

Comunicación y salud

Nuevos escenarios y tendencias

Ubaldo Cuesta - Tania Menéndez - Aitor Ugarte (coords.)



Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias

UBALDO CUESTA CAMBRA

TANIA MENÉNDEZ HEVIA

AITOR UGARTE ITURRIZAGA

(coordinadores)

Esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundación Abbott, de Madrid Salud (organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid) y de la Universidad Complutense de Madrid

Todos los libros de la Editorial Complutense a partir de enero de 2007 han superado el proceso de evaluación experta

Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización expresa de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley

Edición a cargo de Sandra Gaspar Herrero

© 2011 by Ubaldo Cuesta Cambra, Tania Menéndez Hevia y Aitor Ugarte Iturrizaga de la coordinación y los autores de sus textos

© 2011 by Editorial Complutense, S. A.
Donoso Cortés, 63 - 4.ª planta. 28015 Madrid
Tels.: 91 394 64 60/1. Fax: 91 394 64 58
ecsa@rect.ucm.es
www.editorialcomplutense.com

Primera edición: Junio 2011

Imprime:

ISBN: 978-84-9938-088-9

Depósito legal:

Impreso en España - *Printed in Spain*

Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional

Índice

- PRESENTACIÓN
7 ANTONIO BAÑARES
- PRÓLOGO
9 TANIA MENÉNDEZ HEVIA
- I. NUEVOS ESCENARIOS EN COMUNICACIÓN Y SALUD
- 15 1. El imaginario social de la salud en la cultura moderna
ALEJANDRO NAVAS GARCÍA
- 33 2. La Comunicación para la salud desde una perspectiva relacional
HERNÁN ALFREDO DÍAZ
- 51 3. La responsabilidad de las instituciones públicas en la comunicación sobre salud
MARÍA YOLANDA MARTÍNEZ SOLANA
- 65 4. ¿Qué opinan los médicos de familia sobre la implicación de los pacientes en
la toma de decisiones clínicas? Resultados de un estudio cualitativo con grupos focales
LAURA JIMÉNEZ DE GRACIA, ROGER RUIZ MORAL, ENRIQUE GAVILÁN MORAL
- 81 5. Algunas cuestiones sobre la representación de la salud pública en el cine
argentino de la democracia
SEBASTIÁN MESCHENGIESER

II. TENDENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN

- 93 6. Estrategias de comunicación para prevenir el consumo de drogas: algunos
apuntes sobre las campañas en EEUU y España
AITOR UGARTE ITURRIZAGA
- 111 7. La telefonía móvil como instrumento de comunicación para la información
y prevención del consumo de drogas
JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA, MIGUEL FERRERAS OLEFFE
- 125 8. Estrategias de prevención respecto al consumo de sustancias adictivas a partir
del estudio de los perfiles de los consumidores
MARÍA JOSÉ CAPILLA LLISTÓ
- 143 9. Educación para la salud en jóvenes a través de los medios sociales: desarrollo de
un caso práctico sobre prevención de drogodependencias
TANIA MENÉNDEZ HEVIA, UBALDO CUESTA CAMBRA
- 167 10. Tabaco y publicidad: la eficacia persuasiva de las apelaciones al miedo
JUAN JOSÉ IGARTUA PEROSANZ
- 195 EPÍLOGO
AITOR UGARTE ITURRIZAGA

PRESENTACIÓN

Entre los fines y objetivos específicos de la Fundación Abbott se encuentran los de potenciar la formación continuada de los profesionales de la salud, así como la educación sanitaria de la población española y desarrollar acciones en el marco social, político y científico de la sanidad española que contribuyan a mejorarla.

La Industria Farmacéutica necesita acercarse al ciudadano, no es un sujeto ajeno a los intereses de la sociedad, forma parte de ella y contribuye decisivamente a su bienestar. Y en este sentido, desde el mecenazgo y la cooperación podemos promover el desarrollo del conocimiento y sus aplicaciones, mediante el apoyo a la investigación, el desarrollo científico y la innovación tecnológica.

La Fundación Abbott desea constituirse en agente facilitador de recursos y puente entre los profesionales de la salud y el mundo académico, identificando las necesidades formativas de aquellos y ofreciendo propuestas efectivas de generación de conocimiento que contribuyan decisivamente a mejorar la educación sanitaria de la población.

Por ello, desde el año 2005 la Fundación Abbott ha venido colaborando con el Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense y con el organismo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid en la organización de los Cursos de Comunicación y Salud que desde su inicio responden a la necesidad de resaltar el papel fundamental que juega la comunicación en el ámbito de la salud así como de formar adecuadamente a los profesionales implicados en ello.

Fruto de esta exitosa colaboración fue también la puesta en marcha desde 2009 del Título de Experto en Comunicación Social y Salud, curso de posgrado de la Universidad Complutense que nació con el propósito de complementar la formación y promover la especialización en este campo emergente y de gran demanda social.

Este libro también es el resultado de los estudios y reflexiones que esta colaboración entre instituciones está posibilitando en la investigación en esta área de la comunicación.

Desde la Fundación Abbott queremos seguir apostando por ser aliados de la Universidad, porque seguimos creyendo que es el espacio óptimo y natural en donde el saber y la formación responden a los problemas y necesidades planteados, y también en el que la generación constante de conocimiento proporciona una fuente de progreso regenerador a la población.

Si desde la Fundación Abbott conseguimos promover con este esfuerzo conjunto multidisciplinar el avance en el conocimiento y la formación de los profesionales de la comunicación implicados en el ámbito de la salud, nos sentiremos plenamente satisfechos por ello.

Antonio Bañares

PRÓLOGO

En el año 1975 se crea la División de Comunicación y Salud en el seno de la ICA (*International Communication Association*) y justo diez años después, en 1985, aparece esta misma sección sobre Comunicación y Salud en el seno de la NCA (*National Communication Association*). Es decir, hace tan sólo 25 años.

Sorprende que uno de los aspectos más importantes para el ser humano, su bienestar (o salud, en el sentido más amplio) y la comunicación que interviene en este bienestar, tardaran tanto en adquirir un estatus académico reconocido. Todavía hoy es un campo emergente y dubitativo, a pesar de que autoras del prestigio de Barbara Korsch afirmen con optimismo que “hoy, para mi satisfacción, la comunicación médico-paciente, es reconocida como un aspecto legítimo de la atención médica y se incluye en los programas de formación en pre y postgrado” (Korsch, 2010, 522). Barbara es, además, médico pediatra en el Hospital Infantil de Los Ángeles, lo que contribuye a tomar en consideración su opinión desde un marco de referencia (la medicina hospitalaria) tradicionalmente poco sensible al área de la comunicación y la salud. Lo cierto es que, en los años cincuenta, cuando Barbara, pionera en el área, comenzó sus estudios sobre comunicación y salud, no encontró mucho apoyo dentro de la colectividad médica: “fue gracias al apoyo de la comunidad —que no de la profesión médica— que fui animada —y subvencionada— por mis esfuerzos” (*op. cit.*). Los *verbatim*s de sus primeras investigaciones son escalofriantes, pero no creo que nos suenen poco familiares: “Ese doctor no me escuchó...El doctor no me trató como un ser humano...El doctor no entendió realmente mi problema...” (*op. cit.*).

Cuando en 1984 Teresa Thompson señala algunos de los problemas de las investigaciones en comunicación y salud apunta especialmente “la tendencia a culpabilizar a la clase médica” (Thompson, 1984, 149 y ss.). Suscribiendo sus palabras, no pretendemos culpabilizar a la clase médica en absoluto. Ciertamente, los especialistas sanitarios, en su conjunto, constituyen una de las clases más preparadas, sacrificadas y, ciertamente, vocacionales que existen y están colaborando actualmente al desarrollo de esta área. Por ejemplo, en el postgrado de

“Experto en Comunicación Social y Salud” que se imparte en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid en colaboración con la Fundación Abbott y el Ayuntamiento de Madrid, participan un gran número de profesores adscritos al área de la salud (especialmente médicos, aunque no sólo). Sin embargo, queda todavía un amplio camino por recorrer para que el modelo sanitario, basado —en gran medida— en planteamientos biologicistas, incorpore satisfactoriamente a su *corpus* muchos de los aspectos propios del área de la comunicación y la salud.

En todo caso, como decíamos al inicio, el área de la “comunicación y la salud” es muy reciente. La primera revista académica, *Health Communication* no aparece hasta 1989 y la segunda, *Journal of Health Communication*, hasta 1996. Precisamente este trimestre, Septiembre-Noviembre 2010, la revista *Health Communications* celebra su centenario (el N.º 100), con un volumen de gran interés donde pueden verse algunos de los focos de interés recientes de este campo que evoluciona vertiginosamente, tanto en cantidad como en calidad y diversidad de intereses.

Sin embargo, quizá por la propia juventud del área y las dificultades inherentes al campo de estudio —tan interdisciplinar y polisémico— este crecimiento presenta algunas dificultades importantes. En 1984 Teresa Tompson señalaba algunos problemas específicos sobre los que convenía investigar y profundizar. Muchos de ellos continúan sin resolverse de forma satisfactoria, aunque los avances son notables:

- Una conceptualización demasiado simplista de los modelos teóricos que sustentan las investigaciones, cuando no una carencia total de modelos: en el periodo de 1989 a 1994, el 73% de las investigaciones publicadas en la revista *Health Communication* no se apoyaban en ninguna teoría o modelo, en cinco años el porcentaje se mantuvo estable y diez años después descendió al 52%, situándose actualmente en el 32% (Kim *et al.*, 2010).
- La falta de investigación relevante en relación con las áreas de estudio tradicionalmente subrayadas por los *Cultural Studies* en su versión crítica (e.g. Dutta, 2010). Cuestiones como:
 - quién, cómo y por qué marca la agenda y el marco de referencia (*framing*) de los temas
 - la capacidad de las ideologías para privilegiar *claims*
 - los valores inmersos en dichos *claims*

- el análisis de las estructuras, sus relaciones con las estructuras de poder (políticas, económico-empresariales) y la posibilidad de cambio —aunque no es evidente que este punto sea específico del área de la comunicación y la salud, parece más propio de la sociología o la psicología social—.
 - La conceptualización de “riesgo” desde marcos políticos, económicos y culturales.
 - Etc.
- Una adecuada profundización en consideraciones éticas que, al menos parcialmente, enlazan con las ideas del apartado anterior, pero añaden algunos aspectos muy relevantes, como el replanteamiento de la comunicación desde un nuevo enfoque estratégico que tenga más en consideración al propio “receptor” de la comunicación en programas de salud. Es necesario considerar que algunos de los campos más relevantes dentro del área de la salud hacen referencia a aspectos muy vinculados con patrones íntimos de conducta o intervienen en aspectos relacionados con valores, creencias, normas y estilos de vida.
- La innovación pedagógica en destrezas comunicativas, especialmente relevantes en la comunicación médico-paciente mencionada al inicio de esta introducción, constituye uno de los campos donde urge un impulso. Naturalmente, hablamos de una innovación pedagógica que implique una implantación de tales destrezas. Por alguna razón, no se ha conseguido, hasta la fecha, implantar adecuados patrones de interacción médico-paciente o “proveedor de salud-paciente”, aunque es evidente que se están desarrollando avances en este campo, pero de una forma un poco “intuitiva”, sin seguir unos protocolos establecidos. De hecho, ni siquiera existe esta materia (o similar) como asignatura optativa en los grados de medicina.
- Finalmente, la preocupación por desarrollar, en el ámbito académico, investigaciones y, por lo tanto, descubrimientos que sean *útiles*, relevantes (quizá deberíamos decir “pertinentes”) para el ejercicio cotidiano de la práctica médica.

Algunos de estos aspectos han sido trabajados por el equipo de investigación y docencia que viene desarrollando una importante labor desde hace ya casi diez años en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid, fruto de un convenio entre dicha Universidad, la Fundación Abbott y Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). Otras instituciones se han ido incorporando a este grupo de trabajo, como FUN-

DADEPS, la Fundación de la Educación para la Salud o INICyS, el Instituto Internacional de Comunicación y Salud.

Este manual forma parte de una línea editorial de este grupo de trabajo y constituye ya el cuarto ejemplar de esta serie. En él, se abordan cuestiones complejas y, en cierto modo, dispares, concebidas con el ánimo de avanzar en la reflexión y difusión de algunos de los aspectos considerados entre los más “relevantes” por algunos de los profesionales y académicos más destacados del sector que han colaborado en esta edición. Son, en todo caso, escenarios y tendencias, como indica el subtítulo de la obra dentro de un campo tan polisémico como es el complejo, apasionante y extraordinariamente relevante mundo de la comunicación en, por y para la salud.

Tania Menéndez Hevia

I. NUEVOS ESCENARIOS EN COMUNICACIÓN Y SALUD

1. El imaginario social de la salud en la cultura moderna

ALEJANDRO NAVAS GARCÍA

Profesor de Sociología, Universidad de Navarra*

*Agradezco la colaboración de Guadalupe Alsina, Sonsoles Gutiérrez, Gonzalo Herranz, Rafael Jordana, Alberto López-Hermida, Rocío Ortiz y Enrique Sueiro, que han enriquecido este texto con sus observaciones

Los sondeos suelen reflejar que la salud constituye el asunto más importante para la ciudadanía. Así lo indican, por ejemplo, los barómetros sanitarios que realiza cada año el CIS. El de 2007 (Estudio 8807) comenzaba su encuesta con la pregunta: “Para empezar, ¿podría decirme cuál de las siguientes áreas que le voy a leer es la que considera Ud. de mayor interés para los ciudadanos?”. Las respuestas no dejan lugar a dudas: sanidad (28,3%), vivienda (20,3%), educación (20,1%), seguridad ciudadana (11,7%), servicios sociales (3,5%), defensa (1%) y transportes (0,9%). El 3,2% no sabe, y el 0,8% no contesta¹. Los barómetros de años anteriores arrojan datos similares, incluso más contundentes a favor de la sanidad como tema prioritario.

Igual resultado muestra la cuarta encuesta sobre la percepción social de la ciencia, la tecnología y la innovación, realizada en 2008 por la FECYT (Fundación Española para la Ciencia y Tecnología): la información sobre temas de salud y medicina desplaza al segundo lugar a las noticias deportivas, que habían liderado el ranking en las tres encuestas anteriores (2002, 2004 y 2006). Este cambio tiene especial relevancia si se considera el momento verdaderamente dulce que vive el deporte español. Los encuestados declaran que el ámbito sanitario es el sector prioritario al que el país debería dedicar sus esfuerzos de investigación de cara al futuro, por delante de las fuentes de energía y el medio ambiente.

Una vez demostrada la importancia del tema —disculpable tic de todo profesor—, me propongo esbozar, de modo incompleto y no del todo sistemático, el contexto cultural en

1. Los autores del cuestionario han omitido algún asunto que sin duda hubiera ocupado un lugar preferente en la lista, como la inmigración —limitaciones de las preguntas cerradas—, pero está claro que la salud preocupa y mucho a la ciudadanía.

el que los modernos sitúan la salud. Para subrayar lo específicamente moderno llevaré a cabo alguna comparación con la cultura de la sociedad tradicional. Al fin y al cabo, la contraposición moderno-antiguo es uno de los recursos más empleados en las ciencias sociales. Luego mostraré cómo en nuestro imaginario actual la salud se relaciona estrechamente con conceptos como *felicidad* y *belleza*, y finalmente mencionaré algunas paradojas derivadas de esa visión de la salud.

CONCEPTO DE SALUD

Durante siglos, incluso durante milenios, la humanidad vivió a merced de los más diversos agentes patógenos, las inclemencias meteorológicas y una naturaleza hostil o, cuando menos, indómita, por no hablar de los peligros emanados de los propios congéneres. Se ha dicho, con una imagen bien gráfica, que los seres humanos debían de tener una sensación muy similar a la del condenado a muerte al que se le aplaza por un tiempo indeterminado la ejecución de la sentencia: se despierta cada mañana ignorando si llegará vivo al final de la jornada. La mortalidad infantil era muy elevada, la esperanza de vida más bien corta y la existencia estaba frecuentemente amenazada. Sobrevivir era una suerte, un regalo de los dioses o del destino.

Este panorama cambia radicalmente con el siglo xx. Los avances de la ciencia y la tecnología llegan a la Medicina y permiten derrotar a los azotes clásicos de la humanidad (peste, cólera, infecciones, hambre...) e incluso la propia muerte parece ceder terreno. La salud pasa de ser el regalo aleatorio de una lotería que escapa al control humano a convertirse en una auténtica conquista. Expresión de este nuevo clima de opinión es la propia definición de salud, propuesta por Stampar en 1945 y adoptada por la OMS en su carta fundacional (1946): “Completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”. Esta atrevida formulación trasluce sin duda el optimismo y la confianza en sí mismo del Occidente que ha salido triunfador de la Segunda Guerra Mundial y que se dispone a poner en marcha el Estado del Bienestar.

Enseguida se hizo patente que esa definición era criticable por más de un motivo. Para empezar, el *bienestar* resulta un concepto demasiado subjetivo y, de otra parte, el adjetivo *completo* da a la definición un carácter utópico, imposible de alcanzar en este mundo. En rigor, nadie podría cumplir plenamente esos requisitos y una persona sana sería tan solo aquella que todavía no ha sido investigada suficientemente a fondo. Ese concepto resulta además poco operativo, difícil de medir. A la vista de esas limitaciones, en los últimos

decenios se han realizado diversos intentos de definición que han tenido en cuenta otros aspectos, como la adaptación del hombre al medio ambiente o el desempeño de las distintas funciones. Dar con una definición plenamente satisfactoria de la salud se antoja un empeño imposible, como por otra parte sucede con casi todos los conceptos básicos de las disciplinas científicas, y no es mi propósito criticar las definiciones anteriores y enriquecer el debate con una nueva. Aquí me fijaré en el papel que juega la salud en la cultura moderna, lo que exige en primer lugar una breve caracterización de sus rasgos esenciales.

CARACTERIZACIÓN DE LA CULTURA MODERNA

Desde el punto de vista antropológico, cultura se contrapone a naturaleza —la biología, en cambio, considera al hombre elemento integrante de la naturaleza—. Ésta se refiere a lo que está ahí, ajeno y previo a la intervención del hombre, que nos acoge, nos alimenta y, en principio, nos va a sobrevivir. La naturaleza muestra además un dinamismo intrínseco: el ciclo de la vida. Cultura es lo que hace el hombre y lo que piensa y dice al hacerlo. Esa acción se articula en una trama de tecnología, reglas —legales, éticas, sociales, etc.— y símbolos —desde la bandera del club de fútbol hasta el credo religioso—. Estos tres ámbitos se corresponden con los tres sentidos del verbo latino *colere*, raíz de nuestro término *cultura*: cultivo del campo, agricultura; cultivo de uno mismo —en este sentido se habla de una persona culta— y culto a Dios, que tienen que ver con la tecnología, con las reglas —la educación es cuestión básicamente de pautas— y con los símbolos —la religión es la fuente de significado primordial, el paraguas simbólico de mayor amplitud—. De todos modos, no conviene exagerar esa contraposición entre naturaleza y cultura: el hombre es cultural por naturaleza, la cultura es naturaleza humanizada.

En ciencias sociales el concepto de *cultura* se aplica siempre a un colectivo: constituye su forma de vida, la manera en que afronta y resuelve los retos que plantea la existencia, pues la biología no nos indica cómo hay que vivir. Los animales se desenvuelven en un entorno relevante, tienen su nicho; el hombre tiene mundo —su entorno es el Universo—, está inicialmente indeterminado y se adapta a los más variados ambientes.

Lo que se denomina cultura moderna arranca con la Ilustración, llega a su plenitud entre el final del siglo XIX y comienzo del XX, y se prolonga de manera más bien inercial hasta el día de hoy, agotada en cierta medida y sumida en una crisis que se suele llamar posmodernidad. Sus logros, que definen nuestro mundo, son espectaculares: la ciencia y la tecnología; la libertad individual y política; la democracia y el Estado de Derecho; el aprecio a la dignidad

y la cultura de los derechos humanos; un desarrollo material nunca alcanzado anteriormente; el Estado del Bienestar; la disminución de la mortalidad infantil y el incremento de la esperanza de vida; la escolarización universal, gratuita y obligatoria, etcétera. El gran mito de la modernidad es el Progreso, necesario e ilimitado que, alimentado por la ciencia, afecta a la totalidad de la humanidad y ha sumido a nuestra sociedad en un éxtasis de confianza absoluta en la propia capacidad y de optimismo inquebrantable.

Quiero subrayar el papel de la ciencia, que se puede considerar el buque insignia del proyecto ilustrado. El método experimental generó una auténtica revolución cognoscitiva, pero la ciencia moderna no sólo es saber, conocimiento de las leyes que rigen los fenómenos naturales, sino que es también poder: “Saber es poder”, declaraba ya Francis Bacon, el sistematizador del método experimental. El extraordinario desarrollo científico lleva consigo una capacidad de dominio que el moderno aplicará sucesivamente al mundo físico, a la organización de la sociedad y finalmente al propio organismo humano. Como la libertad se entiende en clave de emancipación —liberación de todo tipo de ataduras: de la tradición, de Dios, de la naturaleza—, ya no habrá tabúes que le impidan hacer lo que quiera. Si para el clásico griego o para el cristiano la ética consistía básicamente en el respeto a la realidad, el moderno no respetará nada y todo quedará sometido a su voluntad autónoma y soberana: voluntad de dominio que puede acabar finalmente en el nihilismo, como ilustra muy lúcidamente Nietzsche.

Las sociedades tradicionales miran al pasado se guían por la tradición y los ancianos constituyen el grupo social de referencia: ellos custodian las viejas costumbres, saben lo que se hizo en el pasado en casos similares a los que depara el presente, atesoran la experiencia y los demás los respetan e incluso veneran. En este tipo de sociedad se desconfía de las novedades, pues se apartan de lo que siempre se ha hecho y podrían poner en peligro el orden establecido.

La sociedad moderna, por el contrario, desprecia el pasado, y ve la tradición más bien como un lastre incómodo que conviene soltar a cualquier precio. Se mira al futuro, que se presenta abierto y en manos del hombre, pues dispone de la ciencia y la técnica para construirlo. Si manda el futuro, suena la hora de la juventud: creatividad, fantasía, innovación —y tiempo por delante— son rasgos definitorios de la condición moderna que convienen naturalmente a la juventud. No es de extrañar que esta categoría social aparezca en la segunda mitad del siglo XVIII, a la vez que la revolución industrial.

DE LA RESIGNACIÓN AL CONTROL: LA SALUD COMO CONQUISTA Y DERECHO

He mencionado antes el carácter contingente que ha marcado durante siglos la vida humana en las sociedades tradicionales. El hombre se sabía a merced de numerosos imponderables, como un juguete en manos del destino o del capricho de los dioses. La existencia era más bien fugaz y las vidas humanas no valían demasiado. El cristianismo pone a Dios y a su providencia en el lugar del destino, pero esta visión no disminuye el carácter contingente de la existencia humana, antes al contrario: el concepto de *contingencia* se elabora precisamente en el contexto del debate teológico y metafísico acerca de la creación. Los seres humanos son *viatores*, están de paso en un viaje que culminará en el cielo, la patria definitiva. La vida en este “valle de lágrimas” es corta y llena de sinsabores, una mala noche en una mala posada en expresión de Teresa de Ávila, pero en la vida eterna encontraremos el consuelo definitivo y Dios enjugará las lágrimas de sus elegidos. El dolor y la enfermedad son mientras tanto nuestros compañeros inseparables: Jesucristo, Dios hecho hombre para redimirnos, también experimentó el sufrimiento y la muerte.

Este planteamiento cambia radicalmente con la modernidad. El moderno sabe y puede mucho, cada vez más, y se considera emancipado. Después de siglos de sometimiento, ha alcanzado la mayoría de edad y no aceptará más tutelas —permitidas por la cobardía y la pereza, en palabras de Kant—. A partir de ahora, se guiará tan solo por lo que su razón y la propia voluntad aprueben por motivos puramente intrínsecos.

La ciencia sólo se pudo originar en un *humus* cultural cristiano —Dios que crea mediante el *Logos*; la naturaleza desacralizada y puesta al servicio del hombre; el clero como agente social depositario y transmisor del saber— y sus fundadores son auténticos apologetas cristianos, que buscan el designio de Dios expresado en el libro de la naturaleza a través del lenguaje de las matemáticas. Pero esa misma ciencia entra en una dinámica que la va alejando de sus raíces: deísmo, agnosticismo, ateísmo, incluso laicismo y antiteísmo. La religión deja de ejercer su tutela sobre los diversos ámbitos de la vida social —política, economía, arte, etcétera—, que se independizan y pasan a guiarse por una lógica intrínseca a su propia esfera —razón de estado, maximización del beneficio, arte por el arte, etcétera.

Al hilo de este proceso de secularización, el paraíso celestial se trae a la tierra, de la trascendencia a la inmanencia. Los intelectuales se encargan de diseñar los más variados proyectos de sociedades perfectas o utopías, que en algún caso se intentarán instaurar incluso con la violencia mediante la revolución, fenómeno tan característico de la moder-

nidad. Se trata de ser feliz en la tierra, aquí y ahora. La ciencia y el poder aseguran que ese ideal es realizable. El hombre toma las riendas de su vida y desenmascara a los dioses como simple tapadera de nuestra antigua impotencia. En palabras de James D. Watson, “no podemos seguir dejando el futuro del hombre en las manos de Dios”. La ciencia experimenta un desarrollo extraordinario y se la invita a tomar el mando para colonizar el “mundo de la vida”. Así, también la Medicina se convertirá en ciencia, lo que abrirá unas perspectivas de lo más prometedoras.

