	Cáncer pulmonar	Daño genotóxico
Aceites minerales sin tratar o ligeramente tratados	Suficiente	Cáncer de la piel del escroto	Evidencia débil de actividad genotóxica
Aceite de esquistos	Suficiente	Cáncer de la piel del escroto	Evidencia débil de actividad genotóxica
Hollín como se encuentra en las chimeneas	Suficiente	Cáncer de la piel (del escroto) y cáncer pulmonar	Existe evidencia moderada de daño genotóxico
Magenta (producción)	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria	Datos insuficientes
2-Naftilamina	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria	Formación de aductos en el ADN, mutaciones y daño cromosómico
o-Toluidina	Suficiente	Cáncer de la vejiga urinaria	Formación de aductos en el ADN que le inducen daños
Cloruro de vinilo	Suficiente	Angiosarcoma en el hígado y carcinoma hepatocelular	Acción promutagénica por medio de la formación de aductos en el ADN y mutaciones en protooncogenes y en genes supresores de tumores
Exposición laboral al hule	Suficiente	Leucemia, linfoma, cánceres de la vejiga urinaria, pulmón y estómago	Múltiples efectos genéticos y citogenéticos
Exposición laboral como pintor	Suficiente	Mesotelioma, cánceres de la vejiga urinaria y pulmonar	Múltiples efectos genéticos y citogenéticos difíciles de adjudicar a los diferentes compuestos químicos a los que se exponen

Fuente: Cortinas, C. (2011). *Cáncer: herencia y ambiente*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gráfico 1. Casos de cáncer por edad en Estados Unidos (2007-2011)



Fuente: Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.