De otro lado, puede observarse cómo el saber llega a aliarse con el poder y el dinero para asegurarnos la salud plena. Es lo que se llama el “Estado del Bienestar”. Los gobiernos prometen y los ciudadanos enseguida se acostumbran a exigir. En los años prósperos de la posguerra hay un desarrollo económico nunca visto y se piensa que el paraíso está efectivamente a punto de instaurarse para siempre. Incluso parece que los occidentales podrán desentenderse de las exigencias del sistema productivo y dedicarse al ocio y al disfrute del placer, como preconizan H. Marcuse y demás adalides de la revolución contracultural de los años sesenta.

Asistimos al primado de la posibilidad sobre la realidad, tan característico de la cultura moderna. El filósofo alemán Reinhard Merkel lo expresa con tanta contundencia como sencillez: “Ya no nos limitamos a preguntar lo que es factible técnicamente. Ahora nos preguntamos más bien qué es lo que queremos, lo que deseamos. Y esto es únicamente decisión nuestra. La tecnología nos abre posibilidades, pero no nos dice los caminos que debemos recorrer”. Esta actitud no resulta exclusiva de académicos más o menos visionarios, sino que encuentra su equivalente inmediato en la industria. Andrew Grove, presidente de *Intel*, lo formulaba con claridad hace unos años: “Tengo una regla corroborada por más de treinta años dedicados a la alta tecnología. Es muy simple: lo que puede hacerse, se hará. Igual que ocurre con la fuerza natural, es imposible detener la tecnología. Encuentra la manera de abrirse paso independientemente de los obstáculos que la gente ponga en su camino”. María Ángeles Durán, socióloga del CSIC que trabaja desde hace años en el ámbito de la salud, se expresa en términos semejantes: “Creo que aún no somos conscientes de lo que significa toda la tecnología de la investigación biológica. Lo que está en juego es la propia idea de naturaleza. La naturaleza está acabada”².

2. Entrevista en *El País*, Domingo 25 de septiembre de 2005, p. 7. Me parece significativo que el periódico titule la entrevista: “Viviremos más años como viejos que como jóvenes”.

Se trata de ser feliz aquí y ahora, y esto se concibe como un derecho universal³. El bienestar corporal y la salud, y la belleza después, se convertirán con el tiempo en ingredientes imprescindibles de esa felicidad entendida de modo meramente humano. La lógica del sistema democrático instaurará una espiral de promesas y demandas que no conocerá más límite que la bancarrota del sistema, posibilidad que hoy parece más cercana que nunca a pesar de los desmentidos gubernamentales⁴. La ciencia y la tecnología puestas al servicio de la salud aseguran que se trata de un objetivo asequible. El Estado irá dedicando recursos cuantiosos a la sanidad. El sector biomédico se expande hasta límites insospechados. Y enseguida aparece un elemento que no puede faltar si se trata de la sociedad moderna: la economía, pues estamos ante un negocio gigantesco, en el que hay muchísimo dinero en juego. También aquí se da una relación entre oferta y demanda que recuerda el escenario político. Ante la perspectiva de ganancias tan fabulosas, la oferta —por ejemplo, los grandes laboratorios farmacéuticos— no se limita tan sólo a atender una demanda preexistente, sino que toma la iniciativa para ayudar a crearla. En palabras de Marcia Angell, antigua directora del *New England Journal of Medicine*: “Antes las compañías farmacéuticas comercializaban medicamentos para el tratamiento de enfermedades. Hoy comercializan enfermedades que se adaptan a sus medicamentos”. Lo mismo piensan muchos médicos. Por ejemplo, Volker Sturm, Director de la Clínica de Neurocirugía Funcional de la Universidad de Colonia: “Creo que las fronteras del concepto de enfermedad se extienden de modo constante, al menos en nuestra sociedad de consumo, lo que me parece incorrecto. Así se atribuye a muchas limitaciones cosméticas el carácter de enfermedad”.

Hay muchos actores interesados en la continua expansión del sector sanitario. Por ejemplo, la identificación y definición de nuevos síndromes —el listado de patologías de los sucesivos manuales de diagnóstico crece sin parar— permiten crear nuevas especialidades médicas: están por medio la asignación de plazas y de los correspondientes recursos en cen-

3. A título de ejemplo, cito el artículo 43 de la Constitución española: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”. Me dio que pensar el hecho de que al comentar este texto en mi sesión (5-II-2009) del Curso de Experto en Comunicación Social y Salud, organizado por el Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la UCM, los asistentes parecían estar de acuerdo y consideraban normal que la tutela estatal se extendiera también al empleo del ocio.

4. Estamos ante un fenómeno transversal, que afecta por igual a todo el espectro político. El programa electoral del PSOE para las elecciones generales de 2004 —elaborado probablemente con la idea de que no iba a alcanzar el poder— incluía la promesa de atención odontológica gratuita para todos los españoles. Naturalmente nunca más se volvió a hablar de esa promesa una vez logrado el poder. Pero en las elecciones generales de 2008 vuelve a aparecer...en el programa del PP.

tros hospitalarios y de enseñanza; la aparición de nuevas publicaciones; la organización de congresos; la dotación de fondos públicos y privados para investigación; en su caso, la puesta en práctica de medidas preventivas; la creación de nuevas asociaciones de pacientes. Todos salen ganando, aunque luego sean los mismos contribuyentes los que financien ese nuevo incremento del gasto.

Ahora ha cambiado por completo la manera en que todos los implicados conciben la salud y se enfrentan a la enfermedad. Ya queda muy poco de la pasiva sumisión a la voluntad del destino o al designio divino. El estoicismo clásico o la resignación cristiana y el consiguiente abandono en manos de la providencia divina dejan paso a la actitud decidida del moderno, que se dispone a tomar el control y derrotar a la enfermedad. La medicina científica, aliada con el poder político y la economía de la salud, promete curación para todos los males. Y si hay patologías que se resisten, como sucede todavía con el cáncer, el SIDA o las demencias seniles, todo se arreglará en cuanto gobierno e industria dediquen más fondos a la correspondiente investigación. La gente ya no se resigna con su suerte y pide o incluso exige curación. La de médico sigue siendo la profesión más admirada, pero ha cambiado de modo notable la actitud de los pacientes. Tiende a desaparecer la tradicional veneración por la bata blanca y ahora se ven actitudes más propias de clientes o votantes exigentes, que amenazan con los tribunales si se consideran defraudados. La confianza ilimitada y el agradecimiento por parte del enfermo y la entrega y solicitud benevolente por parte del médico dan paso a la desconfianza mutua. La creciente judicialización lleva a una atención médica cada vez más defensiva, con el consiguiente incremento del gasto (y de las listas de espera).

Todo derecho, si no quiere reducirse a una simple declaración más o menos solemne pero vacía de contenido, implica un deber: puedo exigir algo si alguien está obligado en esa misma medida a proporcionármelo. Desde el momento en que el Estado moderno, omnipotente regulador de todos los ámbitos de la vida, incluye la salud entre las prestaciones que ofrece a sus ciudadanos, la mentalidad así inducida y la lógica electoral imponen un crecimiento continuo de nuevas demandas. Pronto será imposible financiar tanto servicio, pero el gobierno que se atreva a plantear claramente las dimensiones de la crisis y recorte —o racionalice, por emplear el término técnico y eufemístico— el gasto, se expondrá a perder las siguientes elecciones. Se prefiere, por tanto, ir dando largas a las imprescindibles reformas y, mientras tanto, capear el temporal como se pueda. Algunos de los países más avanzados en el desarrollo de la sanidad pública, como Suecia, Gran Bretaña o Nueva Zelanda han establecido listas de prioridades, que contemplan tanto los tipos de enfermedades como las

circunstancias de los pacientes. Se acabó el tratamiento para todas las patologías y en todos los casos.

Entender la salud como conquista y derecho modifica de raíz el planteamiento básico de la medicina. Ya no se trata de curar la enfermedad para recuperar la salud dentro de lo posible o de paliar el dolor, según la máxima clásica —“sanar, aliviar, consolar”—; ahora la máquina sanitaria se pone al servicio de una finalidad distinta: el logro de la perfección, correlato físico de la felicidad. Voy a examinar brevemente dos de los elementos que determinan la esencia de esa perfección a la que se aspira: la belleza y la inmortalidad.

Con el esfuerzo llevado a cabo para alcanzar o mantener la belleza física y para derrotar a la muerte se actúa sobre individuos ya existentes. La cruzada en pos de la perfección no se detiene aquí, pues la realidad sobre la que operar puede mostrar con frecuencia limitaciones que dificulten el éxito de esa intervención. De ahí que sea lógica la reaparición de la eugenesia, ya no por la acción de gobiernos totalitarios deslumbrados por ideologías racistas, sino como demanda procedente de la base social, que el mercado y los gobiernos se apresuran a satisfacer. “Sólo quiero a mi bebé si está completamente sano”, podría ser el lema que preside la conducta de muchos padres. Esa perfección se convierte también en el criterio de admisión en la comunidad de los vivos. Nuestras sociedades se parecen cada vez más a esos clubes distinguidos en los que los socios actuales deciden sobre la admisión de nuevos miembros. El nacimiento y la consiguiente incorporación a la sociedad dejan de ser algo natural, espontáneo, para convertirse en el resultado de una decisión que otros han tomado expresamente. La sociedad como *closed shop*.

LA INDUSTRIA DE LA BELLEZA

Como hemos visto, el moderno busca la felicidad aquí y ahora. Desde una óptica intramundana, es lógico que la salud se conciba como ingrediente esencial de una vida feliz. Y el primado de lo juvenil acentúa la importancia de la belleza como compañera inseparable de la salud en el logro de esa vida plena.

El desarrollo económico y los avances de la medicina hacen que nuestros jóvenes sean hoy más sanos, altos y fuertes que nunca. Los cánones de belleza pueden cambiar con el tiempo al ritmo de las modas, pero resulta patente que nunca hubo tanta belleza sobre la tierra. Durante el último siglo se ha adelantado unos tres años el comienzo de la menstruación en las adolescentes occidentales, lo que se atribuye a la mejora de la alimentación y de las condiciones sanitarias, así como a la marcada sexualización del ambiente cultural y social.

Si a pesar de las favorables condiciones naturales no se logra estar a la altura, hay un floreciente sector industrial que viene en ayuda de los insatisfechos. Estamos ante un fenómeno de dimensión planetaria. Por ejemplo, en China hay alrededor de un millón de clínicas y consultorios de belleza, y la tasa de crecimiento de su actividad o negocio alcanza el veinte por ciento anual. La ausencia de controles estatales ha favorecido este espectacular incremento. El lema de la clínica Zhongguancun, una de las más importantes de Beijing, reza: “Nueva belleza, nuevo futuro”. Los motivos que impulsan a tantas mujeres —en la clínica se las denomina *buscadoras de la belleza*— a someterse a costosos y reiterados tratamientos son los mismos que en el caso de las occidentales. En palabras del Dr. Su, uno de los más destacados cirujanos de la clínica: “Más belleza da más seguridad. Y cuando se prueba lo fácil que resulta, se quiere más... Surge una especie de adicción. Muchas mujeres que han empezado a mejorar artificialmente su imagen corporal no pueden interrumpir el proceso”⁵. Las mujeres que recurren a esos tratamientos no buscan simplemente impresionar a sus novios o encontrar “un buen partido”, sino que creen que una buena apariencia les abrirá las puertas del mercado laboral. Muchas madres llevan incluso a sus hijas pequeñas, con el fin de prepararlas ya desde la más tierna infancia para el triunfo en esa lucha despiadada por un buen puesto en el sistema educativo primero, y en el mundo laboral después.

España no se queda atrás y hasta ocupa una posición puntera en Europa con sus 400.000 operaciones anuales de cirugía estética, cifra que aumenta un diez por ciento al año, aunque se encuentra todavía lejos de Estados Unidos con sus doce millones de operaciones anuales. El ochenta por ciento de esas intervenciones se practica a mujeres —ocho de cada diez mujeres españolas declaran sentirse insatisfechas con su cuerpo—, aunque el porcentaje de varones crece de modo imparable. La falta de control no resulta exclusiva de China: el Defensor del Pueblo ha denunciado hace un par de años que en España hay registrados unos 900 especialistas en cirugía plástica, pero que operan más de 5.000. Se trata de una auténtica mina de oro para dermatólogos, oftalmólogos, cirujanos maxilofaciales, médicos no especialistas y algún que otro desaprensivo que simplemente actúa al margen de la ley y de la deontología profesional. Unas cuantas cifras dan idea de la importancia de la industria estética en España: 10.000 gimnasios, 60.000 peluquerías, 14.000 salones de belleza, 9.000 perfumerías y tiendas de cosmética. “Todo ser humano tiene derecho a sentirse bien consigo mismo, y si hay algo de su cuerpo que le haga sentir mal y eso le afecta a su vida, hoy tiene la posibilidad de cambiarlo”, afirmaba Javier de Benito, cirujano plástico del programa televisivo *Cambio*

5. “No más cirugía”, declaraba Catherine Deneuve al cumplir sesenta años: parece que en algunos casos se consigue recuperar la sensatez antes o después y escapar a ese círculo vicioso.

radical. Quien decida gastar tiempo, dinero y esfuerzo en la adquisición de un “cuerpo diez” no se sentirá solo: puede recurrir a toda una cohorte de expertos que le acompañarán en el *body-management*.

Los varones han irrumpido de forma masiva en este sector y esta explosión ha llamado la atención de los expertos, que se interesan por las causas de esta repentina obsesión por el cuerpo y la apariencia física. Por supuesto que la publicidad y el *marketing* hacen lo suyo, pero el factor decisivo parece encontrarse en la crisis de identidad del varón, que experimenta graves dificultades para desempeñar los nuevos papeles que debe asumir en una sociedad cambiante. La perfección corporal sería una manera de hacer frente a la inseguridad, una garantía de triunfo en la profesión y en la sociedad en general. La imagen ideal de los políticos y empresarios triunfadores es ahora la del asceta delgado y musculoso, en cuya agenda figuran tanto los *meetings* de siempre como las carreras de maratón o el *trekking* en el Himalaya (José María Aznar encarna a la perfección este tipo humano). Publicaciones como *Men's Health* —con una tirada millonaria que se difunde por todo Occidente— documentan y estimulan esta tendencia, en la que hay también una cara sórdida detrás de la fachada de ejecutivos juveniles y apolíneos —trastornos alimentarios, consumo de esteroides—. Asimismo la medicina registra patologías nuevas como el “complejo de Adonis”: varones que entrenan hasta la extenuación en la falsa creencia de que sus músculos apenas están desarrollados. Aunque anecdótico, resulta significativo que tantos gimnasios de todo el mundo tengan paredes de cristal, de forma que los usuarios se ejercitan a la vista del público: no se alardea tan solo del producto final, sino que el mismo proceso se convierte en ocasión para el exhibicionismo.

LA LUCHA CONTRA EL ENVEJECIMIENTO Y LA INMINENTE VICTORIA SOBRE LA MUERTE

La conexión entre salud y longevidad resulta evidente. Tom Kirkwood, patriarca de la gerontología británica, declaraba enfáticamente en las *Reith Lectures* de 2001 que el ser humano no está programado para la muerte, sino para la supervivencia⁶. De entrada, vamos a proponernos alcanzar una esperanza de vida en torno a los 120 años, aunque esto no será más que el primer paso. Más adelante se podrá llegar a una edad media de 1.000 años, que en

6. Eduard Punset, seguramente nuestro más popular divulgador científico, se hace eco de las tesis de Kirkwood en el *Semana* (20 de abril de 2008, p. 56): “No estamos programados para morir... En realidad, no está escrito que debamos morir... La idea de que existe un límite biológico para la vida es una gran falacia”.

casos más excepcionales se podrían prolongar hasta los 10.000 (se habla de valores medios: seguirá habiendo gente que morirá más joven por accidente, agresión violenta o diversos agentes patógenos). La prolongación de la vida se convierte así en una urgente tarea. En palabras de María Ángeles Durán, que completan las anteriormente citadas: “Que sigamos dejando en manos del azar o de la providencia nuestros últimos años de vida no tiene ningún sentido para un sujeto libre, individualista y con derechos que hemos conseguido reconocer en las constituciones”.

Los mayores ya no son ancianos inservibles, “carne de cañón para la funeraria”, sino un sector de población creciente —en Occidente los mayores de 65 años están a punto de superar en número a los menores de quince—, con un correlativo peso político —la simple y convincente aritmética de los votos— y con una considerable capacidad de gasto, que la economía contempla con avidez. Las tornas han cambiado y el primado de la iconografía juvenil se tambalea. Los mayores pasan a ocupar el centro de la atención pública y se habla de *best age*, *anti aging* o, al menos, *arrested aging*. Libros como *Forever Young* ocupan durante meses los puestos de cabeza en las listas de *best sellers*. Con la prolongación de la esperanza de vida y la generalización de la jubilación temprana, ese segmento de la población se encuentra con muchos años de vida por delante, la mayoría de ellos en buenas condiciones de salud. En la cultura de la *fitness* y la *wellness*, esos *bestagers* se convierten en clientes privilegiados que tienen mucho dinero ahorrado y, según parece, ganas de disfrutar con sus *ageless bodies*⁷.

Aunque *revolución* es un término muy gastado, parece obligado hablar de una auténtica revolución en la Medicina, que se podría denominar *Biogerontología* o *Medicina 2.0*. Recoge los avances en las disciplinas clásicas y los de otras emergentes: nanotecnología, proteómica y genómica, por ejemplo.

En el contexto cultural propio de la modernidad, esbozado anteriormente, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte (y ahora también la fealdad física) representan la encarnación del mal, lo que no debería existir en absoluto. Incluso se considerará muestra de mal gusto o mala educación hablar de ellos. La muerte tiende a desaparecer de la vida social, se torna invisible. Ahora la gente rara vez muere en su casa, rodeada de los suyos. Los niños

7. El mercado de la salud y la belleza se amplía en el extremo final de la vida, pero lo hace igualmente al comienzo: la *wellness* infantil emerge como un nuevo campo de negocio sumamente prometedor, de momento sobre todo en Estados Unidos y más lentamente en el resto de Occidente. Es el *baby business*, y su lema: “Lo que es bueno para los adultos, también debe serlo para los niños y adolescentes”. Los adolescentes estadounidenses gastan unos 20.000 millones de dólares al año en productos de belleza y cuidados del cuerpo.

y jóvenes apenas tienen contacto con ella, no han visto a un muerto de cerca. No se soporta el sufrimiento y cuando a pesar de los notables avances de la medicina paliativa no se consigue que desaparezca, la solución extrema consiste en eliminar al propio sujeto que sufre.

El debate sobre el envejecimiento y todo lo que lo rodea es intenso⁸. Para empezar, muchos consideran que la finitud de la vida humana ya no es un rasgo esencial de nuestra condición, sino un problema que exige solución. Aunque la evidencia en que se basan sea más bien anecdótica, algunos biólogos suponen que envejecer no sería inevitable. Se considera que la muerte es un auténtico escándalo, el principal enemigo de la autodeterminación humana, ese logro moderno del que tan orgullosos nos sentimos. Si efectivamente el moderno acaba imponiéndose a la naturaleza y envejecer no resulta ni inevitable ni necesario, el siguiente paso —que da gente como John Harris, profesor de Bioética en la Universidad de Manchester y uno de los más destacados representantes de su disciplina,— es afirmar que la mortalidad podría verse con razón como una desviación antinatural⁹. La inmortalidad se convierte entonces en una exigencia plenamente justificada. Se trastoca por completo el orden natural tradicional y la humanidad se encontraría a las puertas de una nueva era¹⁰. Si hasta el día de hoy mandó la evolución biológica, ahora el hombre toma el mando y guía todo el proceso hacia una nueva dimensión, lo que justifica hablar en adelante de evolución cultural. La investigación biomédica abre perspectivas esperanzadoras, pero además tendrá lugar la fusión del hombre con los ordenadores (*cyborgs*), lo que multiplicará por millones de veces nuestras actuales capacidades intelectuales¹¹. El entusiasmo que reina en esos ambientes científicos y tecnológicos es indescriptible, con una excitación propia de pioneros lanzados al descubrimiento y a la conquista de un nuevo mundo. No es obligatorio prestar crédito a sus visiones, pero está claro que no hablamos de charlatanes sin fundamento, sino de científicos prestigiosos¹².

8. Jennifer Marshall ofrece una visión de conjunto sobre los principales enfoques teóricos actuales: "Life extension research: An analysis of contemporary biological theories and ethical issues", en *Medicine, Health Care and Philosophy* 9 (2006), pp. 87-96.

9. Puestos a controlar el proceso vital, debería ser posible dar marcha atrás al reloj biológico: es lo que Robert A. Freitas llama "descronificación". Cfr. "Nanomedicine", en: SETHE, S. (ed.) (2004): *The Scientific Conquest of Death. Essays on Infinite Lifespans*. Buenos Aires: Inmortality Institute, pp. 77-91.

10. La inauguración de esta nueva era exige una adaptación de la ética, y así se habla ahora de una dignidad posthumana. Cfr. BOSTROM, Nick, "In Defence of Posthuman Dignity", en: *Bioethics* 19, n° 3, (2005), pp. 202-214.

11. Ray Kurzweil, genio de la tecnología que en su obra de 1990 *The Age of Intelligent Machines* pronosticó con acierto la inmediata evolución de la tecnología informática, explica en su libro más reciente, *The Singularity is Near* (2005), que ese acontecimiento trascendental, que denomina *Singularidad*, tendrá lugar en 2045. "Al igual que Stephen Hawking, estoy a favor de la fusión del hombre con la técnica: tiene sentido y es tan deseable como inevitable... Entre la máquina y el hombre no habrá una diferencia apreciable. Las máquinas nos mostrarán que tienen conciencia".

12. Resulta imposible mencionar siquiera una selección de los más destacados, por lo que me limitaré a

Se da por hecho que esos logros son inminentes, por lo que de modo previsor los pioneros han abierto ya el debate sobre los aspectos éticos y sociales de sus anunciados descubrimientos: como esas técnicas o tratamientos resultarán caras, al menos en un primer momento, ¿quién deberá o podrá beneficiarse de ellos? ¿Cómo evitar que beneficien tan solo a una minoría privilegiada? ¿Qué tipo de control de la natalidad habrá que implantar para que no se rompa el equilibrio demográfico? ¿Cómo emplear el tiempo del que vamos a disponer en cantidades hasta ahora inimaginables? En un arrebato de responsabilidad cívica, Kirkwood ha hecho un llamamiento a los gobiernos para que incluyan en sus agendas como objetivo prioritario la gestión del tiempo disponible para la cada vez más nutrida tercera edad¹³.

LA *HYBRIS* MODERNA Y LAS PARADOJAS DE NUESTRA CONDICIÓN

He descrito al moderno en acción, ebrio de saber y poder, aplicado de forma concienzuda y sistemática al dominio de la naturaleza y de la sociedad para instaurar el paraíso en la tierra. Se ha podido hablar con fundamento de su condición fáustica o prometeica: el saber como destino inexorable, llave que abriría la puerta de la felicidad.

Los resultados de esa aventura dejan bastante que desear. Antes he mencionado algunas de las luces de esa empresa, pero también hay sombras. Desde el comienzo de la revolución industrial quedó claro que el progreso exigía el expolio de la naturaleza. Durante un par de siglos se pensó que ella misma tenía la capacidad para autorregenerarse, pero hoy se ve que

citar un par de nombres a título de ejemplo: Paul Sehard, director del University College Hospital en Londres (“La gente me reprocha que juego a ser Dios”); Gregory Stock, director del Departamento “Medicina, Tecnología y Sociedad” de la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) (“Nos encontramos en medio de la fusión de vida y tecnología...La tecnología comienza a configurar la vida misma...Cualquier reproche será arrastrado por esta avalancha de progreso...No veo nada sagrado en la versión actual de la *conditio humana*); Edoardo Bonginelli, responsable del laboratorio de Biología Molecular y Tecnología del Instituto Científico San Rafael de Milán (“La naturaleza no existe... Lo que nosotros llamamos naturaleza es el nombre que designa una serie de impulsos y contraimpulsos ciegos... En unas dos décadas será posible intervenir artificialmente sobre nuestro genoma. A partir de ese momento, la evolución biológica palidecerá respecto a la evolución que el hombre habrá impuesto a través del genoma). Rodney A. Brooks, director del Instituto de Inteligencia Artificial del MIT (“Un día despertaremos en una sociedad que aceptará a las máquinas como seres inteligentes y sensibles... En este campo las cuestiones éticas actúan como un freno”). Los nombres podrían multiplicarse, lo que confirma que no nos encontramos ante un movimiento extravagante o puramente marginal. Por supuesto que en este contexto abundan también los charlatanes y grupos o movimientos estafalarios, como los *extropianos* (www.extropy.org).

13. Si Kirkwood y sus colegas tuvieran razón y se consiguiera vivir cientos o incluso miles de años, esa preocupación cobraría gran importancia. Woody Allen se dirigió en una ocasión a Craig Venter, el presidente de Celera, para decirle que no quería alcanzar la inmortalidad a través de su trabajo o del aprecio de sus conciudadanos, sino que preferiría seguir viviendo en su apartamento de modo indefinido. El mismo Allen ha declarado que hace una película al año porque en caso contrario no sabría cómo ocupar el tiempo. ¿Quién se imagina yendo al cine para ver la película 845ª de Allen? Con todo el aprecio por el genial cineasta, sería demasiado, incluso para sus más fieles seguidores.

no es así: ha estallado una crisis ecológica nunca vista, una de cuyas manifestaciones más recientes es el cambio climático. Podría estar en juego la propia supervivencia del género humano.

El intento por organizar la sociedad de modo científico —utopía, revolución, tecnocracia— arroja un resultado igualmente trágico y paradójico. La promesa de la más completa emancipación desemboca en los totalitarismos del siglo xx, que han significado una opresión nunca vista de cientos de millones de personas, con decenas de millones de víctimas. El proyecto de instaurar el paraíso en la tierra alumbra el infierno más pavoroso. Hoy sabemos que la completa planificación social es imposible, pues siempre aparecerán efectos perversos imprevisibles, y el contexto globalizado no hace más que complicar la situación.

¿Qué va a ocurrir con la revolución biomédica? Cabría pensar que el moderno ha escarmentado y que a la tercera va la vencida, pero hay motivos para el escepticismo. También aquí surgen efectos perversos y aflora esa paradoja de nuestra condición que nos lleva a obtener justamente lo contrario de lo pretendido, y en mayor grado cuanto más intensa es la pasión con que lo buscamos. Va a resultar que la sabiduría contenida en los tradicionales cuentos infantiles del tipo de *Los tres deseos* tendrá razón frente a la visión iluminada de los profetas de la ciencia.

Este diagnóstico crítico no es de hoy. Ivan Illich denunciaba ya en los años setenta que la búsqueda de la salud se ha convertido en el principal factor patógeno¹⁴. Nunca se había gastado tanto dinero y esfuerzo en la salud, y cuando parecía que estábamos a punto de tomar posesión de Jauja, según el anuncio de Marcuse, se multiplican los problemas de modo desconcertante. La obsesión por la salud se convierte en una auténtica enfermedad. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) habla de dos millones de pacientes imaginarios o hiperfrecuentadores, entre el 5% y el 10% del total. Es normal que expectativas demasiado altas terminen generando frustración. Amartya Sen ha estudiado el asunto desde la óptica socioeconómica y concluye que cuanto mayor es el gasto sanitario, mayor es la probabilidad de que los ciudadanos se consideren enfermos. Es verdad que hemos derrotado a los tradicionales azotes de la humanidad, pero surgen nuevos peligros, asociados en este caso a estilos de vida: sedentarismo que genera sobrepeso y obesidad; tabaco, droga y alcohol; promiscuidad sexual que hace surgir patologías nuevas como el SIDA o resucita antiguas que parecía superadas como la sífilis y que hace necesario acuñar un nuevo término como ITS (Infecciones de Transmisión Sexual); competitividad y presión, que

14. Cfr. ILLICH, Ivan (1977): *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Harmondsworth: Penguin.

producen estrés y otros trastornos psiquiátricos¹⁵. Nunca una población tan sana se sintió tan enferma. La misma dinámica se observa en la farmacia. La OMS estima que cerca de la mitad de las medicinas que se recetan, se dispensan o se utilizan de una forma inadecuada. La automedicación se ha convertido en una auténtica pandemia.

Crece la preocupación y el malestar entre los diversos responsables de la salud: políticos, médicos, farmacéuticos, también entre los propios pacientes. Y como es típico de cualquier situación de crisis, las quejas y reproches van subiendo de tono y se convierten en auténticas acusaciones y amenazas. Un botón de muestra: los médicos alemanes celebraron su 112ª asamblea anual en mayo de 2009 y la opinión pública registró perpleja el discurso de su presidente, Jörg-Dietrich Hoppe, que se dirigió a la política y a la sociedad en general denunciando la inviabilidad del actual sistema sanitario. Su discurso cayó como una bomba, una especie de declaración de guerra, y llamaron la atención tanto el contenido como el inusual tono enérgico, impropios del estereotipo supuestamente aplicable al médico. Esa intervención valdría para casi todos los países occidentales, pues los problemas son muy similares.

¿Cómo afrontar esta crisis y escapar de las paradojas perversas? Me parece que no hay que buscar recetas milagrosas: el sentido común dice lo que conviene hacer, aunque resulte costoso. Un buen tratamiento se puede leer, por ejemplo, en el editorial de *British Medical Journal* del 5 de mayo de 2001, que se preguntaba por la infelicidad de los médicos¹ y proponía un nuevo contrato o pacto social entre la sanidad y los pacientes sobre las siguientes bases: la muerte, la enfermedad y el sufrimiento son parte de la vida; la Medicina tiene una capacidad limitada, de modo especial para resolver los problemas sociales y su práctica es arriesgada; los médicos no lo saben todo: necesitan ayuda para tomar decisiones y apoyo psicológico; pacientes y médicos están en la misma barca; los pacientes no pueden trasladar sus problemas a los médicos; los médicos deben reconocer sus limitaciones; los políticos deben abstenerse de promesas extravagantes y concentrarse en la realidad. El *ethos* que reflejan estas propuestas choca frontalmente con el talante moderno descrito en las páginas anteriores. Más bien se nos invita ahora a recuperar una actitud de mesura y sensatez propia del pasado. ¿Tendrá el hombre la capacidad para cambiar el rumbo cuando ve que, de seguir así, la nave se estrellará irremisiblemente contra los acantilados que ha tomado por el progreso? Es posible que mi análisis resulte demasiado pesimista y me gustaría equivocarme, pero me

15. En este contexto cobra especial importancia la prevención, aunque los gobiernos tardan en asumirlo y les cuesta desplazar el foco de atención de sus políticas sanitarias. Y la prevención es en buena medida asunto de comunicación pública: se trata de hacer llegar los mensajes oportunos a los segmentos de población afectados. De ahí que se registre una prometedora aproximación entre sanitarios y comunicadores, de la que iniciativas como este volumen son una buena muestra.

inclino a pensar que los avisos y argumentos apenas podrán corregir el rumbo adoptado por nuestra cultura y que deberemos aprender a base de golpes, cuando sintamos en nuestra carne las consecuencias desastrosas de esos anunciados logros científicos y tecnológicos. Son ya muchos años desempeñando el papel de Casandra.

2. La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional

HERNÁN ALFREDO DÍAZ

Director de Comunicación y RSC Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)

Ya nadie duda que la comunicación y la salud son una pareja de hecho desde hace mucho tiempo. Mientras que en la cultura anglosajona este campo de estudio se ha constituido en torno al concepto de *health communication*, los hispanohablantes usamos diversas fórmulas (comunicación y salud, comunicación *en* salud o comunicación *para la* salud) para nombrarlo. A lo largo de este artículo usaré la denominación *comunicación para la salud* para referirme a este campo de estudio, porque entiendo que es el que mejor expresa su voluntad de intervención y cambio social. El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos elaboró una guía para planificadores llamada “Making Health Communication Programs Work”, en la que ofrece una definición muy clarificadora en ese sentido: “El uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud” (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2004: 2). En esa propuesta, la comunicación para la salud se presenta como una potente herramienta de cambio de conductas individuales y colectivas, que puede servir hasta para una decena de objetivos:

- Incrementar el conocimiento de la población sobre un tema relacionado con la salud.
- Influir sobre las percepciones, creencias y actitudes que pueden cambiar las normas sociales.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades de salud.
- Reforzar conocimientos, actitudes y conductas.
- Mostrar los beneficios del cambio de conducta.
- Motivar para la acción.

- Abogar por una posición en un tema o política de salud.
- Incrementar la demanda y los recursos de los servicios de salud.
- Refutar mitos e ideas equivocadas.
- Fortalecer las relaciones entre organizaciones.

Con semejante potencialidad, no es raro que muchas veces se quiera ver en la comunicación aquello que es problema y a la vez solución de prácticamente todo en nuestra sociedad. Los problemas entre miembros de una familia; las dificultades para encontrar trabajo o desarrollarse profesionalmente; la incompreensión de una medida del gobierno; los traspies de un político en su carrera electoral; las dificultades para cambiar determinada conducta social vinculada con la salud..., todo lo malo que sucede en una sociedad es porque no ha habido una buena comunicación. Ante ese diagnóstico tan habitual, no queda otra alternativa que “mejorar la comunicación”, aunque esa frase encierre ideas muy distintas según quién la pronuncie.

Los que trabajamos en el campo de la comunicación para la salud sabemos que las cosas no son tan sencillas. En este artículo pretendo explicar la perspectiva teórico-práctica de comunicación para la salud que, en colaboración con un amplio y diverso colectivo de profesionales del campo socio-sanitario, venimos construyendo y aplicando en las dos organizaciones en las que he desarrollado la mayor parte de mi trayectoria profesional: el Programa de Prevención del Infarto en Argentina¹⁶ (PROPIA - Universidad Nacional de La Plata), donde comencé mi andadura en el año 1996; y la Fundación de Educación para la Salud¹⁷ (FUNDADEPS) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a la que me integré a finales de 2002. En una primera parte expondré la perspectiva teórica, elaborada hacia el año 2000 con motivo de la puesta en marcha del Proyecto de Demostración Nacional Balcarce (DEMOBAL)¹⁸. En la segunda parte intentaré mostrar la aplicación de esa propuesta teórica en la gestión de diversos proyectos de educación para la salud promovidos por la FUNDADEPS.

16. <http://www.propia.org.ar>

17. <http://www.fundadeps.org>

18. El Proyecto de Demostración Nacional Balcarce (DEMOBAL) es una iniciativa promovida desde el año 1999 por el Programa de Prevención del Infarto en Argentina (PROPIA) en conjunto con una amplia red de profesionales a instituciones de esa ciudad, ubicada al este de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Siguiendo el modelo desarrollado con éxito desde hace más de tres décadas en el Proyecto Karelia del Norte (Finlandia), DEMOBAL promueve el diseño, la planificación y la gestión de intervenciones comunitarias dirigidas a reducir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. La base de este tipo de programas son la implicación directa de la comunidad en la gestión del cambio, así como un modelo de investigación-acción que permite evaluar todo el proceso y el impacto de las intervenciones realizadas para medir la eficacia de las acciones.

LA COMUNICACIÓN COMO PERSPECTIVA TRANSVERSAL E INTEGRADORA

Lo primero que debemos hacer es poner en su justa medida los aportes que la comunicación puede hacer a los procesos de cambio individual y colectivo. La comunicación para la salud puede servir para todo lo que se mencionó anteriormente, pero no resuelve todos los problemas ni modifica la realidad mágicamente. Puede promover en la ciudadanía conductas saludables para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida, pero no puede garantizar que los individuos adopten efectivamente esas conductas. Puede informar a los usuarios del sistema sanitario sobre cuándo demandar atención y cómo hacer un uso adecuado de los recursos, pero no puede asegurar que así lo hagan ni compensar la atención sanitaria inadecuada o el acceso insuficiente a servicios de salud. Puede facilitar y dinamizar cambios de conductas de salud (por ejemplo, realizar más actividad física), pero difícilmente podrá hacer que sean sostenibles en el tiempo si no van acompañados por otras acciones que apoyen ese cambio (por ejemplo, la construcción de entornos urbanos amigables en los que se pueda caminar o montar en bicicleta).

Durante muchos años, la comunicación para la salud ha sido entendida como el conjunto de técnicas aplicadas por los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) una vez que los expertos (sanitarios) habían definido hacia dónde querían torcer la realidad. Se trataba de una participación aislada, meramente instrumental y limitada a un momento del proceso, generalmente el de la difusión de las actividades a la población. Pero la propia práctica ha mostrado el fracaso de esa visión y demanda nuevas formas de actuar, en las que la comunicación sea valorada como una perspectiva más que se integra desde el comienzo en la (re)construcción de procesos sociales, como una forma de dar sentido y llenar de significado la forma de ser y actuar de una comunidad.

Dicho de otro modo, trabajamos con la convicción de que la comunicación no es una tarea exclusiva de los comunicadores sociales sino que compete a todos los agentes implicados en un proceso de cambio social. Está claro que somos los comunicadores los que disponemos de las herramientas específicas, muchas de ellas ciertamente vinculadas con las prácticas periodísticas y publicitarias, pero el hecho de que un equipo de trabajo comprenda desde un principio esta filosofía puede ayudar, y mucho, al diseño y la gestión de un proyecto de cambio social.

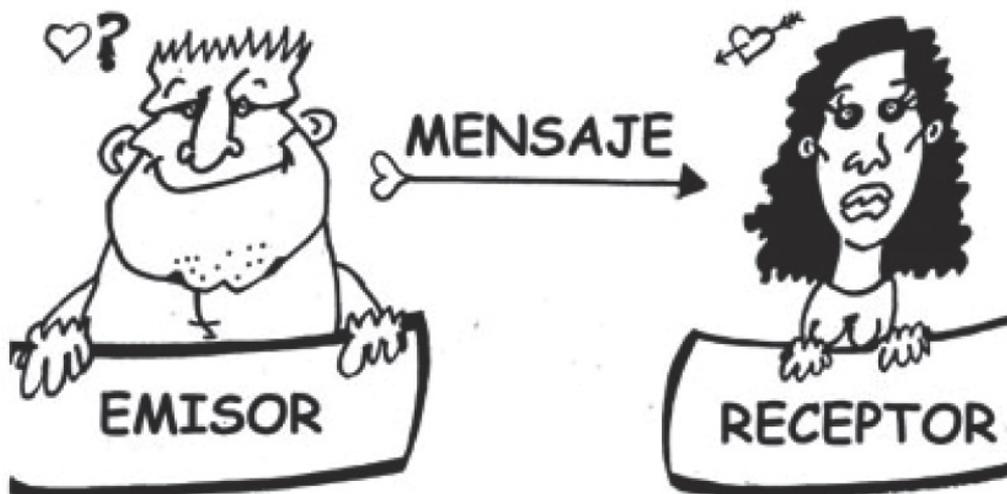
En ese sentido, la comunicación no sólo es importante a la hora de intervenir en una comunidad sino que es, sobre todas las cosas, una herramienta fundamental para el armado y la consolidación de los equipos de intervención comunitaria que se constituyen previamen-

te. Para abordar la realidad social desde la complejidad, los equipos de trabajo de los proyectos de salud suelen incorporar a profesionales de distintas disciplinas (medicina, psicología, antropología, sociología, pedagogía, comunicación, por mencionar algunas), que necesariamente deben dialogar, construirse como colectivo desde miradas diversas y conformar un guión y un marco conceptual común. Más aún, en muchos proyectos los líderes de opinión y referentes comunitarios también se incorporan al equipo de intervención, lo que permite tener vínculos directos con la población destinataria, fomentar la participación y aumentar la viabilidad y la eficacia del proceso de cambio. En esos casos, ya no se trabaja con equipos interdisciplinarios sino *transdisciplinarios*, porque los conocimientos que se ponen en juego trascienden el campo científico y entran a jugar otros saberes “vulgares” (no científicos) que tienen que ver con las formas de relacionarse de una comunidad. Como se puede comprender, la necesidad de constituir relaciones entre los diferentes actores y saberes requiere poner en juego una adecuada estrategia de comunicación.

En un análisis simplificado de las experiencias de comunicación para la salud, puede decirse que existen dos *perspectivas o modelos de abordaje de la realidad*: el modelo *informativo* de la comunicación, a nuestro modo de ver caduco y fracasado pero todavía operativo en la práctica de muchas organizaciones y profesionales, según el cual se puede cambiar la realidad con el solo recurso de poner en circulación una serie de mensajes a través de distintos soportes tecnológicos (prensa, radio, televisión, Internet); y otro modelo, que denominamos *relacional*, que entiende que la comunicación cobra real sentido cuando se incorpora de forma transversal e integradora en los proyectos de cambio social, poniendo en primer plano a los destinatarios e incorporando elementos relativos a las mediaciones sociales y a la cultura como marco de interpretación de la realidad. A continuación desarrollaremos los aspectos centrales de las dos perspectivas.

“LOS DESTINATARIOS SON ESTÚPIDOS”. EL MODELO INFORMATIVO

Este modelo de comunicación tiene un marcado carácter instrumental y encuentra su sustento teórico en las “teorías de la información”, surgidas en las primeras décadas del siglo xx. En ellas, la comunicación era concebida como un proceso de transmisión de *mensajes* (información), desde un *emisor* a un *receptor* por un determinado *canal* y con un *código* común. Es un esquema lineal muy simple de emisor-estímulo-respuesta.



El flechazo de la comunicación. El modelo informacional centra el proceso de comunicación en lo que puede hacer el emisor, que en esta perspectiva tiene amplios poderes para dirigir la conducta de los receptores. Ilustración: Cecilia Aruj.

En términos generales, las prácticas de comunicación para la salud desarrolladas desde esta perspectiva comparten un conjunto de características:

- *Conductismo*. El emisor es considerado como actor principal de la comunicación, con capacidad para modelar y dirigir a placer la conducta del receptor. Esta característica hizo que esta teoría fuera conocida con un término propio de la medicina: la “aguja hipodérmica”.
- *El saber como fuente de poder*. En esta perspectiva, las fuentes de saber, y en particular los profesionales de la medicina, detentan unos conocimientos específicos que les confieren una capacidad prácticamente ilimitada de influir sobre la sociedad para dirigir las conductas individuales y colectivas.
- *Los medios masivos como actor primordial*. Junto con los médicos, se considera que las grandes fuentes de poder con capacidad para influir en la sociedad son los medios masivos de comunicación (especialmente la televisión).

Este modelo de comunicación es el que ha mandado tradicionalmente en la relación médico-paciente, en la que el profesional sanitario ha establecido una relación desigual basada en su saber y reforzada a través de la simbología (la bata, el lenguaje inaccesible para los

pacientes, etc.). Esta relación desigual está sostenida por la práctica profesional pero también por la formación que reciben los profesionales sanitarios, en la que las habilidades de comunicación interpersonal siguen siendo una materia prácticamente ausente. Esta es también la perspectiva que primó en las primeras campañas de educación para la salud de carácter masivo, en la que se priorizaban los mensajes técnicos generados por los profesionales de la salud pública y se prestaba nula atención a las características de los destinatarios.



Los dioses de bata blanca. La relación médico-paciente representa el paradigma de lo que ha sido tradicionalmente el modelo informacional de la comunicación. Ilustración: Cecilia Aruj.

En el modelo informacional de la comunicación, lo importante sucede siempre en la instancia de emisión. Si allí se acierta en el mensaje a difundir, en los canales a utilizar y en la dosis (repetición) de los mensajes, el éxito está asegurado. Los destinatarios son los grandes olvidados, porque son considerados fácilmente influenciables. Si se puede resumir en una frase, para los emisores “los destinatarios son estúpidos”.

Se puede decir que cualquier proceso de cambio atraviesa al menos tres grandes etapas: una primera, de *información*, en la que los individuos conocen una determinada temática o realidad; la segunda, de generación y/o cambio en las *representaciones*, lo que abre la po-

sibilidad de que surja la voluntad de adoptar una nueva conducta; y, finalmente, la *acción* hacia el cambio, que además requiere de apoyo social para ser sostenible en el tiempo. Al centrarse exclusivamente en el primer elemento, la información, esta visión instrumental de la comunicación niega la complejidad de los procesos de cambio comunitario. Cambiar conductas individuales y colectivas es realmente complicado porque hay que tener en cuenta una multitud de factores socioculturales que en esta perspectiva brillan por su ausencia. Las transformaciones sociales se producen gradualmente y por eso no alcanza con aportar información a los destinatarios, sino que es necesario trabajar para cambiar sus percepciones y representaciones de la realidad, motivarles a la acción y generar un entorno social de apoyo a los cambios saludables que se proponen.

“SON LOS DESTINATARIOS, ESTÚPIDOS”. EL MODELO RELACIONAL

Las prácticas basadas en el modelo informacional permitieron que la comunicación para la salud fuera construyendo y consolidando su propio espacio, pero se mostraron inadecuadas para comprender esos múltiples factores que intervienen en un proceso de cambio de conductas. Al mismo tiempo que se conseguían conocimientos cada vez más precisos a nivel epidemiológico sobre las conductas individuales y colectivas que debían ser modificadas para tener mejores niveles de salud y una mayor calidad de vida, no se tenían en cuenta muchos elementos que tienen que ver con la posibilidad de conectar con la comunidad para generar el cambio. En resumen, se sabía *qué* había que hacer pero no se tenía tan claro *cómo* hacerlo.

Precisamente con el objetivo de responder mejor a esa cuestión, en las últimas décadas del siglo xx se empezó a desarrollar un pensamiento más complejo para el abordaje de la realidad social desde la comunicación. Los estudios culturales, las teorías del discurso y las teorías de la recepción aportaron los fundamentos conceptuales para el surgimiento de una nueva perspectiva, que puso el foco en las relaciones a través de las cuales se construye el sentido en una sociedad. En lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta, la perspectiva relacional contempla un circuito constituido por las instancias de producción, circulación y reconocimiento. Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales que son dinámicas. En suma, condiciones de producción, circulación y reconocimiento que configuran, en la trama discursiva, una determinada realidad socio-cultural.

Uno de los cambios más profundos de esta perspectiva viene dado por considerar que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando,

vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. Así, todos somos productores de sentido.

A partir de los aportes de Eliseo Verón en su *Teoría de los Discursos Sociales*, se concibe la comunicación desde la semiosis social, entendida como “la dimensión significativa de los fenómenos sociales, (es decir) el estudio de los fenómenos sociales en tanto *procesos de producción de sentido* (Verón, 1996: 125. El destacado es del autor). Verón rompe con la visión vertical del poder propia de las teorías informacionales al postular el principio de indeterminación relativa del sentido: “Del sentido, materializado en un discurso que circula de un emisor a un receptor, no se puede dar cuenta con un modelo determinista. Esto quiere decir que un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada, no produce jamás un efecto solo y uno solo. Un discurso genera al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos de sentido posibles” (Verón y Sigal, 1986: 15).

Si la perspectiva instrumental se basaba en el poder de los emisores como difusores de información en la creencia de que “los destinatarios son estúpidos”, la propuesta relacional invierte esta visión y reprocha a quienes sostienen esas teorías el no pensar en la recepción como la instancia fundamental del proceso. “Son los destinatarios, estúpidos”, les dice a los teóricos de aquella visión.

¿Quiere decir esto que todos podemos resignificar libremente los mensajes sin ningún tipo de condicionante? Por supuesto que no, porque es de reconocer que no todos ocupamos el mismo lugar en una sociedad y que hay determinados discursos y sentidos que tienen una mayor capacidad para ser escuchados, leídos o percibidos. Lo que esta perspectiva hace es incorporar dos elementos claves que permiten entender mejor lo que sucede en los fenómenos sociales en tanto procesos de producción de sentido: las mediaciones a través de las cuales se construyen las relaciones sociales y la cultura como terreno que abona (y condiciona) estas relaciones.

MEDIACIONESTEÑIDAS DE CULTURA

Si en el modelo informacional los medios de comunicación ocupaban un lugar central, la perspectiva relacional traslada su foco a las múltiples mediaciones a través de las cuales se constituye la red social. Es lo que Jesús Martín Barbero propuso como el pasaje *de los medios a las mediaciones*: “En lugar de partir de las análisis de las *lógicas* de la producción y la recepción, para buscar *después* sus relaciones de imbricación o enfrentamiento, proponemos partir de las *mediaciones*, esto es, de los lugares de los que provienen las constricciones que delimi-

tan y configuran la materialidad social y la expresividad cultural (...). Pensar los procesos de comunicación desde ahí, desde la cultura, significa dejar de pensarlos desde las disciplinas y desde los medios. Significa romper con la seguridad que proporcionaba la reducción de la problemática de la comunicación a la de las tecnologías (Martín Barbero, 1987: 227. Los destacados son del autor).

Los medios de comunicación se conciben en esta perspectiva como mediaciones tecnológicas, que siguen teniendo un rol importante en la producción social de sentido, pero ganan peso todas las mediaciones sociales que de alguna manera intervienen en la vida cotidiana de las personas (y también en la resignificación de los productos informativos y culturales de los medios masivos de comunicación). La escuela, la familia, el grupo de amigos, los líderes vecinales, los compañeros de trabajo, los líderes de opinión y referentes comunitarios, los espacios físicos compartidos por una comunidad, todas ellas son mediaciones que, junto con los medios de comunicación, condicionan de forma variable el sentido que se atribuye a una realidad.

Es en este sentido que la cultura aparece como una condicionante de nuestra forma de entender y percibir el mundo. La cultura, entendida como “el principio organizador de la experiencia, nuestro sentido práctico de la vida” (González, 1994: 57), aparece configurando nuestras prácticas cotidianas, como elemento sustancial de las condiciones de producción y reconocimiento en que se constituye la semiosis social. En las relaciones con nuestro entorno social aprendemos a percibir e interpretar la realidad de determinada manera, y así incorporamos ciertas concepciones y evaluaciones que se convierten en el prisma a través del cual nos representamos la realidad.

Las concepciones son “la manera de entender algo, de juzgarlo” (Prieto Castillo, 1990: 312), una mezcla de conocimientos más o menos objetivos validados por la realidad (juicios) y por creencias de tipo subjetivo, en general más emotivas (prejuicios y estereotipos). Las evaluaciones son “los atributos que se le dan a algún objeto, ser o situación” (Prieto Castillo, 1990: 314), y están en la base de la aceptación y el rechazo, de las valoraciones positivas o negativas de sujetos y prácticas. En ambos casos, las mediaciones tecnológicas y sociales juegan un papel fundamental en la construcción del marco referencial a través del cual se percibe e interpreta la realidad, se le atribuye sentido.

A modo de resumen, a continuación incluimos un cuadro comparativo de los modelos instrumental y relacional.

	Modelo instrumental	Modelo relacional
Concepto de comunicación	Transmisión de información	Producción social de sentido
Actores que dan sentido a la realidad	El emisor, único productor de sentido	Diversos actores sociales productores de sentido
Instancia clave de producción de sentido	Medios masivos de comunicación	Mediaciones tecnológicas y sociales
Saberes a tener en cuenta	Saberes científicos, fuentes privilegiadas de saber-poder	Saberes científicos y “vulgares”
Perspectiva de abordaje de la realidad	Perspectiva disciplinar	Perspectiva transdisciplinar
Comunicación para la...	Dependencia	Autonomía

Si se presta atención, el último elemento del cuadro comparativo refiere al sentido que adquieren los procesos de comunicación para la salud desde una y otra perspectiva. Quienes intervenimos desde el campo de la promoción de la salud y la educación para la salud estamos convencidos de que nuestra meta es aumentar la calidad de vida de las personas pero, a la vez, hacerlo incrementando su capacidad para adoptar decisiones saludables de forma autónoma en el día a día. Estamos convencidos de que la perspectiva relacional camina en esa dirección, al poner en juego una mirada compleja de la realidad y tomar en cuenta las características socioculturales de la comunidad en la que desea producir el cambio, a diferencia de la perspectiva instrumental, que reafirma el poder (y la dependencia) de determinadas fuentes de saber a las que recurrir oportunamente para saber qué hacer en cada momento.

Como todo lo anterior puede parecer literatura fantástica si no se explica a través de situaciones concretas, a continuación vamos a recorrer los elementos de la propuesta de comunicación para la salud desde la perspectiva relacional mostrando su aplicación en distintas acciones, programas y proyectos de intervención y formación desarrollados por la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)¹⁹.

LOS QUE CONSTRUYEN SENTIDO

Si lo que se pretende es prevenir enfermedades y promover la salud en toda la población, no se puede dejar esta tarea en manos exclusivas de los profesionales sanitarios. Es evidente que ellos tienen mucho que decir porque son quienes mejor conocen la realidad sanitaria de nuestra sociedad, pero de ninguna manera son los únicos interlocutores válidos con capacidad para influir en los distintos grupos poblacionales para promover la adopción de hábitos y conductas más saludables. Si en una sociedad dada hay una *diversidad de actores productores de sentido*, es lógico que contemos con aquellos que tengan la mayor capacidad para influir en una población dada para que actúen como *agentes de salud*. En ese sentido, independientemente de que tengan formación científica o no, son muchos los actores sociales que pueden incidir para generar cambios saludables en la sociedad, rompiendo barreras y causando un mayor impacto en la población objetivo.

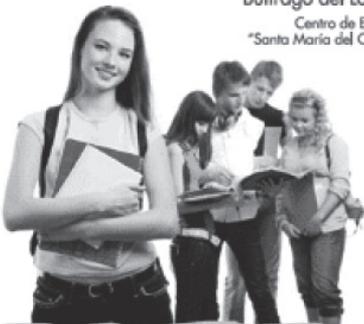
Esta filosofía se plasma en muchas acciones de FUNDADEPS: el *Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud (PAJEPS)*, en el cual jóvenes de entre 18 y 30 años se forman para intervenir entre sus iguales en materias como sexualidad, prevención de drogodependencias y alimentación saludable, entre otras; el *Programa Encesta por la Salud*²⁰, en el que los entrenadores de baloncesto se formaron para actuar como agentes de salud entre los niños y niñas que tienen a su cargo; el *Curso de Formación Continuada para Docentes en Educación para la Salud (FIDES)*, que aporta herramientas metodológicas y conceptuales al personal docente para actuar como agentes en el ámbito educativo; o el *Máster en Periodismo Sanitario* y el *Experto en Comunicación Social y Salud*, en los que periodistas, comunicadores y otros profesionales del campo socio-sanitario son formados para promover la salud de una forma especializada desde sus ámbitos de trabajo.

19. Puede encontrarse más información sobre los distintos programas, proyecciones y campañas de educación para la salud que se mencionan a continuación en la página web de la Fundación de Educación para la Salud: <http://www.fundadeps.org>

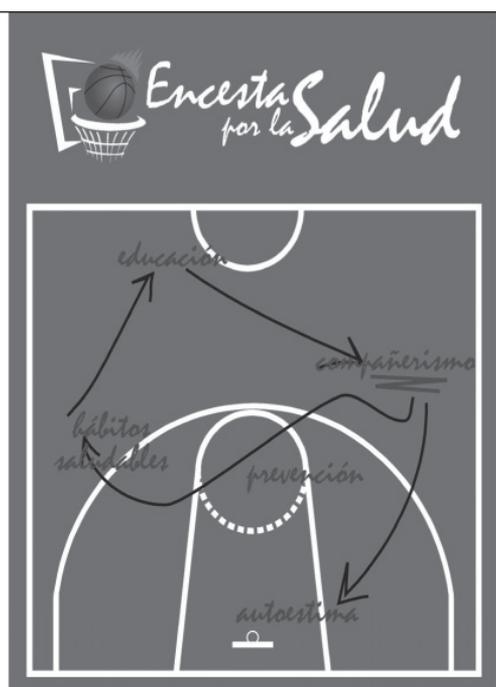
20. <http://www.encestaporlasalud.com>

**TÚ PUEDES SER
AGENTE DE SALUD**

7-10 / Julio / 2009
Buitrago del Lozoya
Centro de Estudios
"Santa María del Castillo"



Envía tu Ficha de Inscripción y entra a formar parte de la
Red Nacional de Agentes de Salud
www.fundajeps.org / 91 330 3755

Los líderes y mediadores sociales ocupan un lugar muy importante en los proyectos de promoción de la salud. El Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud (PAJEPS) promueve intervenciones de jóvenes con jóvenes, y el proyecto Encesta por la Salud formó a entrenadores de baloncesto para actuar como agentes en la población juvenil.

LOS DESTINATARIOS COMO PUNTO DE PARTIDA

Podemos decir sin temor a equivocarnos que el éxito o fracaso de una acción de comunicación para la salud depende de la adecuada identificación de los destinatarios, sus características, sus concepciones y evaluaciones y sus formas de relacionarse con su entorno social. Umberto Eco lo planteaba en los siguientes términos en un artículo denominado *La guerrilla semiológica* (Eco, 1996): “La batalla por la supervivencia del hombre como ser responsable en la Era de la Comunicación no se gana en el lugar de donde parte la comunicación sino en el lugar a donde llega. Si he hablado de guerrilla es porque nos espera un destino paradójico y difícil, a nosotros, estudiosos y técnicos de la comunicación: precisamente en el momento en que los sistemas de comunicación prevén una sola fuente industrializada y un solo mensaje, que llegaría a una audiencia dispersa por todo el mundo, deberemos ser capaces de imaginar unos sistemas de comunicación complementarios

que nos permitan llegar a cada grupo humano en particular de la audiencia universal, para discutir el mensaje en su punto de llegada, a la luz de los códigos de llegada, confrontándolos con los códigos de partida”.

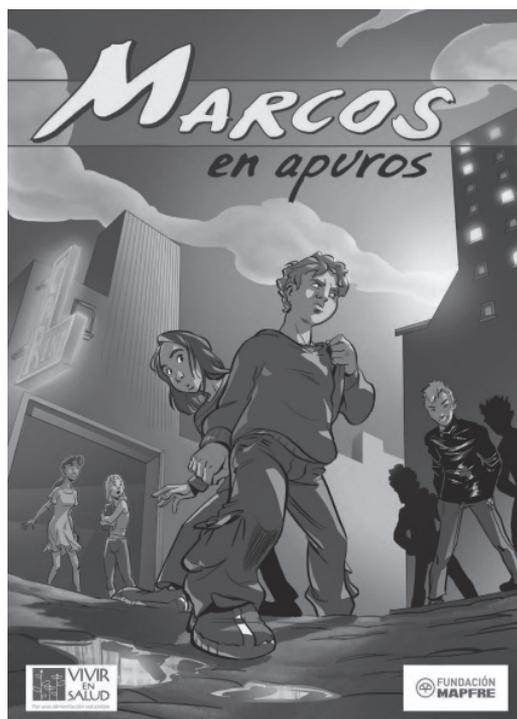
Aunque Eco hacía este alegato pensando en los peligros que encierra la comunicación de masas por la capacidad de determinados conglomerados empresariales de influir a través de sus medios masivos en la construcción de la realidad, esta propuesta bien puede ser aplicable a cualquier proceso de comunicación enfocado a captar la atención y satisfacer las necesidades de los destinatarios.

Seguramente podrán contarse de a miles las experiencias de proyectos con intenciones más que valorables que tuvieron un impacto social muy limitado y apenas produjeron cambios de conductas. Y es más que probable que el denominador común de esos proyectos sea haber identificado más o menos claramente el problema de salud pública que se quería abordar (por ejemplo, el aumento de la obesidad infantil) y las evidencias científicas sobre sus causas (siguiendo con el ejemplo, la mala alimentación y la vida sedentaria), pero luego haber planteado la intervención prestando escasa o nula atención a la forma de llegar con más impacto a la población destinataria.

Por lo anterior, hay que insistir en la necesidad de amoldar nuestras acciones al grupo social al que pretendemos llegar. Una adaptación que debe contemplar la forma de expresión de los productos y materiales, buscando un mensaje que sea accesible y cercano; los soportes más adecuados y, fundamentalmente, salir al encuentro de los destinatarios con una actitud proactiva.

Algunos ejemplos de ello podemos encontrarlos en el *Proyecto Vivir en Salud*²¹, desarrollado por FUNDADEPS y la Fundación MAPFRE con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables en materia de alimentación y actividad física. Entre los diversos materiales que se prepararon se encuentra un CD interactivo, el *Agente F*, un juego educativo que de forma divertida permite a los niños y niñas conocer los diferentes nutrientes, aprender a elaborar un menú equilibrado y tener elementos para distinguir una alimentación correcta y saludable. También se editó un cómic dirigido a adolescentes, *Marcos en apuros*, en el que se aborda la problemática de la obesidad desde una historia cercana a ese público y en un formato que les resulta muy familiar y apetecible. La misma temática se trató de forma distinta en *Ha encogido el jersey*, un pictograma para primeros lectores.

21. <http://www.vivirensalud.com>



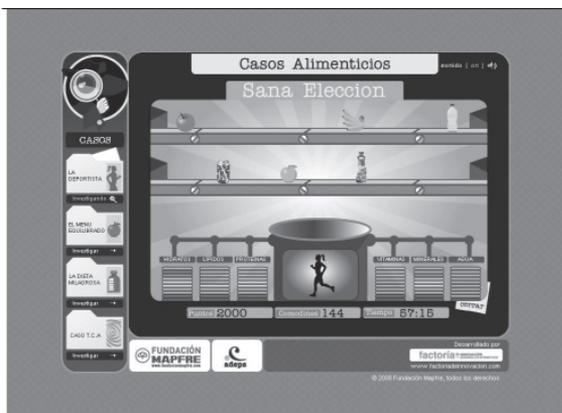
Portada de "Marcos en apuros", cómic para la prevención de la obesidad dirigido a adolescentes.

Y atención con un elemento más: no es suficiente hacer materiales de excelente calidad, perfectamente adaptados a los destinatarios como los mencionados anteriormente, si luego no hay ningún tipo de intervención a la hora de su consumo, de su recepción y resignificación. Como se ha expresado anteriormente, tan importante como el sentido que se pretende generar en la instancia de producción es intervenir de alguna manera en la instancia de reconocimiento, cuando los destinatarios entran en contacto con los distintos materiales. Por poner un ejemplo, el cómic sobre obesidad puede repartirse entre los alumnos de un instituto y jamás enterarnos de lo que hicieron con él y si modificó en algo su percepción del problema de la obesidad y sus conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física; otra posibilidad, mucho más recomendable, es generar alguna instancia colectiva de utilización, debate y apropiación de los conceptos allí desarrollados, tras la cual se pueden medir los cambios promovidos, si no al nivel de las conductas cuanto menos al nivel de las conocimientos y las representaciones sobre la temática.

EL ENTRAMADO SOCIAL

Si en nuestra perspectiva proponemos alejarnos de las fórmulas que valen para todas las situaciones y generar acciones adaptadas a proyectos de cambio individual y colectivo, está claro que debemos valorar en cada caso las distintas mediaciones tecnológicas y sociales que aparecen configurando la red social. Veamos algunos casos.

Nos referíamos anteriormente a la utilización de un CD interactivo como material educativo de un programa de promoción de hábitos saludables en materia de alimentación y actividad física. Vaya paradoja, podría pensarse: los ordenadores, que junto con la televisión se llevan el premio a los malos de la película cuando hablamos de inactividad física entre la población infantil, están llamados a ser una vía para abordar esa problemática. Pues sí, porque como señalamos anteriormente si no nos relacionamos con nuestros destinatarios a través de sus modalidades habituales de comunicación difícilmente tendremos alguna posibilidad de éxito. Eso no significa dejar de indagar en la utilización de otras vías y mediaciones —por ejemplo, las que ofrece el sistema educativo—, sino simplemente explorar otras vías de intervención. La evaluación de su impacto es la que debe decir en cada caso si la metodología utilizada es la adecuada, aunque por las experiencias que se van desarrollando puede adelantarse que al menos consiguen captar la atención de los destinatarios en mucha mayor medida que intervenciones tradicionales como charlas magistrales a cargo de profesionales sanitarios o la distribución de folletos informativos.



Los juegos interactivos son una propuesta novedosa para promover los hábitos saludables entre la población juvenil. Es el caso del Agente F, un juego que promueve hábitos saludables de alimentación y actividad física

Si las mediaciones tecnológicas son cada día más un camino a tener en cuenta para la promoción de la salud, es evidente que las mediaciones sociales siguen teniendo un rol primordial en muchos contextos. Es lo que sucede en *PAJEPS*, donde los centros juveniles y los centros escolares representan ámbitos directos de intervención porque allí se congregan y relaciona el público objetivo; o con el *Programa GALIA*²² de intervención en VIH/Sida, en el cual los agentes de salud trabajan de forma directa con asociaciones de jóvenes y otros colectivos en situación de riesgo, por ejemplo trabajadoras sexuales y presidiarios.

Sin lugar a dudas, una de las claves de cualquier proyecto de promoción de la salud es trabajar con los colectivos que tienen un contacto más directo con los destinatarios de la acción, porque son ellos los que desarrollan cotidianamente la labor de mediación, suelen compartir un ámbito de actuación y ofrecen posibilidades de alcanzar un mayor impacto.

NUEVAS REDES, NUEVOS ABORDAJES

Como si no fuera ya bastante complicado desarrollar una acción de comunicación para la salud siguiendo los lineamientos señalados previamente, vivimos en una sociedad que ha hecho del cambio, y en particular los referidos a la comunicación, una seña de identidad. Si establecer vínculos directos con nuestro público objetivo es uno de los desafíos a los que nos enfrentamos quienes promovemos procesos de cambio a nivel individual y comunitario, las redes sociales (Facebook, You Tube, Twitter, etc.) se han convertido en un espacio interesante para desarrollar esa guerrilla semiológica a la que se refería Eco. Las redes sociales constituyen nuevas mediaciones que pueden tener una potencialidad enorme en la promoción de cambio de conductas, porque a su carácter masivo le agregan la posibilidad de dirigirse a públicos segmentados por intereses, establecer vínculos directos y contar con su participación e implicación activa a través de las diferentes aplicaciones de la web 2.0. Su irrupción seguramente nos llevará a nuevos planteos teóricos y prácticos sobre los procesos de comunicación para la salud, porque es evidente que están motivando cambios profundos en nuestra forma de relacionarnos y, por tanto, en nuestra cultura.

22. <http://www.programagalialia.blogspot.com>

BIBLIOGRAFÍA

- CUESTA, UBALDO, UGARTE, AITOR, MÉNENDEZ, TANIA (2008): *Comunicación y Salud. Avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- DÍAZ, HERNÁN ALFREDO (2000): *Procesos de comunicación para la salud: criterios y acciones para la prevención del infarto en un proyecto de cambio comunitario en Argentina*. Tesina de Investigación del Magíster en Técnicas de Comunicación en Servicios Sociales. Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid.
- ECO, UMBERTO (1996): *La estrategia de la ilusión*. Barcelona: Lumen.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE LOS ESTADOS UNIDOS (2004): *Making health communication programs work*. En línea en <http://www.cancer.gov/pinkbook>
- GONZÁLEZ, JORGE (1994): *Más (+) Cultura(s). Ensayos sobre realidades plurales*, Colección Pensar la Cultura, CNCA, México.
- MARTIN BARBERO, JESÚS (1987); *De los medios a las mediaciones*, Editorial Gustavo Gilli, Barcelona.
- MATTELART, ARMAND Y MATTELART, MICHÈLE (1997): *Historia de las teorías de la comunicación*, Paidós, Barcelona.
- PRIETO CASTILO, DANIEL (1990). *Diagnóstico de la comunicación*", CIESPAL, Quito.
- VERON, ELISEO y SIGAL, SILVIA (1986): *Perón o muerte, los fundamentos discursivos del fenómeno peronista*; Editorial Legasa, Buenos Aires.
- VERÓN, ELISEO (1996): *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*; Colección El Mamífero Parlante, Editorial Gedisa, primera reimpresión, Barcelona.

3. La responsabilidad de las instituciones públicas en la comunicación sobre salud

MARÍA YOLANDA MARTÍNEZ SOLANA

Profesora de Periodismo, Universidad Complutense de Madrid

La sociedad en los países industrializados del siglo XXI se caracteriza por demandar información sobre aquellos temas estratégicos que constituyen los pilares del denominado Estado del Bienestar y entre ellos, obviamente, se encuentran los relacionados con la salud. No cabe ninguna duda que nos hallamos ante un reto histórico, ya que en los últimos cincuenta años hemos vivido toda una serie de avances en Investigación y Desarrollo que han traído de la mano la Innovación; y esto se ha traducido en una necesidad de comunicarlos y, por ende, una demanda de información en constante progresión con el reto de averiguar cómo se debe proceder para hacer accesibles esos avances en el conocimiento a la población general.

El desarrollo de la información de carácter sanitario en los medios de información general y especializada, como resultado del papel que tiene la salud entre nosotros y como índice de la calidad de vida ha sido francamente destacable. Pero la información biosanitaria presenta unas peculiaridades que pueden dar lugar a anomalías en la transmisión del mensaje; sobreviniendo con cierta frecuencia informaciones denominadas de patrón agudo (más propias de las páginas de sucesos), diversas disfunciones en fuentes y medios e, incluso, situaciones de alarma social. Así, todo un cúmulo de factores puede incrementar los posibles problemas surgidos y poner de manifiesto la necesidad tanto de una especialización periodística, como de una adecuada generación y vehiculación del mensaje informativo con criterios de rigor técnico y veracidad.

Es evidente que uno de los problemas que debe enfrentarse a la hora de comunicar cualquier contenido biosanitario es definir cuáles son las peculiaridades inherentes a ese tipo de información:

- Extensión, complejidad y aceleración histórica de los conocimientos científicos.
- Lenguaje técnico poco comprensible para la mayoría de la población.
- Existencia de falsas ciencias.
- Ausencia en ocasiones de veracidad y de los principios éticos exigibles a cualquier fuente informativa.
- Desconocimiento de los códigos de funcionamiento interno de los medios y del tipo de material informativo que debe entregarse a los mismos.
- Escasa formación como portavoces y comunicadores entre los miembros de organizaciones profesionales y científicas.
- Tradicional hermetismo de ciertos sectores profesionales, como el médico, pudiendo dar la impresión de que sólo existen cuando surgen problemas.
- El problema se agudiza si tenemos en cuenta el gran foso existente entre ciencia y sociedad, las dificultades derivadas de la internacionalización de la información y del papel no siempre positivo de Internet y, en general, el desinterés público hacia la ciencia, salvo cuando existen conflictos o los medios hacen hincapié en algún asunto.

Pero es que, además, también se pueden observar dificultades en el proceso de comunicación relacionadas con los propios medios informativos. En primer lugar, la escasa proporción de periodistas especializados en temas biosanitarios que sepan valorar adecuadamente la importancia y credibilidad de las fuentes, decodificar los mensajes para hacerlos más comprensibles al público y distinguir entre descubrimientos, avances o meras actualizaciones de una investigación o técnica. La necesidad de retroalimentación en el proceso informativo que busque la interacción entre el que emite y el que recibe. La saturación informativa que dificulta la necesaria reflexión por parte del destinatario de la información.

Por otra parte, la cantidad de información no siempre va pareja a la calidad de los contenidos, sobre todo si lo que predomina es la trivialidad en el tratamiento informativo. Condicionantes derivados de la línea editorial de los medios informativos y de las empresas de las que estos dependen. Predilección por la noticia sensacionalista de patrón agudo, en detrimento del seguimiento informativo de un tema a largo plazo. Ello se ve favorecido por la falta de hábito y los condicionantes de tiempo y espacio. Además existe una excesiva dependencia de las agendas institucionales y de las informaciones de este origen al tiempo que no existe un método científico aplicado al proceso informativo en el ámbito que nos ocupa, lo que fomenta el periodismo de denuncia en detrimento del divulgativo y de investigación

(en lugar de combinar los tres). Asimismo, y con frecuencia, no se atiende a la etiología de una crisis, sino solamente a sus repercusiones sociales o de consumo.

A la hora de establecer la enumeración de lo que ha de ser la estructura y funcionamiento básico de un plan de comunicación institucional sobre temas biosanitarios no podemos cerrar los ojos a la realidad de la que partimos y que en cierta medida viene marcada por el tradicional hermetismo que ha caracterizado a determinadas corporaciones, como el sector médico. Por otra parte, la escasa formación como portavoces de los integrantes de este sector (y de otros muchos) y la necesidad de periodistas especializados (pues el aumento de información no siempre es parejo al de la calidad de los contenidos), hace imprescindible el desarrollo de organismos que, con rigor técnico y veracidad, faciliten la corrección de disfunciones de este tipo.

La comunicación en general, y la de temas biosanitarios, se asemeja a los propios remedios farmacológicos con los que se tratan las enfermedades, y que si se usan de forma correcta son curativos y si no se hace así pueden provocar efectos secundarios indeseados. Por lo tanto se hace necesario establecer una política de comunicación que establezca respuestas ágiles y certeras ante cualquier contingencia y que diseñe mecanismos de adaptación a la realidad cambiante que podemos enfrentar. Y, como no puede ser de otra manera, hay que contar con poner al frente de las tareas de comunicación a profesionales cualificados (periodistas y expertos en relaciones públicas y humanas) evitando dejar la responsabilidad de la comunicación en manos de gente inexperta, por motivos ajenos a la eficacia.

Tal y como hemos destacado en nuestra obra “La comunicación institucional. Análisis de sus problemas y soluciones”, nunca una sociedad como la actual había dispuesto de tantos medios de comunicación y de una información tan abundante en contenidos y procedencia, así como de rapidez en su recepción. Pero también es cierto que por ello mismo, y como afirma Giovanni Cesareo en su obra *Es Noticia*. Procesos, fuentes, tecnologías y temas en el aparato informativo. (Mitre. Barcelona, 1986), “cuando se sobrepasa un cierto umbral en la oferta informativa, no se favorece la libertad de elección, sino que ésta se vuelve cada vez más impracticable. Afirma, asimismo, que la actual saturación de mensajes no favorece la posible reflexión del receptor ni un hipotético contraste de opiniones”. La superficialidad e, incluso, la trivialidad de algunos contenidos no hacen sino empeorar la situación. Se da, así, la paradoja de que, en nuestro deseo de querer saber cada vez más, como afirma Carrascosa recordando a Sócrates, cuanto más sepamos más ignorantes podemos ser. Esta situación debe ser conocida por cualquier gabinete de comunicación, que deberá actuar ante una sociedad escasamente motivada, aún más escasamente participativa y, como señala T.

Ramírez, “con fuertes dosis de anestesia informativa”; lo que obligará a los profesionales de aquellos a actuar con una gran imaginación en la edición del mensaje informativo.

Toda vez que existe la necesidad de comunicar los contenidos biosanitarios valorando los condicionamientos que presentan es imprescindible apuntar que la ética es la base de la credibilidad sobre todo cuando la labor de difusión se realiza desde una institución pública. De esta forma la honradez profesional y la ética en el comportamiento de la fuente deben inspirar nuestra labor. La ética en comunicación obliga a decir lo que se hace y a hacer lo que se dice y, como asegura, la comunicación global es más una cuestión ética que estética. Se hace pues necesario que la honradez sea la pieza clave en la identidad de las fuentes informativas: la ética es la base de la credibilidad y la credibilidad es el valor más apreciado por un periodista al tratar con sus fuentes habituales de información. Necesariamente hay que adoptar una postura activa en el diseño de la comunicación institucional plantando batalla al desorden comunicativo, haciendo frente al caos y a las interferencias internas dentro de las propias instituciones que pierden de vista nuestro objetivo principal que no es otro que ofrecer mensajes veraces y comprensibles.

LA COMUNICACIÓN CON LA SOCIEDAD

La interacción con la sociedad que le rodea y a la que pretende servir resultará fundamental para todo gabinete de comunicación que quiera mantener un adecuado nivel de influencia en aquella. Según el tipo de institución de que se trate, primarán las comunicaciones de servicio público (información, formación, educación, etc. de los ciudadanos) o bien las de imagen de la organización y de sus productos y servicios (incluidas entidades públicas, como por ejemplo, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado).

Este tipo de comunicación puede hacerse directamente, mediante el cara a cara con los ciudadanos, el mensaje personalizado por correo (en soporte papel y electrónico) u otros medios, o bien a través de los medios de comunicación. Un ejemplo de las primeras serían los encuentros sociales, jornadas de puertas abiertas, visitas concertadas, reuniones con grupos afectados por problemas concretos, etc. Dichos contactos no deben circunscribirse a momentos concretos (como, por ejemplo, un período electoral) sino mantenerse con regularidad, si se quiere conseguir el resultado adecuado.

Pero no sólo la acción comunicativa deberá llevarse a cabo de manera directa, sino también a través de intermediarios sociales que, como líderes de opinión, mantienen criterios que sirven de referencia para amplios sectores de la sociedad: grupos intelectuales, dirigen-

tes de sindicatos y asociaciones, organizaciones políticas, movimientos sociales, la Iglesia, la Universidad, etc.

En los contactos con estas organizaciones (generalmente de carácter privado y con objetivos a largo plazo) lo que se pretende no es tanto que compartan todas las ideas de la institución que ha tomado la iniciativa (cosa virtualmente imposible) sino darles a conocer las propias iniciativas, propiciando un diálogo útil para ambas partes. En estos casos, la efectividad radica más en la calidad de los interlocutores que en la cantidad de los mismos, y su posible participación en las ideas propias provoca un innegable efecto multiplicador de aquéllas en amplios sectores de la población.

EL GABINETE DE COMUNICACIÓN COMO FUENTE INFORMATIVA LEGITIMADA

La comunicación institucional sobre temas biosanitarios ha de realizarse desde una instancia específicamente diseñada para esta tarea. De esta forma el Departamento de Comunicación dotará de la estructura humana y material al Gabinete de Prensa que, necesariamente deberá gozar de la credibilidad imprescindible para convertirse en una fuente informativa legitimada. Parece obvio que quien se responsabilice de las relaciones informativas de una instancia como la que describimos se debe convertir en la “cara de la organización”. En entidades con menos recursos económicos, el cargo suele coincidir con el de responsable máximo de comunicación. Es imprescindible que este cargo sea ocupado por un periodista con acreditada experiencia profesional o, en su defecto, por alguien que conozca al detalle el funcionamiento de los medios de comunicación.

La consolidación de un Departamento de Comunicación como una fuente informativa legitimada es el objetivo primordial de una política de comunicación institucional responsable. Para ello, debe informar siempre; no sólo cuando quiera “vender” una información sino también en situaciones de crisis. Una fuente legitimada no quiere abrumar a los medios con información; al contrario, debe cuidarse la frecuencia de aparición, primando la calidad sobre la cantidad. Ello no se da en todos los casos, convirtiéndose algunas organizaciones en meros instrumentos de propaganda, con desfavorables consecuencias de cara a los medios. Por eso mismo, la principal preocupación será mantener una actitud veraz y transparente; lo que, a la larga, es más rentable. En muchas ocasiones no hay peor mentira que una verdad a medias.

El responsable del Departamento de Comunicación debe hacer uso de su profesionalidad en el ejercicio de sus funciones, entre las que se encuentran el diseño de campañas infor-

mativas, envío de informaciones a los medios, atención a las demandas de los periodistas y conocimiento del sesgo ideológico de cada medio y de sus rutinas y necesidades productivas. Por otra parte, debe cuidar al máximo las relaciones con los medios, teniendo siempre en cuenta y respetando su línea editorial. Cuando surjan problemas, el responsable de relaciones informativas debe saber con exactitud hasta dónde llegan los derechos de réplica y rectificación y cuándo debe hacer uso de los mismos. Dentro de las formas habituales de contacto se escogerá, inicialmente, la que permita un trato más personalizado y, para ello, también debe hacerse con una persona concreta, generalmente el responsable de la sección de que se trate.

Pero además el responsable de relaciones informativas de una institución debe saber nítidamente dónde concluye una información y dónde empieza la publicidad, desaconsejando que se mezclen directamente en el mismo escrito. La estrategia informativa de cualquier entidad no puede asentarse únicamente en campañas publicitarias exclusivas, ya que el anuncio nunca podrá sustituir a la noticia: la publicidad basa su efectividad en la persuasión; la noticia en hechos concretos. Hay que tener en cuenta que la información publicada tiene, en principio, más credibilidad y además es gratis. En cualquier estrategia informativa noticias y anuncios son necesarios y complementarios; pero su aplicación debe hacerse de forma adecuada. Por ello, es recomendable coordinar esfuerzos con los responsables de la sección de marketing y publicidad.

Es innegable también que el trato diario con los periodistas de los medios favorece la posibilidad de entablar relaciones al margen de lo estrictamente profesional, a lo que ayudan los numerosos contactos informales (almuerzos, cócteles, etc.) que se convocan. En dichas reuniones habrá que mantener una actitud de prudencia y respeto hacia los medios; desechándose cualquier actitud o procedimiento que puedan poner en duda la ética profesional de los periodistas (regalos que rebasen los límites de la cortesía, dinero, amenazas profesionales, fraudes, etc.)

LÍNEAS MAESTRAS DE UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

Si queremos que nuestro proyecto de diseño de un Programa de Comunicación Institucional llegue a buen puerto, el primer objetivo será definir cuáles serán las principales líneas de actividad en materia de comunicación dentro de una institución a fin de lograr un resultado favorable en cualquier circunstancia. El responsable de comunicación, con las colaboraciones internas y externas que sean precisas, coordinará el diseño y aplicación del plan, tras su aprobación por el máximo responsable de la institución de que se trate y de quien dependerá directamente.

Por todo ello, el plan que diseñaremos procurará, en primer lugar, contribuir a dar la máxima coherencia a la política de comunicación global de la institución, de modo que responda a unos objetivos y estrategias comunes para todas las instancias de la organización. Asimismo, es conveniente impulsar la comunicación interna, a fin de asegurar las acciones necesarias para que la información (institucional y operativa) fluya de manera regular y constante en el seno de la entidad y llegue sin distorsiones a sus destinatarios naturales (los distintos estamentos de la institución). De acuerdo con las reglas del proceso de comunicación, el flujo de información deberá ser bidireccional.

La comunicación externa siempre ha de ser un objetivo a tener presente, incentivando la culminación de un pacto con los medios de comunicación para la transmisión de mensajes veraces y rigurosos relativos a aquellas materias competencia de la institución. El conocimiento del papel de los medios y el tratamiento que éstos confieren a las noticias (sobre todo las que pueden concernir a la institución), junto con la exquisita aplicación de las normas que deben regir todo proceso informativo, sentarían las bases para alcanzar un acuerdo sobre las pautas básicas tendentes a fomentar la credibilidad de la labor de la institución ante los medios y los ciudadanos.

Es de una enorme relevancia, sobre todo en instituciones dependientes de la Administración y entidades de derecho público, desarrollar una línea comunicativa bidireccional con los ciudadanos y sus representantes, con fines, entre otros, educativos y formativos. Es sabido que la labor de los medios informativos se enmarca dentro de lo que es Información Publicística o Contingente, pero hemos de lograr un grado de identificación entre estos y la fuente informativa para coadyuvar en la elevación del nivel medio de conocimientos en temas biosanitarios, ya que estamos hablando de un área del saber que concierne a toda la sociedad y es la clave del futuro en las sociedades del bienestar, como la nuestra.

También será útil, convertir a la institución en referente en la aplicación de las nuevas tecnologías de la información en el área que corresponda. Para ello se buscarían fórmulas que lograsen una óptima utilización de las redes internas y externas, dotándolas de contenidos y homologando portales que secunden los objetivos de comunicación y, en su caso, divulgación de la institución. Ello se haría extensivo a la teleformación de los profesionales pertenecientes a aquella.

LA IMPORTANCIA DE UNA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN EXTERNA COHERENTE

A continuación enumeraremos los aspectos esenciales que deben inspirar el proyecto, diseño y coordinación de la política comunicativa global de la institución. Es imprescindible que el plan que pergeñemos se haga en razón de una misma filosofía, objetivos y criterios; garan-

tizando el óptimo funcionamiento de los instrumentos y recursos asignados. Por todo ello, las claves de la elaboración serán:

- Establecer planes a corto, medio y largo plazo para las acciones de comunicación.
- Diseñar y aplicar protocolos que permitan unificar las pautas de trabajo.
- Garantizar la coherencia de los enunciados clave difundidos por las diversas fuentes de la institución; asegurándola también en las actuaciones de los diferentes departamentos de comunicación pertenecientes a organismos o delegaciones que mantengan con aquella una relación de dependencia. Se favorecería promoviendo la celebración de comités periódicos con los diferentes responsables de comunicación, si los hubiere; así como brindando apoyo a las distintas áreas del organismo, con el fin de optimizar la transmisión de información.
- Sobre todo en instituciones de carácter público, se establecerán e incentivarán los mecanismos y cauces de retroalimentación desde los diversos ámbitos de la sociedad civil.
- Si es necesario, habrán de adecuarse los canales de comunicación existentes a los principios y fines institucionales y habilitar nuevos instrumentos, si fuese preciso.
- Se coordinarán las políticas comunicativas con otras instituciones, cuando resulte de interés para asuntos competencia del organismo de que se trate. Por ejemplo, un ministerio con otros departamentos y organismos de la administración, así como con otros ministerios y entidades internacionales. A este fin, se programarían reuniones periódicas o se celebrarían jornadas puntuales con representantes de otras instituciones, para rentabilizar acciones que desde ambas se emprendan, optimizando los resultados. El mismo objetivo tendría el desarrollo de relaciones institucionales con otras instancias nacionales e internacionales.
- Habrán de sistematizarse y estructurarse los procedimientos y pautas de actuación para situaciones de crisis, que se relacionen con la imagen pública de la institución o de sus representantes.
- Se gestionará la imagen del máximo responsable de la institución, en especial en lo relativo a sus comparencias y actividades públicas; apoyando a los altos cargos o equipo directivo de la organización en las actividades de representación institucional. En el mismo sentido, se brindará apoyo a los máximos representantes del organismo en la preparación de ponencias, conferencias o discursos dirigidos tanto a públicos internos como externos a la institución.

- Se potenciarán las habilidades comunicativas de los portavoces de la institución, especialmente en sus campos de actuación específicos; proporcionando a los máximos responsables y expertos de la organización una formación actualizada en materia de comunicación (interna, externa e intermedia) que redunde en un mayor entendimiento y grado de cumplimiento de objetivos. Sobre todo en el caso de órganos del gobierno, entidades de derecho público o grandes asociaciones, organizaciones o empresas, se deberá inculcar a sus responsables y expertos su papel como líderes de opinión, así como la necesidad de atender a los requerimientos de los medios de comunicación. Como ya indicábamos en el apartado anterior, a fin de blindar y dar coherencia a los enunciados y mensajes clave que han de emitirse desde la institución se elaborarán argumentarios genéricos y específicos.
- Se entablará contacto con asociaciones y grupos de interés relacionados con las funciones y objetivos de la institución; manteniendo vivo el sistema de relaciones con los sectores sociales de influencia.
- Especialmente cuando se trate de instituciones de carácter público se realizará, por parte del departamento de comunicación, la cobertura informativa de los viajes y visitas de su máximo responsable y otros altos cargos.
- Se llevarán a cabo acciones que contribuyan a consolidar y reforzar la buena imagen pública de los profesionales integrados en la organización. En su caso, se prestará apoyo a los responsables de los servicios de atención e información al ciudadano.
- Corresponderá también al departamento de comunicación definir la política editorial de la institución, así como el diseño y proyección de las campañas de información, aprobando los planes específicos en esta materia. Coordinará, asimismo, el diseño y contenido de las páginas web.

LA RELACIÓN CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Pero si lo antedicho goza del valor estratégico del diseño del plan, no es de menor relevancia la realización del análisis del papel que juegan los medios en la información relacionada con la institución. Por ello, se mantendrán relaciones fluidas con los medios, respondiendo a las demandas de sus profesionales y suministrando la información oportuna sobre las actividades de la institución. Asimismo, se actualizarán permanentemente los listados de medios y periodistas. Será útil anticiparse a sus requerimientos, seleccionando, jerarquizando y su-

ministrando la información oportuna. Se informará sobre las actividades de la institución, elaborando y difundiendo los comunicados correspondientes.

También será responsabilidad del gabinete de comunicación de la institución, colaborar en la elaboración de noticias con rigor técnico y científico, proporcionando a los medios mensajes veraces y contrastados, avalados por especialistas en las respectivas materias abordadas y en las que no haya cabida para las dudas y medias verdades; todo ello redactado con un estilo adecuado. El objetivo será que la institución se transforme en una fuente de referencia creíble.

En lo que se refiere a la información de temas sensibles (por ejemplo, la salud) prevalecerá el criterio de beneficio para el ciudadano, el hecho probado, no despertar expectativas carentes de fundamento en el consumidor y no crear confusión que pueda conducir a alarma social.

Actualmente, además es innegable la necesidad de contribuir a la innovación en las fórmulas de comunicación informativa e institucional, fomentando el empleo de las nuevas tecnologías y soportes promocionales. En este sentido, se implantarían nuevas vías de comunicación de la institución con los medios: videocomunicados, CD-ROM, notas de prensa a través de correo electrónico, fotografías digitalizadas, etc.

EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DESDE EL DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN

Pero si queremos realizar satisfactoriamente nuestra labor como responsables de la comunicación institucional deberemos acometer acciones de investigación que permitan diagnosticar el estado de la comunicación generada por la institución en relación con los ciudadanos destinatarios de la misma. Para ello, habrá de analizarse el grado de implantación de los mensajes clave (ideas fuerza) en los medios de comunicación, a través de acciones de seguimiento. Será necesario también elaborar informes periódicos que permitan evaluar las tendencias de opinión que existen en la sociedad. Por ello mismo, habrán de favorecerse medios para la retroalimentación desde los distintos ámbitos de la población. Al mismo tiempo, se investigará el impacto y la efectividad de las campañas institucionales.

Si es una evidencia que internet ha hecho desaparecer las fronteras físicas en nuestro mundo actual no cabe ninguna duda de que nuestra labor debe incluir la realización de un análisis comparativo del grado de implantación en otros países de estrategias de comunicación específicas del tenor de la nuestra, con el fin de establecer previsiones y adelantar

resultados; al mismo tiempo que se estudian sus particularidades, por si fueran de aplicación en la institución propia.

Igualmente habrán de desarrollarse y coordinarse iniciativas, a través de las cuales se anticipen estratégicamente acontecimientos de interés para la institución, en temas susceptibles de convertirse en noticia a corto y medio plazo (*tracking issues management*).

Asimismo deberán emprenderse acciones de investigación que permitan ponderar la vulnerabilidad de la entidad de cara al diseño de protocolos de actuación para situaciones de crisis.

Se establecerá un centro de documentación (impreso, gráfico, audiovisual y multimedia) a gestionar y explotar por el gabinete de comunicación, y que dé servicio a las diferentes áreas de la institución y, en su caso, a los organismos que tengan una relación de dependencia con la misma. Se recopilará, así, cuanta información exista en otros organismos con los que se tenga relación y acceso, en lo referente a materias de su competencia. Se grabarán los actos y comparencias de interés, archivando sus transcripciones y, en su caso, traducciones y gestionando la copia y distribución de dicha información. Será preciso para todo ello establecer sistemas de registro de dicha documentación para el formato en que se reciba, así como de métodos utilizados para catalogarla.

Será de especial relevancia la definición de unas pautas para la unificación y efectiva canalización de los mensajes y comunicados por (y en el seno de) la institución. Al mismo tiempo, se definirán y mantendrán los cauces que permitan trasladar entre los diferentes organismos de una institución la información de interés generada por cada uno de ellos.

El responsable de comunicación orientará y coordinará a los encargados de la elaboración del resumen de prensa diario para un óptimo aprovechamiento de la información recogida en los medios de comunicación nacional e internacional, tanto de información general como especializada. Ello será imprescindible para establecer mecanismos de análisis inmediato de las noticias, que permitan responder, en un tiempo mínimo, a las informaciones publicadas.

Por otra parte, se diseñará e implantarán procesos de evaluación cualitativa a medio plazo de las noticias. Deberá, por otra parte, definirse el perfil de los usuarios (internos y externos) y el tipo de necesidades sobre las que se proporcionaría el servicio; con el fin de racionalizar en todo momento la información que se ofrece. Asimismo, se suministraría la información necesaria para la elaboración de folletos y campañas institucionales, páginas web, elaboración de discursos y ponencias, etc.

Es de capital importancia que en el caso de instituciones públicas, se analice la forma en que se presentan las noticias, sobre temas competencia de los organismos de que se trate en

los medios de comunicación y comparar su tratamiento con los intereses de los ciudadanos sobre el particular. Para ello habrán de realizarse auditorías que permitan conocer el impacto de los contenidos y orientaciones mediáticas en el clima de opinión general. En el mismo sentido, sería conveniente elaborar un catálogo de los enfoques de las noticias en temas del ámbito de la institución, que pudieran estar ofreciendo una visión distorsionada, inexacta o partidista de la realidad. Por último, será preciso llevar a cabo evaluaciones periódicas que permitan, según los resultados, acometer acciones de corrección y reorientación de la estrategia comunicativa de la institución, si fuese necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- ARISTÓTELES (1990): *Retórica*. Madrid. Centro de Estudios Constitucionales.
- CARRILLO, ANA TERESA (1997): El cuerpo humano y la salud: hacia una sociedad saludable. Madrid, Ministerio de Educación y Cultura, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones.
- DE PABLOS COELLO, JOSÉ MANUEL (1989): *Nuestra salud*. Santa Cruz de Tenerife, Editorial de Publicaciones Insulares de Canarias.
- DOMÉNECH MASSONS, JOSÉ M. (1994): Métodos estadísticos en ciencias de la salud (Obra completa, 14 vol.). Vol 1º: Estadística descriptiva: tabulación y representación gráfica (1994). Vol. 7º: El modelo de la investigación científica (1999) Esplugues de Llobregat, Barcelona, Editorial Gráficas Signo, S.A.
- FAYARD, P. (1990): *Le culture scientifique. Enjeux et moyens*. París, Le Documentation Française
- GONZÁLEZ GARCÍA, M; LÓPEZ CEREZO, J. A.; LUJÁN LÓPEZ, J. A. (1996): *Ciencia, tecnología y sociedad*. Madrid, Tecnos.
- INFORME QUIRAL (2001): *Medicina, comunicación y salud*. Medicina y salud en la prensa diaria del año 2000. Directores: Vladimir de Samir y Gema Revuelta de la Poza. Varios Autores. Barcelona, Rubes Editorial, S.L.
- LAST, JOHN M.(1992): *Medicina preventiva y salud pública* (6 vol.) Madrid, McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A.
- MARTÍNEZ SOLANA, YOLANDA (2003): *Propuesta de un modelo responsable de información sanitaria. Estudio del caso de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (E. E. B)*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Edición digital.
- MARTÍNEZ SOLANA, YOLANDA (2004): *La crisis de las "vacas locas" en España. La necesidad de una información sanitaria responsable*. Estudios sobre el Mensaje Periodístico. Nº 10. Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- MARTÍNEZ SOLANA, YOLANDA (2004). *La comunicación institucional. Análisis de sus problemas y soluciones*. Madrid. Ed. Fragua.
- MARTÍN MUNICIO, ÁNGEL (Coordinador) (1992): *Debate sanitario. Medicina, sociedad y tecnología*. Madrid, Fundación BBV.

- MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN (1988): Manual de legislación para inspección de calidad de alimentos (obra completa, 632 p.). Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1987): Agenda 1988. Agenda 1989. Madrid, Servicio de Publicaciones
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1999): Clasificación internacional de enfermedades (Obra completa, 2.636 p.). Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo
- NELKIN, D.(1990): La ciencia en el escape. Madrid, Fundesco
- RAMIREZ, TXEMA (1995): *Gabinetes de Comunicación*. Barcelona. Bosch Casa Editorial
- REVUELTA DE LA POZA, GEMMA; ROURA POCH, MARÍA; CÁCERES TEHERÁN, JOHANA (1998): INFORME
- ROQUEPLO, PHILIP (1983): El reparto del saber. Ciencia, cultura, divulgación. Barcelona, Gedisa
- QUIRAL, 1997, 2001: Medicina, comunicación y sociedad: medicina y salud en la prensa diaria. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra
- SALMERÓN PASCUAL, JOSÉ (2001): Vacas locas, médicos locos. Madrid, Mandala Ediciones, S.A.

4. ¿Qué opinan los médicos de familia sobre la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas? Resultados de un estudio cualitativo con grupos focales

LAURA JIMÉNEZ DE GRACIA

ROGER RUIZ MORAL

ENRIQUE GAVILÁN MORAL

Grupo “Comunicación y Salud” Sociedad Española Medicina de Familia y Comunitaria

En las últimas décadas, las formas de relación entre médico y paciente verticales y unidireccionales han ido perdiendo fundamento y vigencia, dando paso a otras donde el paciente adquiere un papel más activo. Así, en la actualidad existe un creciente interés en conocer cómo se puede llevar a cabo la implicación del paciente en la toma de decisiones clínicas; sin embargo, no hay un consenso sobre lo que este concepto significa (Charles *et al.*, 2003; Entwistle and Watt, 2006; Towle and Godolphin, 1999; Whitney, 2003). En muchos casos se equipara a un modelo de consulta centrado en el paciente, pero éste engloba de una forma más amplia otras dimensiones no específicas en la toma de decisiones (Elwyn *et al.*, 2000) como son el conocimiento y consideración del paciente como persona, su perspectiva psicosocial y la comprensión de sus miedos, expectativas y necesidades (Epstein *et al.*, 2005; Mead and Bower, 2000). En general, se habla de decisiones tomadas con la participación del paciente como contraposición a los modelos de interacción clínica paternalista (en los que el médico toma la decisión por el paciente) y de decisión informada (en los que el médico ofrece información pero no consejo u orientación al paciente y donde la responsabilidad de la decisión recae en éste último). Entre ambos modelos se encontraría la llamada “toma de decisiones compartida”, en la que médico y paciente interactúan y comparten las distintas fases del proceso de toma de decisiones (Charles *et al.*, 1999; Elwyn *et al.*, 1999b); pero esta forma de abordar el concepto de participación del paciente, oponiéndolo a otros modos de actuar, tampoco consigue definirlo claramente. Por el contrario, distintos autores explican diversas teorías sobre cómo ha de desarrollarse

el proceso, qué papel específico deben adoptar médico y paciente y qué es lo que realmente se comparte. Así, Charles *et al.*, (1997, 1999, 2003) explican en sus trabajos que la secuencia necesaria para tomar decisiones de forma compartida sería: intercambio de información entre médico y paciente, discusión entre los dos sobre las distintas opciones de tratamientos (que han de ser explicitadas por el profesional) y decisión final sobre el tratamiento (a la que se llegaría de mutuo acuerdo). Towle *et al.*, (1999) especifican que el médico debe confirmar verbalmente si el paciente quiere participar o no en la toma de decisiones, que es descrita como un proceso más amplio que el anteriormente expuesto y con una serie de fases que deben aparecer de forma explícita hasta llegar a un acuerdo sobre la acción que se decida finalmente. Por otro lado, Elwyn *et al.*, (2001) afirman que la implicación del paciente no tiene porqué ser explícita, sino que se puede realizar implícitamente en la relación clínica. Según Entwistle y Watt (2006) el concepto “implicación del paciente” incluye una serie de dominios relacionados con médicos y pacientes; de estos, los referidos a las opiniones y percepciones de los profesionales sobre su papel, esfuerzo y contribución a la toma de decisiones han sido hasta ahora poco estudiados, si bien en los últimos años se están desarrollando algunos trabajos en esta línea, principalmente en el medio anglosajón (Charles *et al.*, 2003; Davis *et al.*, 2003; Elwyn *et al.*, 1999a; Elwyn *et al.*, 2000; Jones *et al.*, 2004).

Es importante conocer en qué medida los constructos teóricos como los anteriormente citados sobre el tema son considerados relevantes por los propios profesionales y en qué medida deben de adaptarse para ser aplicados en la práctica clínica habitual. En nuestro país existen algunos trabajos genéricos sobre relación médico-paciente que han aportado información sobre el estilo de comunicación empleado por nuestros médicos (Girón *et al.*, 2002; Ruiz Moral *et al.*, 2002; Torío Durántez and García Tirado, 1997). Sin embargo, no existe ninguna investigación específica sobre lo que opinan los profesionales sobre estos temas y su forma de abordarlos, y sobre los aspectos concretos referentes a cómo se produce el proceso de toma de decisiones en las consultas y la participación del paciente.

Desde una aproximación cualitativa, este trabajo explora la opinión de los médicos de familia en nuestro contexto sanitario de la Atención Primaria (AP) sobre la toma de decisiones y la implicación del paciente en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

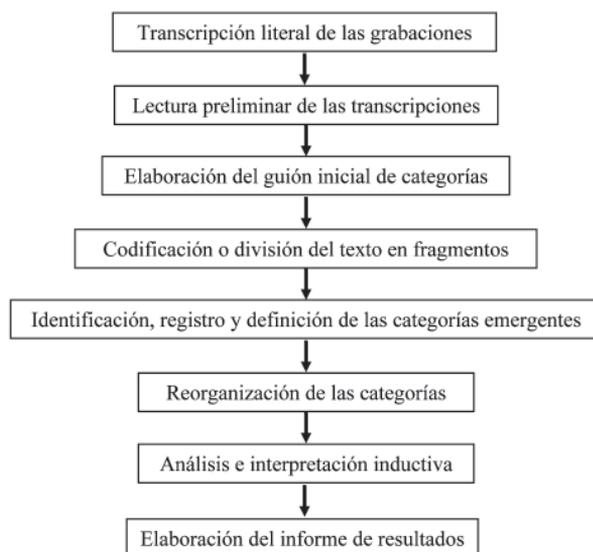
Se trata de un estudio cualitativo basado en la realización de entrevistas semiestructuradas grupales (grupos focales) registrado mediante audio y videograbación. Los informadores

clave para el trabajo fueron médicos de familia seleccionados a través de un muestreo intencional. Como criterios de segmentación se tuvieron en cuenta el sexo, que fueran expertos y no expertos en relación clínica y su procedencia tanto del ámbito rural como urbano.

Se formaron 4 grupos (uno de ellos como pilotaje), con un número de participantes que osciló entre 6 y 8. Con cada grupo de profesionales se llevaron a cabo dos reuniones. En ellas se exploraron mediante preguntas abiertas, sus opiniones y otros aspectos sobre la incorporación de los pacientes en la toma de las decisiones clínicas en las consultas. Las reuniones fueron grabadas en dos formatos (audio y vídeo) y posteriormente transcritas literalmente.

Para llevar a cabo el análisis de las transcripciones, preliminarmente llevamos a cabo un estudio de la bibliografía disponible sobre la toma de decisiones clínicas y la participación del paciente en la consulta en el ámbito de la Atención Primaria. Esto nos permitió trabajar sobre un marco conceptual previo, a partir del cual creamos categorías predefinidas que fueron la base para codificar la información aportada por los grupos focales. Este método lo combinamos con una categorización abierta, es decir, con categorías emergentes que construimos mientras analizamos el texto. Así, fuimos modificando, ampliando, adaptando y redefiniendo las categorías iniciales hasta obtener las definitivas siguiendo el esquema metodológico propuesto por diversos autores (Andrés Pizarro, 2000; García Calvente and Mateo Rodríguez, 2000; Pope *et al.*, 2000). Mediante una aproximación inductiva, extrajimos las proposiciones más relevantes y las asociaciones entre ellas. El esquema seguido para el análisis de la información queda expuesto en la figura 1.

Figura 1: Fases del análisis de la información obtenida de los grupos focales



RESULTADOS

Ante la pregunta genérica de qué opinión les merece a los profesionales la implicación de los pacientes en la toma de decisiones, parece que hay acuerdo en que es un tema novedoso y lo relacionan de alguna manera con el desarrollo de la ley de autonomía del paciente y el reconocimiento de sus derechos, además de ser también un deber y responsabilidad de las personas respecto a su propia salud. Todo esto es percibido por los médicos como algo positivo tanto para ellos como para los pacientes, pues si participan en las decisiones se lograrán más acuerdos, mejorando así los resultados del encuentro clínico, principalmente la satisfacción de ambos y el cumplimiento terapéutico. Así lo explica un participante:

Te va a ayudar a que (el paciente) cumpla más el tratamiento, a que se adhiera más, a que el resultado sea mejor para su salud, ¿no? Incluso a que él esté más cómodo.

Respecto a la incorporación del paciente en la dinámica habitual de la entrevista clínica, los médicos opinan que podría resultar difícil por diversos motivos. El aspecto primordial es que si el médico no tiene interiorizada la idea de que es necesario que el paciente participe y si no tiene una actitud positiva, no lo favorecerá:

Si tú no crees en eso, no lo vas a llevar a cabo.

Pero además, superado lo anterior, aparece otro problema derivado de la falta de costumbre tanto del médico como del paciente:

Si ahora me diera porque todos los pacientes participaran en la toma de decisiones, yo me imagino que se preguntarían “¿esto qué es?” Y si ellos no están acostumbrados en la relación (clínica) a tomar decisiones, de pronto, se me ocurre que puede ser difícil para ellos también, no sólo para mí.

Es por eso que los médicos creen que tienen que hacer un esfuerzo para desarrollar esta nueva manera de hacer las cosas y lograr la participación del paciente en más ocasiones, esfuerzo que tendrían que realizar puesto que los pacientes cada vez quieren tomar mayor protagonismo en las consultas médicas e implicarse más. En esta dirección se dirigen las siguientes opiniones:

Los tienes que hacer partícipes (a los pacientes) porque te lo están pidiendo, por la actitud que tienen de tomar decisiones también.

Yo creo que cada vez (los médicos) lo hacemos mejor, probablemente presionados por ellos (los pacientes), no lo hacemos a iniciativa nuestra, nos cuesta hacerlo a iniciativa nuestra.

De todos modos, los médicos aseguran que hay pacientes que se muestran más reticentes a participar de forma activa. Por eso, los profesionales opinan que deben adaptarse a cada persona e individualizar su grado de implicación en la medida en que ellos deseen decidir de forma compartida. Para ello, debe haberse establecido previamente una relación bidireccional que permita al médico conocer y tener en cuenta los valores, necesidades y contexto del paciente. Así, los profesionales opinan que es fundamental intercambiar información principalmente en las primeras fases exploratorias del encuentro clínico:

A lo mejor en la primera parte de la entrevista te interesa a ti que él (el paciente) se manifieste tal y como es, y por lo tanto él debe llevar la iniciativa.

Pero tras esta fase de intercambio y participación de ambos, llegado el momento concreto de elaborar estrategias de actuación, en muchos casos los médicos asumen que el paciente quiere que sea el profesional quien decida. Por eso, en este punto, los médicos tienden a adelantarse y tomar la iniciativa, y ofrecen directamente un plan de actuación al paciente. Para ello, intentan adaptar su estrategia de acción al paciente aprovechando el conocimiento que sobre él y sus circunstancias tienen. Este modo de poner en práctica el proceso no es visto como una toma de decisiones compartida en sentido estricto, sino como una forma de hacer participar al paciente de forma implícita. Así lo explican los informadores:

Yo soy capaz de cuando estoy haciendo esa elaboración mía mental, tener en cuenta la elaboración mental del paciente, lo que el paciente quiere, necesita, duda, implicaciones sociales, implicaciones familiares, problemas que llevaba.

De alguna manera estás compartiendo una decisión pero de forma implícita. Yo creo que muchas veces, según vas viendo sus preferencias, sus creencias, vas tanteando y al final ofertas una u otra; al final vas encaminando lo que tú has visto que él prefería y a lo mejor no de una forma tan explícita como “¿esto o lo otro?”.

Porque quizás no ha sido un proceso de compartir, ha sido un proceso de elaborar el plan de actuación que crees más adecuado para un paciente y entonces intentas “venderle la

moto". Venderle, implicar, en ese plan que tú has elaborado. Eso es compartir hasta cierto punto.

Inmediatamente después de haberle presentado la estrategia de acción, el médico intenta asegurarse de si es aceptada o no por el paciente. En general, tampoco indagan en este punto explícitamente, sino que suelen fijarse en posibles pistas no verbales del paciente de conformidad o resistencia. Creen que esto es posible siempre que se haya creado un ambiente de confianza mutua donde los pacientes puedan manifestarse libremente.

No es que en principio yo los vaya a implicar en la toma de decisiones directamente, a priori, sino una vez que ya he hecho a lo mejor una determinación o lo que sea, y veo que ese paciente con el lenguaje no verbal me está indicando que ahí hay algo que no funciona, pues entonces me replanteo y pregunto una pregunta.

Por ejemplo: un paciente que viene con un cuadro febril y unas molestias urinarias (...): "Tiene usted una infección de orina, y el tratamiento es tal"; el paciente asume eso, no pone ninguna resistencia en un ambiente en el que él puede manifestar perfectamente sus impresiones.

Así, la implicación del paciente en las decisiones se convierte en una herramienta más de la consulta. Por tanto, no tiene porqué utilizarse en todos los encuentros ni con todos los pacientes ni tiene porqué realizarse en un único acto, sino que puede ser un continuo, *un proceso*, que se resuelva a lo largo de varias entrevistas aprovechando la continuidad de la Atención Primaria; es decir, en ocasiones la decisión puede diferir para ser tomada en sucesivos encuentros.

Actuamos a nivel de Atención Primaria (...): lo ves hoy y lo ves mañana y a lo mejor también la semana que viene.

Dos aspectos fundamentales para que el médico comparta plenamente la decisión o la tome de forma más unilateral son: la presencia de distintas alternativas, con la evidencia a favor de unas u otras de un modo más o menos igualado, y el tipo de problema. Así, los médicos tienden a involucrar más al paciente cuando existen opciones o alternativas que son equiparables entre sí y sobre las que el profesional no tiene predilección por ninguna concreta:

Dentro de las que son, para ti como médico, (opciones) legítimas en relación con el tratamiento, pues compartir con él (el paciente) y que él decida también.

Por el contrario, cuando el médico se decanta inicialmente por una de las opciones posibles, encuentra mayores problemas para una negociación más equilibrada:

Entonces, aunque les expliquemos las distintas opciones, o les demos o les hagamos partícipes, estamos influenciándoles a que esto es lo que debe hacerse.

Pero si ellos (...) te van a preguntar a ti sobre las distintas opciones, tú vas a explicarles engañándoles un poquito hacia lo que es tu criterio.

En cuanto al tipo de problema, los médicos creen que ante situaciones graves o urgentes o en las consultas más banales son ellos los que deben decidir. En casos intermedios y en patologías crónicas es donde intentan implicar más a los pacientes, pues en general es también en estos casos donde la incertidumbre es mayor (las opciones son más equilibradas). De esta manera, según las premisas anteriores se establece una serie de grados de participación del paciente, desde la mínima (en la que el médico es quien decide) hasta la máxima (decisión plenamente consensuada):

Yo distinguiría una clasificación (...): cosas banales o intrascendentes y cosas muy importantes en que uno decide, toma la decisión por él (el paciente), porque no se entretiene a compartirla (...) y luego está la zona central, en la que, sobre todo si tú reflejas alternativas equivalentes, ninguna más eficaz, en la que ahí sí entras a compartir más plenamente.

Existe discrepancia de opiniones respecto a qué hay detrás del concepto de “compartir una decisión”. Para algunos médicos, significa que los contenidos de la solución final elegida sean válidos tanto para el médico como para el paciente, independientemente de que se haya producido o no intercambio de opiniones y preferencias sobre las distintas opciones durante la negociación. Algunas ideas expuestas con este significado:

Moderador: *Entonces ¿cuándo se alcanza la toma de decisiones compartida?* Informante: *Cuando se llega a un acuerdo satisfactorio para los dos.*

El paciente toma su decisión que puede ser de estas que no compartimos y tú le dices “mire, no estoy de acuerdo, usted es libre para tomarla, pero sepa que no estoy de acuerdo”. Ya no es una toma de decisiones compartida (...) tú no la compartes.

Para otros médicos, sin embargo, el término se refiere al proceso como tal de llegar a acuerdos discutiendo con el paciente las distintas alternativas y preferencias de ambos, independientemente de que el resultado final sea satisfactorio o no para ambos. En este sentido, un participante define la expresión “compartir decisiones” de la siguiente manera:

Es la respuesta del paciente, después de que el paciente sepa lo que yo sé, y después de que libremente, los dos hayamos negociado, pactado y hablado (...).

Tampoco se produce acuerdo sobre qué opinión debe prevalecer sobre la otra en caso de discrepancia: si la del médico como técnico o profesional experto en salud (*sigue siendo la opinión más válida*) o la del paciente que, *en último extremo, es el responsable de su propio cuerpo, su salud y de su sufrimiento* y es el que definitivamente se adherirá al plan o no. Estos momentos de desencuentro médico-paciente son según los informantes, *puntos de conflicto* en los que la negociación debe desarrollarse más amplia y profundamente hasta llegar a una solución.

De todos modos, los médicos parecen tener muy claro que la opción que finalmente sea elegida debe estar dentro de unos límites aceptables para las dos partes implicadas:

Una cosa es implicar al paciente en las decisiones y otra cosa es ceder a todo lo que me pide el paciente sin lógica, sin argumentos y sin razón.

Tomar decisiones compartidas no es imponer al paciente tu criterio.

Además, se pone de manifiesto que se puede involucrar al paciente en la toma de decisiones *salvo que sea ilegal (la decisión) o que afecte a terceras personas (...) o que le afecte a él mismo.*

Finalmente, algunos de los participantes piensan que implicar a los pacientes en los planes de acción es también una forma de compartir responsabilidades. Esto podría responder a un modo más “defensivo” de practicar la medicina:

Nos protege a nosotros de una posible reclamación.

La mayoría señala que dentro de esta práctica de una medicina “defensiva”, el máximo exponente es el “consentimiento informado”, que si bien debería tener un espíritu integrador del paciente en las decisiones, su uso en la práctica ha quedado relegado casi totalmente a proteger legalmente al médico si surgen complicaciones:

Es un elemento de seguridad jurídica para el que hace las cosas. Y creo yo que ese consentimiento informado tendría que tener otra vertiente que no la tiene.

Esta es la razón por la que los médicos no creen que los conceptos “implicación del paciente” y “consentimiento informado” sean semejantes, aun cuando en determinadas ocasiones puedan confundirse.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, los médicos opinan que la implicación del paciente en la toma de decisiones es una tendencia relativamente novedosa, que deberían incorporar progresivamente en su consulta, y que necesitarían una actitud positiva para desarrollarla. En otros trabajos sobre el tema encontramos que, efectivamente, la actitud de los médicos es un aspecto clave en este proceso: cuando el profesional tiene un punto de vista favorable hacia la implicación de los pacientes en las decisiones, facilita que éstos tengan las habilidades y conocimientos necesarios para trabajar conjuntamente (Entwistle and Watt, 2006). Es decir, una motivación positiva del médico puede estimular al paciente para que asuma un papel más activo respecto a su salud, y aunque todavía hay pacientes que se muestran reticentes a involucrarse (Say, 2003), cada vez son más los que piden participar en la consulta y compartir la responsabilidad de sus cuidados con el profesional (Coulter, 2003). Las consecuencias de esto son, según nuestros resultados coincidentes con los de otros estudios, mayor satisfacción de pacientes y médicos, y mejor cumplimiento terapéutico (Edwards and Elwyn, 2006).

Respecto al modo de implicar al paciente, los médicos en nuestro trabajo opinan que, en general, no se realiza de forma explícita. Por el contrario, los médicos habitualmente se anticipan a tomar una decisión y posteriormente, mediante la escucha activa y la identificación de posibles pistas no verbales, están atentos a si ésta es aceptada o no por el paciente. Esta forma de actuación no está plenamente en consonancia con los modelos teóricos (Charles *et al.*, 2003; Entwistle and Watt, 2006; Towle and Godolphin, 1999; Whitney, 2003), en los que se insiste que el médico debe explorar de forma expresa el deseo del paciente de participar en la fase resolutoria de la consulta, además de asegurarse también de manera explícita que se alcanzan consensos finales. Estas diferencias se deben, posiblemente, a que estos modelos no tienen en cuenta las condiciones de la práctica habitual del médico de familia y además, han sido desarrollados en otros contextos culturales y clínicos diferentes. Aún así, en el medio anglosajón se han realizado trabajos con grupos focales similares al nuestro. Elwyn *et*

al., (1999) llevaron a cabo un estudio con médicos residentes de último año de medicina de familia, en el que se expone que el éxito de implicar al paciente en la toma de decisiones recae en hacer explícito el proceso. Posteriormente, los mismos autores realizaron un estudio similar con médicos de familia con más tiempo de experiencia laboral, cuyos resultados concuerdan con los nuestros: explorar específicamente el deseo del paciente de participar en las decisiones no es tan necesario o importante como que el médico esté atento a los signos no verbales del paciente al respecto (Elwyn G *et al.*, 2000). En otro estudio similar de Towle *et al.*, (2006), los médicos de familia afirman que no necesitan conocer explícitamente en cada consulta qué papel quiere adoptar el paciente pues pueden intuirlo, principalmente cuando la relación entre ambos es de larga evolución. Es decir, los médicos con mayor experiencia conocerían mejor a sus pacientes y, por tanto, serían capaces de crear con mayor facilidad un clima de confianza y conocimiento mutuos y de percibir mejor mediante señales no verbales sus preferencias de participación, adaptándose a ellas sin necesidad de hablarlo explícitamente. La explicación de estos resultados podría radicar en las características de la Atención Primaria: la continuidad asistencial y la longitudinalidad de la relación con el paciente favorecen el conocimiento del mismo y su entorno y que el médico pueda desarrollar el estilo de consulta que cada persona en cada momento concreto precise (Ruiz Moral *et al.*, 2003).

Entre los informantes de nuestra investigación no existe acuerdo respecto al significado de “decisión compartida”: para algunos este término se refiere a un proceso de intercambio de alternativas y preferencias, mientras que otros lo identifican con un resultado final consensuado. Probablemente, esta discrepancia se deba a que estén hablando de dos conceptos diferentes que en algunas ocasiones se confunden por ser utilizados indistintamente. Así, el término “toma de decisiones compartida” se refiere a un resultado final de congruencia entre profesional y paciente logrado mediante un proceso previo que ambos comparten a través de una serie de fases (Charles *et al.*, 1997; Gwyn and Elwyn, 1999). Por el contrario, el término “implicación del paciente en las decisiones” alude a la iniciativa del médico de promover que el paciente participe en la consulta, existan opciones de tratamiento equiparables o no, sea cual sea el resultado final y tome la decisión última uno u otro (Edwards and Elwyn, 2006; Gwyn and Elwyn, 1999; Jordan *et al.*, 2002). El primer concepto supone una forma más estricta de actuar, basada en presunciones teóricas, mientras que el segundo es más flexible, lo cual permite mayor adaptabilidad a las características específicas de la Atención Primaria y en definitiva, mayor aplicabilidad en la práctica real del médico de familia.

Respecto a cuándo buscar mayor participación del paciente, los médicos en nuestro trabajo hablan de dos factores fundamentales: el tipo de problema del que se trate y la existencia o

no de opciones más o menos equiparables. En esta línea, Whitney *et al.*, (2003) explica que el médico debe buscar mayor implicación del paciente cuando el problema es más grave y hay más incertidumbre sobre las opciones existentes, tal como opinan nuestros informantes. Sin embargo, una gran parte de los problemas cotidianos por los que consultan los pacientes en Atención Primaria son de bajo riesgo o gravedad, por lo que no siempre es necesario promover una “toma de decisiones compartida” en su sentido más rígido (Charles *et al.*, 1999) sino que, en general, es más pertinente involucrar al paciente a través de su consentimiento simple al plan de acción decidido por el médico (Whitney *et al.*, 2003), tal como opinan los profesionales de nuestro estudio. Sí que intentan compartir e implicar más a los pacientes cuando las opciones de tratamiento presentan similar peso o evidencia, lo que se ha dado en llamar *equipoise* (Elwyn *et al.*, 2000), de manera que médico y paciente discutirían sobre los pros y contras de dichas alternativas para llegar a un plan aceptado por ambos (Whitney *et al.*, 2003) y también en el caso de patologías crónicas.

Pero ¿qué sucede si existe diferencia de opiniones respecto al plan que se ha de seguir? La opinión de los médicos en nuestra investigación sobre cómo actuar ante este posible conflicto es muy variada. También lo es en otros trabajos. Así, algunos médicos afirman persuadir a sus pacientes, aportándoles previamente la información de una manera más o menos sesgada, para que la opción que se decida sea la que ellos quieren, tal como reconocen algunos de nuestros informantes. En un reciente trabajo en que se pregunta abiertamente a médicos de familia sobre estas discrepancias con el paciente, los profesionales explican que en estos casos intensifican la negociación, pudiendo diferir la decisión para recabar más información, derivar al paciente a otro médico para tener una tercera opinión o persistir en defender su propia opinión. Otros médicos se decantan porque sea el paciente quien decida y se responsabilice de dicha elección, acercándose al llamado modelo de decisión informada o consumista (Ruiz Moral *et al.*, 2003). Estos médicos justificarían su actuación por sentirse más protegidos a nivel legal por haber cedido la responsabilidad última de la decisión al paciente. De todos modos, debemos tener en cuenta los resultados de un trabajo de Edwards y Elwyn (2006) en que se entrevistaba a pacientes tras su encuentro con el médico, y que concluye que los pacientes le dan mayor importancia a participar en la consulta que a poder decir a posteriori quién ha tomado la decisión final. Esto parece corroborar la idea de que lo principal es que el médico favorezca la implicación del paciente en el proceso, y no tanto en quién recae la responsabilidad de la elección del plan.

Las limitaciones metodológicas de nuestro estudio son las propias de los estudios de corte cualitativo con grupos focales. Por ejemplo, existe discrepancia sobre las ventajas de man-

tener o no la homogeneidad de los participantes (Kitzinger, 1995); en nuestro caso, hemos tratado de resolver este posible problema trabajando con grupos focales homogéneos y heterogéneos. Además, hemos trabajado con profesionales que tenían la misma jerarquía, lo que ha permitido que los participantes se hayan podido expresar libremente sin sentirse coaccionados. En cualquier caso, el moderador trató de establecer dinámicas adecuadas durante las reuniones para que el diálogo se desarrollase de forma fluida, favoreciendo la participación activa de todos los informantes.

Una limitación del estudio podría derivar de sus contenidos específicos, pues los médicos podrían expresar una visión claramente a favor de la participación del paciente en las decisiones por ser políticamente más correcto. Intentamos evitarlo mediante una batería de distintas preguntas abiertas que realizamos explorando, además de las opiniones, otros factores relacionados con cuestiones más prácticas. De este modo, pensamos que las respuestas “más relajadas” ante preguntas que no parecían interrogar directamente sobre las opiniones acerca del tema nos han permitido aproximarnos más fielmente a las verdaderas visiones de los informantes.

Por otro lado, el presente informe expone los resultados correspondientes sólo a una de las categorías identificadas en el análisis de las transcripciones, por lo que faltan datos que nos permitan formular hipótesis explicativas del fenómeno de estudio hasta que finalice el trabajo.

Es necesario conocer la opinión y actitud de los médicos de familia hacia la implicación del paciente en la toma de decisiones para poder desarrollar actuaciones que favorezcan estas conductas, puesto que es conocido que los médicos que tienen una actitud más positiva en este proceso son más proclives a llevarlo a la práctica (Entwistle and Watt, 2006).

Este estudio es el paso previo para estudiar posteriormente, con mayor profundidad, otros aspectos de la toma de decisiones y adaptar a nuestro contexto los modelos teóricos existentes para poder plantear recomendaciones realistas sobre condicionantes, competencias, habilidades y modelos de estrategias para el desarrollo de las posibles formas de participación de los pacientes en el proceso de la consulta en Atención Primaria.

Una vez conocida la opinión de los médicos de familia sobre la implicación del paciente en las decisiones, es necesario investigar las circunstancias en que se produce la toma de decisiones, los factores que influyen y el grado de participación que tiene lugar en la práctica real. Esto, a su vez, permitiría diseñar instrumentos de medida adecuados para detectar estas conductas en las consultas de los médicos, y promover así su aprendizaje, estudio e investigación.

Además, se debe introducir al otro protagonista, el paciente, mediante la percepción y valoración que éste hace de su grado de participación, su grado de acuerdo y satisfacción durante el encuentro. Sólo así será posible hacer recomendaciones específicas sobre las herramientas que debe de poner en práctica el profesional y los condicionantes que debe tener en cuenta para fomentar la participación de los pacientes en la toma de decisiones, para aumentar la eficacia del encuentro clínico.

El siguiente paso podría ser diseñar estudios analíticos y/o experimentales que relacionen las estrategias de participación factibles y deseadas con resultados de las consultas, como podrían ser: satisfacción de profesionales y pacientes, uso de recursos, mejora en salud, calidad de vida...

CONCLUSIONES

En la Atención Primaria, los médicos de familia opinan que la participación del paciente en la toma de decisiones se consigue en la mayoría de las ocasiones, de una manera implícita, y que esto no constituye un proceso de toma de decisiones compartidas como tal, sino como un proceso en que el médico toma las decisiones adaptándolas al paciente y éste da su consentimiento simple. El grado de participación del paciente viene determinado por la presencia de opciones equiparables y el tipo de problema concreto de que se trate.

BIBLIOGRAFÍA

- CHARLES C, GAFNI A, & WHELAN T (1997). Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44, 681-92.
- CHARLES C, WHELAN T, & GAFNI A (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319, 780-2.
- CHARLES C, WHELAN T, GAFNI A, WILLAN A, & FARRELL S (2003). Shared Treatment Decision Making: What does it mean to Physicians? *Journal of Clinical Oncology*, 21, 932-6.
- DAVIS RE, DOLAN G, THOMAS S, ATWELL C, MEAD D, NEHAMMER S, MOSELEY L, EDWARDS A, & ELWYN G (2003). Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation. *Health Expectations*, 6.
- DE ANDRÉS PIZARRO J (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria*, 25, 42-6.
- EDWARDS A, & ELWYN G (2006). Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. *Health Expectations*, 9, 307-320.
- ELWYN G, EDWARDS A, GWYN R, & GROL R (1999a). Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *British Medical Journal* 319, 753-6.
- ELWYN G, EDWARDS A, & KINNERSLEY P (1999b). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*, 49, 477-482.
- ELWYN G, EDWARDS A, KINNERSLEY P, & GROL R (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50, 892-897.
- ELWYN G, EDWARDS A, MOWLE S, WENSING M, WILKINSON C, KINNERSLEY P, & Grol R (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling*, 43, 5-22.
- ENTWISTLE VA, & WATT IS (2006). Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Education and Counseling*, 63, 268-278.

- EPSTEIN RM, FRANKS P, FISCELLA K, SHIELDS CG, MELDRUM SC, KRAVITZ RL, & DUBERSTEIN PR (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61, 1516-1528.
- GARCÍA CALVENTE MM, & MATEO RODRÍGUEZ I (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25, 115-122.
- GIRÓN M, BEVIÁ B, MEDINA E, & TALLEROMS (2002). Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.
- GWYN R, & ELWYN G (1999). When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Social Science & Medicine*, 49, 437-447.
- JONES IR, BERNEY L, KELLY M, DOYAL L, GRIFFITHS C, FEDER G, HILLIER S, ROWLANDS G, & CURTIS S (2004). Is patient involvement possible when decision involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 59.
- JORDAN JL, ELLIS SJ, & CHAMBERS R (2002). Defining shared decision making and concordance: are they one and the same? *Postgraduate Medicine*, 78, 383-384.
- KITZINGER J (1995). Introducing focus group. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- MEAD N, & BOWER P (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
- POPE C, ZIEBLAND S, & MAYS N (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114-116.
- RUIZ MORAL R, RODRÍGUEZ JJ, & EPSTEIN RM (2003). ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 32, 594-602.
- RUIZ MORAL R, RODRÍGUEZ SALVADOR J, PÉRULA DE TORRES L, & PRADOS CASTILLEJO J. (2002). Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Atención Primaria* 29, 132-44.
- TORÍO DURÁNTEZ J, & GARCÍA TIRADO M (1997). Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 20, 17-24.

- TOWLE A, & GODOLPHIN W (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319, 766-771.
- WHITNEY SN (2003). A New Model of Medical Decisions: Exploring the limits of Shared Decision Making. *Medical Decision Making*, 23, 275-280.
- WHITNEY SN, MCGUIRE AL, & MCCULLOUGH LB (2003). A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent. *Annals of Internal Medicine*, 140, 54-9.

5. Algunas cuestiones sobre la representación de la salud pública en el cine argentino de la democracia

SEBASTIÁN MESCHENGIESER

Cinecys (Centro de Investigación y Estrategias en Comunicación y Salud)

Este breve trabajo tiene como objetivo señalar algunas particularidades que adquiere la representación de la salud pública en el cine argentino de los últimos 25 años, período que coincide con la recuperación de la democracia formal en nuestro país.

Con ese fin, hemos escogido una serie de títulos estrenados en el circuito comercial y que pueden reconocerse como “ficionales”, con historias centradas en escenarios ligados a la salud pública y sus principales actores (funcionarios, profesionales de la salud, pacientes). La elección del corpus tiene que ver con la necesidad de hacerle preguntas a aquellas obras que sin buscar “registrar la realidad” explícitamente (en los términos del género documental), no pueden dejar de mostrarla.

Las películas que sirven como eje del siguiente trabajo son las siguientes:

- *Darse cuenta* (Alejandro Doria, 1984)
- *Hombre mirando al sudeste* (Eliseo Subiela, 1987)
- *Solo gente* (Roberto Maiocco, 1999)

Consideramos que el cine es un medio indispensable para interpretar los principales imaginarios de una sociedad, legitimarlos o ponerlos en crisis. En el caso de nuestro trabajo, entendemos que cada escena que nos remite a la salud pública (y, especialmente al espacio hospitalario) puede leerse como una denuncia (del deterioro institucional, de la escasez de recursos, de la falta de reconocimiento a los profesionales, del desentendimiento del Estado argentino con respecto a las condiciones de sus ciudadanos) pues se limita a mostrar lo que cualquier testigo advierte al hacer una consulta en nuestro país. Además, el hecho de utilizar hospitales reales como locación en cada uno de estos filmes permite asociar las historias con

un cierto realismo, identificando a los espectadores con sus propias vivencias, por lo que la operación de verosimilitud de estas películas aparece más asociada a la experiencia social que a los recursos cinematográficos utilizados.

Entendemos que las estrategias de comunicación en relación a la salud implican un doble esfuerzo intelectual. Por un lado, el de generar acciones para escenarios siempre urgentes; pero simultáneamente, el de ejercer reflexiones sobre cada uno de los diversos marcos conceptuales que, en cada momento histórico, definen los límites de *lo visible* y de *lo decible*, reconociendo que la salud —a través de sus representaciones— expresa tonos de época, tensiones y discursos establecidos. En el caso de este artículo, buscamos interpretar una muy pequeña porción de un medio enorme: el cine. Considerando que ese medio (por su historia, especificidades técnicas, potencia comunicacional) deriva siempre en medio político, pues influye sobre los debates de la cosa pública cuestionando o justificando los órdenes establecidos. En este caso una serie de películas que han definido, en la Argentina de la democracia algunas de las imágenes más fuertes sobre el ejercicio de la salud, el desempeño de sus instituciones, y el grado de desprotección de la ciudadanía, aunque por debajo de los discursos instalados por los informativos de la televisión y la industria publicitaria en todas sus formas y soportes.

En cuanto al espíritu con el cual nos acercamos a la pantalla grande, unas últimas palabras: hay una tradición de pensamiento en la Argentina que nos sugiere creer que la historia del cine comienza en la vida social de los pueblos, y que sólo a partir de ella puede explicarse y comprenderse. Por lo tanto, si el cine comienza en la vida social de los pueblos, algo de esa vida deja huellas en las películas que la expresan, en sus zonas visibles y en sus puntos ciegos. Es el cine entonces, un escenario privilegiado para analizar la lucha discursiva sobre las condiciones de la salud pública en Argentina —su justificación y también sus resistencias—.

LAS PELÍCULAS

Darse cuenta

Carlos Ventura (Luis Brandoni) tiene 45 años. Es un médico que no se ha destacado; marido de un matrimonio fracasado (no puede separarse de la mujer por limitaciones económicas) y padre de un hijo con el que casi no tiene relación (y que lo dejará pronto para irse a vivir a Canadá). Ventura forma parte de un mundo injusto y desesperanzado (“*todo lo que logré es un sueldo de mierda por los dudosos buenos servicios que presto a la comunidad*”, dirá). Un día llega a terapia intensiva un muchacho de poco más de veinte años (Darío Grandinetti),

destrozado por un automóvil en un accidente. Los médicos descartan cualquier esperanza para él, y asumen que tratarlo es un gasto inútil. Ventura intenta rescatar esa vida contra toda la institución (le reprocharán que “hay muchos pacientes más cerca de la vida”, y que éste joven “es un gasto para el Estado”). Se enfrenta al descreimiento, a la insensibilidad, a la corrupción. Pero a medida que avanza la recuperación del joven, el médico vuelve a encontrar sentidos a su vida, a su vocación. Pero, más allá de que el muchacho sobrevivirá gracias a su lucha, el contexto de la historia es lo suficientemente dramático como para que la épica personal y profesional de Ventura no nos indique una suerte de metáfora del sistema de salud en su totalidad. Apenas una luz de esperanza: aún careciendo de todo, algunos profesionales de la salud resisten poniendo el hombro. Pues, como dice la enfermera más experimentada (interpretada por China Zorrilla): *“los buenos no saben hacerse notar, trabajan en silencio, no piden más recompensa que la vida”*.

Hombre mirando al sudeste

El doctor Julio Denis (Lorenzo Quinteros) es médico psiquiatra y trabaja en un centro neuropsiquiátrico. Un día llega al hospital un joven, Rantés (Hugo Soto), quien dice provenir de otro planeta. Lo trata como paranoico, pero Rantés irá introduciéndose en su vida, haciéndolo dudar de si realmente está loco, con lo que, sutilmente, le obliga a replantear su vida y profesión. Pero, a diferencia del médico de *Darse cuenta*, en este caso el descreimiento del profesional sobre el sistema está claro desde el vamos. A un paciente que entra por guardia lo recibe con un *“bienvenido al infierno”*. En una charla con el director del hospital dirá: *“acá no curamos a nadie”*. A Rantés tampoco lo curarán y aunque afirme hasta el final su origen extraterrestre deberá soportar lo mismo que soporta (para el sentido común y mediático más extendido) cualquier terrícola que se interne en un hospital público argentino: comida digna de una prisión, paredes descascaradas, falta de personal, técnicas hegemónicas que subordinan cualquier práctica de trato humano por fuera del universo de lo científico y admisible. Es más, Rantés, loco y todo, consigue trabajo como asistente en el laboratorio del hospital porque contratar a un profesional es imposible para la institución por cuestiones presupuestarias.

Solo gente

Ignacio (Pablo Echarri) es un joven médico en residencia, que se ve enfrentado a las bondades y miserias de su profesión. El escenario es la sala de guardias de un hospital destartado,

verdadera morgue en potencia en cuyas camas aparecen sin previo aviso pacientes fantasmales de otras áreas. En todo momento, el film (dirigido por un médico) busca concienciar sobre el estado paupérrimo de los hospitales, el deshumanizado trabajo médico, los calvarios de los mayores y los padecimientos que implica ser un eslabón de la deficiente cadena de servicios públicos. En tal contexto, la intención de Ignacio es humanizar la profesión del médico, frente a la mirada al costado que hacen la mayoría de los suyos. A diferencia de las películas descritas más arriba, el personaje que potencia las inquietudes del protagonista no es un paciente en especial, sino un compañero que está en las antípodas, el Dr. Blanco, que sólo piensa en terminar la residencia para partir hacia Canadá, no tiene ningún tipo de relación caritativa con sus pacientes y es capaz de ocultar información en sus partes médicos para no exponerse en su legajo. En plena década del '90, cuando fue estrenada esta película (y que, a diferencia de las otras dos, pasó sin pena ni gloria por los cines argentinos), algunos de los conceptos que subyacen al guión resultan tan necesarios como sanamente ingenuos: Ignacio busca salvar vidas antes que construir una carrera que priorice el éxito individual. Y frente a un mundo que le plantea arriar cualquier bandera que huelga a utopía, Ignacio se ensucia las manos con la sangre de sus pacientes, los revive a golpes de puño, les grita como si estuviera en pleno partido de fútbol y se compromete tanto que no puede dejar de salir lastimado pero fortalecido frente a cada acción.

UN DIÁLOGO

Dos pacientes de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires observan el ingreso por guardia de un paciente joven, con intento de suicidio. Un grupo de profesionales hace fuerza para empujar la camilla. Hay gritos del médico, que pide información del ingresado. La situación es insostenible. El hospital, literalmente, se cae a pedazos. Los dos pacientes conversan.

- *Yo no sé por qué se esfuerzan tanto con éste...*
- *Pero tiene 21 años, che...*
- *Lo salvan hoy, mañana aparece en las vías del tren... mientras tanto gasta en sueros, antibióticos, sondas...*
- *¡Ni que lo pague usted!*
- *Lo pago yo, vos, todos...*

La escena pertenece al film *Solo gente* y simplifica, en alguna medida, gran parte de los juicios que cuestionan el modelo sanitario nacional. La salud es un gasto. Y estos personajes bien podrían existir en cualquier sala de espera argentina.

OTRO DIÁLOGO

Una mujer ingresa desesperada al hospital. Su hermano acaba de ser atropellado por un automóvil. Ella grita esperando alguna respuesta (*¿dónde está mi hermano?, ¿está vivo mi hermano?*). En silencio la observan decenas de pacientes de paciencia infinita que esperan ser atendidos por diversos motivos. Una enfermera atraviesa el pequeño pasillo. No tiene respuesta sobre el paradero del hombre atropellado. La hermana en plena crisis cuestiona con lágrimas y furia la ineficiencia del sistema. Y le dispara a la enfermera:

- *Lo que ganas acá te lo pagamos todos, hija de puta!!!*
- *Si soy hija tuya, aumentame el sueldo...*

La escena pertenece al film *Darse cuenta* y simplifica, en alguna medida, la violencia institucional que se despliega en los hospitales públicos. Violencia que tiene origen en la falta de recursos pero también en ciertas concepciones arraigadas históricamente en nuestro país. Una es que los profesionales no suelen contener afectivamente y la falta de respuestas, antes que interpretarse como los tiempos razonables del trabajo médico, se percibe como un soberbio abandono de su parte. La otra también se relaciona con el maltrato, pero en dirección inversa. Sucede que los usuarios de servicios públicos proponen una relación amo/sirviente, basándose en la dudosa ecuación que dice: si yo pago los impuestos y con los impuestos se pagan los salarios, yo te pago los salarios y tú debes obedecerme.

OTRA ACLARACIÓN

No hay estadísticas ni metodología alguna que pueda comprobar o cuantificar las afirmaciones anteriores. Sólo un puñado de películas, y demasiadas escenas (repetidas en la pantalla pero mucho más “en la vida”) que nos sugieren narrar así este universo. Creemos urgente y necesario apelar a este tipo de ejemplos (que, por fortuna, el cine sigue proveyendo) para instalar debates y propuestas a pensarse colectivamente. Las preguntas sobre las estrategias de comunicación en salud y sus alcances son tantas como disciplinas nutren

nuestras inquietudes, y el desafío de esbozar alguna respuesta —al menos ensayística— siempre es estimulante.

LO VISIBLE

¿Cuáles son aquellos tópicos invariantes que nos propone el corpus fílmico?

En principio, hospitales con una estructura edilicia que demanda demolición antes que restauración. Falta de camas, pacientes apilados (en *Darse cuenta* tienen a un enfermo en un depósito), aparatos médicos escasos o con fallas graves (en *Solo gente* no funciona ni siquiera el respirador); comida incomible (en *Hombre mirando al sudeste* el mal estado del alimento modifica la conducta de los internos). Y hay más: profesionales que no dan abasto, cortes de luz, cortes de gas, y un país siempre en crisis que expulsa a sus ciudadanos. A propósito, podemos señalar que uno de los principales dilemas de los profesionales argentinos desde hace años es quedarse o irse del país (problemática a la que los medios argentinos bautizaron “*fuga de cerebros*”). En la filmografía revisada para este artículo abundan los ejemplos, aunque consideramos que la idea de “exilio” aquí vislumbrada bien merece un trabajo que lo aborde en profundidad. La tensión entre el quedarse y el partir está omnipresente. Quedarse es elegir la miseria y el sacrificio absoluto pero a la vez —y esto puede interpretarse como una compensación simbólica— partir es renunciar a todo; pues si bien fuera está el dinero, el reconocimiento o el confort, sólo el hecho de ejercer en el país justifica el compromiso, legitima la vocación de servicio. En síntesis, como si desplazando al “quién”, la salud perdiera el “porqué”.

PROPOSICIONES

Un repaso por aquellas películas que buscan registrar la vida en los hospitales —más algunas otras que asumen el tema sin convertirla en el eje de su argumento— nos invitan a proponer una serie de proposiciones para ordenar las distintas dimensiones de análisis y debate posibles.

- El hospital sintetiza la salud pública toda

El modelo hegemónico de la salud pública argentina es “hospital-céntrico”, y el cine no deja de hacerle justicia a ese modelo. El hospital sigue funcionando, en el universo de las

películas, como la parte que remite al todo. El hospital no sólo es ese edificio que arquitectónicamente nos puede remitir al encierro, y a la asimétrica relación médico-paciente que ya bastante se ha analizado en nuestro país: el hospital público es para el cine (también para el sentido común, para los medios masivos, para los detentores del discurso privatista disfrazado de “modernizador”) ese elefante estatal en agonía permanente; un mecanismo más descompuesto que cualquiera de los cuerpos que allí se depositan para ser curados. Los hospitales que nos devuelve el cine argentino hablan más de la muerte de un modelo de salud pública (inspirado en la idea del Estado de Bienestar) que de la vida de los ciudadanos que allí se tratan. No es un proceso singular, la decadencia del sistema público de salud (profundizado en los años 90, y del que el cine no es en absoluto cómplice) tiene su correlato en el sistema educativo y hasta en el rol del Estado frente a la seguridad, pues el monopolio de la fuerza ya no es tal y las empresas de seguridad privada se multiplican en Argentina como verdaderos ejércitos con diversas gamas cromáticas. Pero volviendo al hospital y sus circunstancias, los personajes que construye el cine que analizamos asumen cierto estatuto heroico, pues se desenvuelven en un terreno donde ese premio que es la vida a veces exige un precio demasiado caro.

- Las profesiones ligadas a la salud implican un grado superlativo de sacrificios

Cualquier testigo con cierta capacidad de desnaturalizar los espacios laborales de estos profesionales no podría entender qué los moviliza a pertenecer a ese universo. Vidas de santos lo llaman algunos; masoquistas sintetizan otros. Las desventajas están claras: salarios deprimidos, falta de insumos, una estructura burocrática que despersonaliza las tareas, y un ambiente de trabajo rodeado de dolor, oscuridad y desesperanza. Sin embargo no pueden dejar de estar allí (y decir cosas como “*soy feliz*” o “*este hospital es mi casa*”, de hecho varias películas registran momentos festivos como la Navidad en la que médicos y enfermeros brindan durante la guardia). Deben arreglarse con poco material y mucha voluntad; rezar por conseguir una cama libre y que no esté debajo de un techo a punto de caerse. Pero eso no es todo: los médicos que nos presentan estas películas son capaces de poner hasta su propio empleo en juego por sacar adelante un paciente. En *Solo gente*, Ignacio le permite al hijo menor de un paciente entrar sin permiso a terapia intensiva para que puedan jugar “un último partido de naipes” y al paciente lo saca de un coma farmacológico con ese mismo fin; el Dr. Ventura de *Darse cuenta* se pone a las autoridades en contra y con necesidad sigue utilizando su tiempo en una causa supuestamente perdida

y en *Hombre...* el Dr. Denis saca a su paciente sin permiso, tratando de buscar afuera las respuestas que no encuentra en el hospital.

- Humanizar es salirse de las reglas institucionales

La falta de compromiso afectivo aparece representado en un doble estándar: como garantía para que el profesional no se deprima ante la muerte o el dolor de sus pacientes pero a la vez como un *modus operandi* institucional. Los médicos escuchan en estas películas (por parte de colegas y de autoridades docentes u hospitalarias) cosas como “si te involucrás perdés”, “al paciente no lo toques”, “fletalo rápido”, “hay que ser práctico, en estos tiempos no se puede ser utópico”. Entonces, estas películas pueden señalarnos que hay un cuerpo descompuesto (el hospital, la salud pública) pero que aún en su interior está el sujeto que reserva las energías para cambiar las cosas. Son esos “los imprescindibles”, los profesionales capaces del sacrificio, capaces de cuestionar un orden o —aunque suene paradójico— capaces de defenderlo cuando sólo quedan sus restos y vienen a liquidar lo poco que queda. En Argentina —tierra de paradojas— se suele decir (sin mucho fundamento como cualquier discurso que circula sin debate ni argumentación) que “en los hospitales públicos están los mejores profesionales”... pero aquel que puede se paga un sistema de cobertura privada. Será la imagen de las filas interminables, de la falta de camas o de sangre para transfusiones, será consecuencia de los mitos que circulan sobre operaciones mal hechas o los prejuicios de las clases más influyentes los que operan en este sentido. El cine también opera, como una denuncia y una esperanza. Denuncia la decadencia de un modelo, y brinda esperanza elogiando a ese sujeto hoy subordinado que justificó su existencia, que resiste, humaniza, cura y no pide “más recompensa que la vida.”

- Curar es “curarse”

Los profesionales de la salud tienen una misión social y sólo pueden sentirse plenos cuando la ejercen. Como si la redención de todo lo malo, lo mediocre o intrascendente que puedan hacer en sus itinerarios personales la van a encontrar devolviéndole a un paciente la posibilidad de caminar. No se trata en absoluto de un *slogan* ligado a cierta mirada *new age*, porque el hecho de conseguir resultados en un ámbito tan desfavorable no sólo es reafirmar la vocación para sí mismos, también es indicar un camino, una ética y un horizonte a los demás.

Y FINALMENTE

Este artículo es el primer intento —claramente no sistemático— de ordenar algunas inquietudes que nos llevan de la experiencia social al cine y del cine de vuelta a los imaginarios sociales que dejan huella en la Argentina de hoy. Tienen la intención del debate antes que demostrar erudición. Solicitan un cruzarse a titulares periodísticos, a charlas cotidianas, a otras películas que registran otros procesos argentinos de una misma historia social. La salud y sus protagonistas es apenas un capítulo. En estas películas abunda la escasez y sobran las atmósferas asfixiantes. Pero no deja nunca de latir la épica de los héroes cotidianos y anónimos que, no dejamos de creer, también existen en la vida real.

BIBLIOGRAFÍA

- ESPAÑA, CLAUDIO (1993): *Cine Argentino en democracia 1983-1993*. Buenos Aires: Fondo Nacional de las Artes.
- FERRER, CHRISTIAN (1996): *Mal de ojo*. Buenos Aires: Editorial Colihue.
- FERRO, MARC (1980): *Cine e historia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GETINO, OCTAVIO (1998): *Cine argentino, entre lo posible y lo deseable*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- GONZÁLEZ, HORACIO y RINESI, EDUARDO (compiladores) (1993): *Decorados, apuntes para una historia social del cine argentino*. Buenos Aires: Manuel Suárez Editor.
- LISICA, A. FEDERICO y MESCHEN-GIESER, SEBASTIÁN (2003): *Los jóvenes en el cine argentino de los 90*. Buenos Aires. Tesina disponible en comunicacion.fsoc.uba.ar/index_archivos/lista_tesinas.pdf.
- SEL, SUSANA y MARIÁN MOYA (1999): *Los medios de comunicación en las prácticas políticas del siglo: el cine y la constitución de lo masivo*. Ponencia disponible es <http://comunicacionymedios.wordpress.com/>
- SORLIN, PIERRE (1985): *Sociología del cine*. México: FCE.

FILMOGRAFÍA

- Darse cuenta (Alejandro Doria, 1984).
- Hombre mirando al sudeste (Eliseo Subiela, 1987).
- Solo gente (Roberto Maiocco, 1999).

FILMOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Héroes y demonios (Horacio Maldonado, 2002).
- Arregui, la noticia del día (María V. Menis, 2001).
- Lugares comunes (Adolfo Aristarain, 2002).

II. TENDENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN

6. Estrategias de comunicación para prevenir el consumo de drogas: algunos apuntes sobre las campañas en EEUU y España

AITOR UGARTE ITURRIZAGA

Adjunto al Gerente de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) y

Editor de Revista Comunicación y Salud

Las drogas, al igual que la comida, el agua o el aire que respiramos, son sustancias químicas que provocan consecuencias en el cuerpo humano. Hay, sin embargo, diferencias claras entre unas y otras. Mientras los alimentos, el agua, el aire nos permiten seguir vivos, las drogas alteran el estado habitual de conciencia y (sin control médico) pueden desencadenar serios problemas para la salud. No obstante, y a pesar del riesgo asociado a su ingesta, los consumos no disminuyen e incluso, en algunos países y en determinados rangos de edad, aumentan. Y no se puede afirmar que estos incrementos se den por desconocimiento de los usuarios. Es un hecho que en los países desarrollados la población ya está informada, con mayor o menor profundidad y acierto, de los daños que el consumo continuado de drogas ejerce en el organismo. No estamos pues ante un problema de falta de información, como ocurriera décadas atrás. El reto de contar a la opinión pública qué efectos producen las drogas es una asignatura aprobada. Otra cuestión es qué percepción social hayan generado las diferentes maneras de hacerlo, y qué enseñanzas se pueden extraer de las estrategias que se han empleado para hablar a la opinión pública de las drogas y sus efectos.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las estrategias de comunicación que se han seguido para convencer a la gente de que no se acercara a las drogas no es algo novedoso en el campo de la *health communication*, aunque el desarrollo de estas investigaciones y evaluaciones se muestra muy dispar según países. Estados Unidos, como en otros aspectos de la ciencia comunicativa, lidera el

ranking de actividad en este sentido y España, a pesar de la emergente presencia de la comunicación para la salud en los últimos años, no se caracteriza por disponer de un número importante de trabajos en la materia.

Que Estados Unidos se distinga como referencia en el estudio de la comunicación y la salud y que España no haya incidido en este campo merece la pena ser considerado desde un punto de vista general, pero muy en particular en el caso concreto de las campañas sobre drogas. Conviene señalar que la ausencia de análisis y evaluaciones científicas sobre los esfuerzos comunicativos para prevenir el consumo de drogas en España, no quiere decir que estos esfuerzos no hayan existido. Han existido, y muchos. De hecho, la epidemia de consumo de heroína por vía intravenosa que asoló España en los años 80 y comienzos de los 90, junto al inesperado y mortífero VIH/SIDA que se le asoció, provocaron que se dedicara mucha atención y recursos a la “lucha contra la droga”. También esfuerzos en forma de campañas de comunicación. Dicho de otro modo, material de estudio había de sobra en España como para haber analizado, evaluado e investigado qué funcionaba y qué no. El hecho es que no se ha evaluado, al menos sistemáticamente, y que en Estados Unidos sí.

Este artículo aborda la cuestión desde esta perspectiva de la historia reciente de ambos países con el objetivo de extraer algunas conclusiones sobre el modo en que evolucionaron en Estados Unidos y España las campañas de comunicación social para prevenir el uso de drogas, intentando contextualizar los acontecimientos en sus respectivos entornos socio-culturales. El método descriptivo utilizado en el análisis permitirá apuntar finalmente un “mapa de mejora”, con la intención de que pueda ser útil en el diseño y la evaluación de campañas en los próximos años.

El marco temporal en el que se enmarca el artículo llega hasta finales del año 2009 para ambos países, sin embargo las fechas de comienzo no son las mismas. En el caso de Estados Unidos se toma como referencia de inicio la creación del *National Institute on Drugs Abuse* (NIDA) en 1975, mientras que en España el análisis se inicia a mediados del decenio de 1980, cuando las diferentes administraciones públicas y otras instancias más o menos relacionadas con los poderes del Estado ponen en marcha las primeras instituciones públicas y privadas que tienen como misión tratar a los drogodependientes y prevenir los consumos.

1. ESTADOS UNIDOS

El nacimiento del NIDA

En 1974 —coincidiendo con el punto álgido del escándalo Watergate— el gobierno republicano de Richard Nixon termina de impulsar la creación del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA). Nixon había sido la primera autoridad estadounidense que en 1969 utilizó la expresión *War on Drugs* para formular el decidido empeño de la administración norteamericana de luchar contra las drogas, su tráfico y su consumo.

La puesta en marcha del NIDA en 1974 no significa en absoluto que anteriormente no hubiera habido acciones dirigidas a prevenir el consumo de drogas en EEUU, ni que con el NIDA comenzaran las campañas en los medios de comunicación. Sin embargo, el NIDA aunó actividades e impulsó la coordinación de la parte socio-sanitaria de esa *War on Drugs* cuyos rescoldos han llegado hasta nuestros días. El NIDA se constituye así como una entidad federal para el estudio, tratamiento, prevención, formación, prestación de servicios y recolección de datos sobre la naturaleza y extensión del consumo de drogas. Su primer director, el doctor Robert L. DuPont, que ejerció este cargo hasta 1978, fue uno de los pioneros estadounidenses en el estudio y tratamiento de las consecuencias sanitarias y sociales de la adicción a la heroína y su eventual asociación de causa y efecto con el incremento de la violencia.

La primera gran campaña nacional realizada bajo el paraguas de la *War on Drugs* en la que el NIDA utilizó masivamente los medios de comunicación social se remonta a 1982 y estuvo activa, a través de multitud de acciones, durante toda la década de los 80 y primeros años 90. Su mensaje central, “Just Say No”, “Tan solo di no”, marcó una forma de entender la persuasión comunicativa como elemento de educación para la salud en el ámbito de la prevención del consumo de drogas. Una forma de entender la persuasión que muchos autores después han calificado de equivocada si bien estaba basada en modelos de la psicología social entonces muy pujantes, como el de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y el de las Creencias en Salud (Hochbaum, 1958; Becker, 1974). Ambas teorías han sido a lo largo de estos años criticadas, matizadas y en algunos aspectos superadas (Rodríguez Marín, 2001; Menéndez, 2006).

El principal error de la campaña “Just Say No” del Gobierno de Ronald Reagan —que tuvo a su esposa, la Primera Dama Nancy Reagan, como una de las principales impulsoras— fue atribuir eficacia a una forma de entender la mente y el lenguaje que otorga a la

mera información el poder suficiente para cambiar las creencias, las actitudes y provocar que adoptemos la conducta más beneficiosa para nuestra salud. Tiene que ver con una concepción racionalista surgida en la Ilustración según la cual los hombres actuamos siempre en nuestro propio beneficio cuando tenemos la información adecuada. Es decir, y aplicado a nuestro campo de estudio, se podría hilar el siguiente discurso “racional”: cuando sabemos que las drogas dañan nuestro organismo, y además nos lo dice un agente fiable como la Administración, inmediatamente y de manera lineal (causa-efecto) rechazamos el consumo de cualquier sustancia adictiva. Esta aseveración es falsa, como han demostrado a lo largo de los años tanto la observación más somera como evaluaciones muy rigurosas (Lakoff, 2008).

En un ambiente de escepticismo respecto a los logros de sus políticas, el NIDA convocó los días 14 y 15 de abril de 1983 en Rockville, Maryland, una conferencia para revisar las estrategias de prevención del abuso de drogas en jóvenes. Los *papers* de ese encuentro fueron editados en formato de monográfico por el propio NIDA (Glynn y otros, 1983) y es muy significativo comprobar que el artículo que encabeza ese conjunto de textos está dedicado al rol de los medios de comunicación (Flay y Sobel, 1983) y que, a pesar de los años transcurridos, su lectura sigue siendo actual y enriquecedora en bastantes aspectos.

En su artículo, Brian Flay y Judith Sobel hacen un extenso repaso por las evaluaciones disponibles hasta esa fecha de las campañas comunicativas dirigidas a promover la salud y prevenir el consumo de drogas. La primera conclusión que se puede extraer de este artículo es que antes del año 83 ya se habían desarrollado multitud de acciones y se habían realizado evaluaciones de muchas de ellas. Flay y Sobel repasan tres formas fracasadas de encarar las campañas: (1) la objeción moral al consumo de drogas, (2) el fomento del miedo a sus consecuencias y (3) la aproximación “objetivista” basada en cuáles son las propiedades físico-químicas de las drogas y sus consecuencias para el cuerpo humano. De esos tres fracasos los autores extraen enseñanzas que les permiten afirmar que las campañas de prevención a través de los medios tienen diversos retos en el futuro:

- Llegar verdaderamente a la audiencia que se desea alcanzar y con la frecuencia de exposición deseada. Para ello son necesarios mejores estudios de segmentación y de análisis de públicos objetivo: ¿verdaderamente el público al que nos queremos dirigir acepta nuestro mensaje?
- Promover un movimiento social alrededor de la campaña mediática que provoque otra forma de comunicación, la interpersonal, y lograr que se hable de ella en otros entornos: amigos, familia, escuela, etc. Flay y Sobel lo definen como “suplementación”.

- Abundar en las mediciones científicas de las campañas y sus efectos, tanto en el nivel básico como aplicado. Para ello sugieren más estudios con la metodología de grupo de investigación y grupo de control.

La muerte de Len Bias

A mediados de los 80, la sociedad norteamericana sufrió una sacudida emocional en el ámbito de las drogas parecida a la que supuso la muerte del cantante Freddy Mercury para el VIH/SIDA. El fallecimiento por sobredosis de cocaína y otras drogas del joven baloncestista universitario Len Bias el 19 de junio de 1986 conmocionó a EEUU. Bias, de 22 años, al que se le comparaba por su juego con Michael Jordan, apenas 48 horas antes de su muerte había sido elegido segundo en el *draft* de la NBA (la mejor liga del mundo) por los Boston Celtics, un equipo ganador que en aquellos días juntaba a jugadores de la talla de Larry Bird, Kevin McHale, Robert Parish, Danny Ainge, Dennis Johnson...

El mensaje que trasladó a la sociedad de EEUU este fallecimiento fue que las drogas verdaderamente mataban y nadie, ni siquiera los jóvenes ídolos de físico privilegiado (Bias medía 2,03 y pesaba 95 kilos de músculo y fuerza) estaban a salvo del riesgo. La desgraciada muerte de Len Bias sí que fue un mensaje preventivo eficaz y sonoro, un elemento de persuasión no buscado, sobrevenido, y con un impacto social enorme.

En 2006, 20 años después del fallecimiento, un artículo del diario *Washington Post* recogía dos significativas declaraciones. La primera de Lonise Bias, madre de Len, que perdió a su otro hijo 4 años después en un tiroteo y que desde entonces ha dedicado su vida a luchar contra las drogas y la violencia: *Many, many people have come to me throughout the [last] 20 years and have told me that the day Len died was the day they stopped using cocaine, I've had people stop me in the street and tell me that. They still do, telling me they've remained clean since that time and that it was the turning point in their lives.* La segunda declaración era de la directora del NIDA, Nora Volkow, sobre el punto de inflexión que supuso la sobredosis de Len Bias en la consideración social de la cocaína: *In fact it was glamorized in the '70s and the beginning of the '80s. The death of Len Bias alerted the community in general that this drug was not a safe one.*

El libro *Communication Campaigns About Drugs: Government, Media and The Public* (Shoemaker, 1989) hace un repaso muy interesante de las campañas contra el consumo de drogas, basado en el panel que la editora del texto colectivo, Pamela Shoemaker, una de las autoras de referencia en el estudio de la comunicación en EEUU en los últimos 30 años, preparó y coordinó para el Congreso de 1987 —el año siguiente a la muerte de Len Bias— de la Aso-

ciación Americana para el Estudio de la Opinión Pública (AAPOR, por sus siglas en inglés). Una de las cuestiones que analiza el libro es la campaña que puso en marcha el NIDA bajo el título *Cocaine, The Big Lie*, “Cocaína, la gran mentira”, en la que precisamente se buscaba atacar la representación social que entonces tenía esta droga, ligada al glamour, al ocio y a la ausencia de riesgo. Entre las muchas cuestiones interesantes que plantea el libro coordinado por la entonces novel investigadora de la Universidad de Texas, encontramos un capítulo titulado *America’s Drug Problem in The Media: Is it Real or is it Memorex?* (Johnston, 1989) y, dentro de él, un subcapítulo titulado *The Evidence for a Real Crisis in 1986* en el que se vincula claramente la muerte de Len Bias con la evidencia real de que en EEUU está sucediendo algo preocupante con las drogas.

A comienzos de los 90 son ya muchas las consideraciones que se hacen sobre lo que funciona y lo que no en las campañas antidroga. De ello trata un monográfico de la revista científica *Health Communication* del año 1991, coordinado por otra de las grandes del estudio de la comunicación y la salud, Teresa L. Thompson, en el que se incluyeron las reflexiones llevadas a cabo en otra conferencia organizada por el NIDA sobre comunicación y abuso de drogas, celebrada en la primavera de 1989 en la Universidad de Kentucky. Todos los trabajos de aquella conferencia se pueden encontrar en el libro de Donohew, Sypher y Bukoski, de 1991.

En su artículo de apertura del monográfico, Teresa L. Thompson realiza dos aportaciones especialmente interesantes. Son las que se refieren a la necesidad de encuadrar el problema (*framing*) y a la llamada a la creación de poderosas metáforas antidroga que ayuden a cambiar la realidad simbólica a favor de la prevención y el no consumo (Thompson, 1989). Ambas cuestiones sitúan la reflexión en un campo oportuno y pertinente: el del lenguaje y la construcción de significados sociales.

Así mismo, en un encomiable afán por hacer balance de la *War on Drugs* de los años 80, un estudio de 1992 se preguntó sobre las relaciones que alrededor del asunto de “las drogas” habían mantenido la prensa, la Presidencia (no olvidemos el papel de la Primera Dama, Nancy Reagan) y la opinión pública en EEUU desde 1985 a 1990 (Gonzenbach, 1992). Basándose en los métodos de medición de la Teoría de la *Agenda Setting* (McCombs y Shaw, 1972), esta investigación se interrogaba sobre cuál de las tres instituciones había dirigido o liderado el proceso de conformación del estado de opinión nacional sobre las drogas. Las conclusiones del estudio no pudieron ser menos “concluyentes” desde un punto de vista causal; efectivamente, todo era afectado por todo, como sucede en las intervenciones complejas.

El proceso de formación de la opinión pública, medido a través de encuestas, puede ser tanto una cuestión de percepciones públicas de la realidad de las drogas y de la pseudo-realidad de las campañas de información, como de la atención presidencial y mediática al asunto. (Gonzenbach, 1992).

A pesar de los esfuerzos realizados en prevención, el aumento del consumo de algunas drogas en los años 90 fue considerable, por ejemplo entre 1991 y 1999 la proporción de alumnos de 12 grado que habían consumido marihuana el año anterior se elevó del 24 al 38%. Esto llevó a iniciar nuevos proyectos en los que las campañas de comunicación tuvieron un importante papel. Y con las campañas, se activó la medición científica. Los 90 y los primeros años del siglo XXI se caracterizan por un aumento exponencial de la investigación sobre qué funciona y qué no en las campañas de promoción de la salud llevadas a través de los medios de comunicación. Investigación que ha permitido un avance teórico y práctico considerable.

Es ésta la época de los meta-análisis, en los que los científicos de la comunicación reúnen diversas intervenciones y las estudian según los parámetros de diseño y eficacia exigibles a las campañas. El primer meta-análisis sobre drogas llega en el año 2002, obra de Derzon y Lipsey. Estos investigadores juntaron 72 estudios, tanto publicados como no publicados, que se diseñaron para prevenir o reducir el consumo de drogas en población joven, y llegaron a la conclusión de que se habían logrado medir pequeños efectos en mejorar el grado de conocimiento de los jóvenes y en una actitud positiva para el cambio. Pequeños efectos, insistimos. Otros hallazgos interesantes de este estudio se refieren a la mayor eficacia de las campañas audiovisuales sobre las impresas, las centradas en el alcohol sobre las que abordan las drogas ilegales y el tabaco, y las dirigidas a padres por encima de las dirigidas a jóvenes. Además, se concluyó que hay campañas que incluyen ciertos tipos de mensajes especialmente efectivos, por ejemplo aquellas en las que se enfatizan las alternativas al consumo de drogas. Finalmente, se halló que las campañas comunicativas suplementadas con intervenciones en otros ámbitos (comunitario, escolar, familiar) mostraban efectos más poderosos que las que solo se quedaban en la parte mediática (Derzon y Lipsey, 2002).

Pero el hecho es que ni los nuevos diseños de evaluación ni los avances en la ciencia comunicativa desterraron las polémicas sobre las campañas llevadas a cabo por la administración americana, a las que se les criticaba en muchos casos seguir ancladas en modelos del pasado. Un ejemplo de ello es la que realizaron a finales de los 90 y comienzo de la década del 2000 la Oficina Nacional para la Política de Control de Drogas (ONDCP, por sus siglas

en inglés) junto con el *Partnership for a Drug-Free America*. Fue una campaña cuyo objetivo principal era motivar a los padres para que hablasen con sus hijos sobre las drogas, y les mostrasen a los chicos el deseo paterno de que no las consumieran. Esta campaña fue criticada con dureza en diferentes aspectos (Wallack y DeJong, 2000).

- Críticas dirigidas en primera persona contra el General Barry R. McCaffrey, que en aquellos tiempos ocupaba el puesto de “Zar Antidroga” en la segunda Administración Clinton, por no integrar el alcohol y el tabaco dentro de los contenidos de los spots televisivos.
- Críticas duras también contra el *Partnership for a Drug-Free America*, iniciativa pública financiada con fondos privados con la que colaboraban “desinteresadamente” medios de comunicación y agencias de publicidad. El *Partnership* había recibido fondos sustanciales de la industria del alcohol y del tabaco (Buchanan y Wallack, 1998).
- Muchos de los *spots* contenían exageradas apelaciones al miedo, una estrategia que tenía ya desde hace tiempo el rechazo de la comunidad científica por sus escasos resultados (Job, 1988).
- También se criticó el uso de personalidades para trasladar el mensaje antidroga, personalidades del mundo de la música que en el pasado habían sido consumidores. Esta forma de hacer campañas también tenía importantes detractores (Harvard Business School, 1987).
- En el caso del abordaje de la marihuana, se pusieron en entredicho las “atractivas representaciones” de alguno de los spots hacia esta droga.
- Y finalmente las críticas afectaron de nuevo al General McCaffrey en persona por rechazar la necesidad de construir un apoyo comunitario (adicional a la campaña mediática), que pudiera provocar una aproximación comunitaria a la prevención del consumo (Wallack y DeJong, 1995).

Una muestra resumen del conocimiento adquirido a lo largo de años de investigación, se puede encontrar en 2006, en la revista académica *Journal of Health Communication*. Seth Noar publicó un análisis sobre las campañas de promoción de la salud que habían visto la luz en los últimos diez años, que llegaba a la siguiente conclusión:

The literature is beginning to amass evidence that targeted, well-executed health mass media campaigns can have small-to-moderate effects not only on health knowledge, beliefs,

and attitudes, but on behaviors as well. Given the wide reach that mass media is capable of, a campaign with a small-to-moderate effect size that reaches thousands of people will have a greater impact on public health than would an individual or group-level intervention with a large effect size that only reaches a small number of people. Thus, large-scale health campaign efforts can be successful in achieving broad public health impact among communities in the United States and across the world, making further inquiry as to the best means to achieve this impact a worthy venture. (Noar, 2006).

El presidente consumió cocaína

Hay un capítulo importantísimo de la historia de EEUU que tiene, a mi juicio, relación directa con la construcción social del fenómeno “drogas” en aquel país. El 20 de enero de 2009 Barack Hussein Obama tomó posesión de su cargo como presidente de los Estados Unidos de América. Durante la larga campaña electoral que le llevó a la Casa Blanca, Obama tuvo que hablar de lo divino y de lo humano: de sus opiniones sobre los asuntos públicos y de su vida privada; de su pasado y de su presente. Y precisamente en lo que tiene que ver con su adolescencia “rebelde”, Obama reconoció que había bebido alcohol y fumado marihuana de manera habitual, dejando la cocaína para ocasiones puntuales. Era el primer candidato a presidente que reconocía haber consumido cocaína.

Entre las muchas novedades que el primer presidente negro (léase afroamericano para quienes les resulte inadecuado el calificativo) aporta a la vida pública de los EEUU destaca que los ciudadanos le hayan votado plenamente conscientes de que tuvo unos años difíciles en los que consumió cocaína. Y eso es un cambio importante, porque a otras figuras públicas y/o políticas se les tumbó por motivos similares. Estudios sociológicos y de psicología social por escribirse nos dirán por qué se ha producido este cambio en el pueblo estadounidense y qué supone, pero no olvidemos tampoco que el anterior inquilino de la Casa Blanca, George W. Bush, era un alcohólico rehabilitado.

2. ESPAÑA

Del franquismo a ‘La movida’

Políticamente los años 70 trajeron a España el final de una dictadura que duró 40 años, una Transición pacífica y dialogante basada en cambios legales aprobados por el poder consti-

tuyente salido de unas urnas abandonadas a la fuerza en 1939, y el comienzo de una democracia que se ha consolidado gracias a una fuerte institucionalización y a la alternancia en el poder ejecutivo de diferentes partidos políticos. Los años 70 también supusieron socialmente, y en coherencia con la dinámica política, una exaltación de la libertad reconquistada. En este ambiente de cambios socio-políticos se hace visible la heroína en España, y se convierte en un problema social.

La heroína emerge como un fenómeno desconocido, desbordante e inicialmente ligado a grupos sociales de clase media-alta y de un nivel cultural elevado. La célebre y mitificada “movida madrileña” supone una expansión de creatividad y de libertad, pero también de descontrol y de pasión por el riesgo asociado a las drogas, y sobre todo a la heroína. Fueron tiempos en los que la mayoría de los jóvenes desconocía los efectos de las sustancias que consumía, y que dejaron un reguero de enfermedad y muerte en una generación que, de reojo o de frente, admiraba y/o imitaba conductas autodestructivas. Escenas que ha sabido describir con rotundidad uno de sus protagonistas, Sabino Méndez, letrista y guitarrista del grupo musical Loquillo y los Trogloditas:

Público estúpido, joven y dopado versus artistas aún más jóvenes, más estúpidos y más dopados. El estudio sobre la comunicación en los homínidos hubiera hallado un inmenso campo experimental en nuestros primeros conciertos. Era notorio que la sala Rockola de Madrid empezaba a convertirse en el centro neurálgico en el que se reunían todos los interesados en la nueva ola. En el verano de aquel año [1981] conseguimos nuestro primer contrato con el local. (Méndez, 2001).

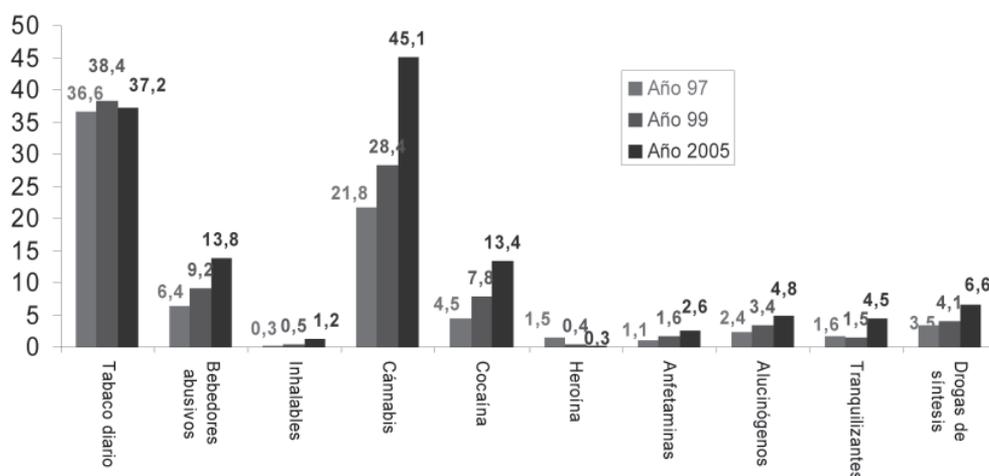
La entrada en escena del VIH y el fenómeno de su contagio por vía parenteral debido al extendido hábito de compartir jeringuillas entre los consumidores de heroína supuso un salto cualitativo mortal y maldito en la epidemia. El aumento del paro y la violencia durante los años 80 contribuyó a que los consumos que habían comenzado como divertimento de “gente bien” se extendieran por todo el espectro social hasta terminar asociando las drogas a la marginalidad y a los poblados chabolistas de las periferias de algunas grandes ciudades, principalmente Madrid (Ugarte, 2009).

Desde entonces las cosas han cambiado mucho respecto a la percepción de las drogas, pero sobre todo ha variado la exposición social al problema. Mientras en los años 80 y primeros 90 existía la “contaminación visual” del yonki tirado o deambulando por las calles, ahora el fenómeno se ha hecho más privado y/o ha cambiado de patrones, locus (polígonos,

botellones, after hours) y de sustancias (la heroína dio paso al cannabis, a la coca, a las pastillas y al atracón de alcohol los fines de semana) pero paradójicamente los consumos no han disminuido, han aumentado.

Respecto al incremento en los consumos se puede tomar como referencia los estudios realizados por el Ayuntamiento de Madrid en 1997, 1999 y 2005 entre adolescentes y jóvenes. Como demuestra la tabla siguiente hay drogas como el cannabis o el alcohol cuyas ingestas se han duplicado. La cocaína se ha triplicado. Solo la heroína baja.

Tabla 1. Evolución del consumo de drogas en la Ciudad de Madrid. Fuente: Madrid Salud.



El seguimiento de los sondeos del CIS nos indica que si en 1997 las drogas eran el tercer problema en las preocupaciones principales de los españoles tras el paro y el terrorismo, y lo citaba un 23,5% de los encuestados; en octubre de 2009 las drogas han caído hasta la decimoctava posición y solo las mencionan un 1,5% de los preguntados. El dato nos confirma que el fenómeno no está ya entre las cuestiones prioritarias de la agenda pública y, por tanto, según la teoría de la agenda setting (McCombs y Shaw, 1972; McCombs, 2006), desaparece también de la escena mediática y del interés político.

El lento ascenso de las campañas preventivas

Los primeros intentos de respuesta a la epidemia de heroína estuvieron caracterizados por la urgencia y la presión social. Urgencia sanitaria por el número de contagios y muertes por

VIH/SIDA (48.565 fallecidos entre 1981 y 2005) y presión social porque, como hemos señalado, el fenómeno de “la droga” comenzó a hacerse presente en forma de tirones de bolso y robos callejeros o en farmacias, cuando no de delitos mayores.

Una de las primeras iniciativas fue la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) en 1985 como una institución de carácter interministerial. Poco después las comunidades autónomas y los ayuntamientos grandes comenzaron a seguir el camino iniciado por el PNsD. Así, por ejemplo, el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid (luego denominado Agencia Antidroga) nació en 1986 y el Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid se aprueba por unanimidad en el Pleno Municipal celebrado el 6 de mayo de 1988, aunque desde el 31 de mayo de 1987 venía funcionando una Comisión Antidroga presidida por el Alcalde y en la que estaban representados todos los grupos políticos.

En este contexto de urgencia sanitaria y presión social lo prioritario era poner en marcha centros y programas asistenciales a los que poder dirigir a los drogodependientes, muchos de ellos enfermos de VIH o de otras patologías infecciosas relacionadas con su adicción y su estilo de vida. Durante aquellos primeros años no siempre se acertó con las propuestas terapéuticas, a pesar de los intentos de la administración por crear dispositivos y coordinarse con las ONG y asociaciones que ya estaban trabajando con los “drogadictos”. Resulta muy esclarecedor a este respecto el testimonio del psiquiatra Carlos Álvarez Vara, uno de los médicos que ya por entonces se volcaron en el trabajo con los adictos:

Entre 1985 y 1995, un sector de la población atendida era reiteradamente expulsada por sanción de los muy exigentes programas libres de drogas (...). Lo más grave fue que una pequeña proporción de estos pacientes que entraban y salían de un programa, pasado un tiempo, dejaron ya de intentar desengancharse y durante años estuvieron haciendo consumos de riesgo, entre otros el tristemente famoso compartir jeringuillas (Ugarte, 2003).

Y todavía pasaría un tiempo más hasta que las prioridades fueran girando desde lo asistencial hacia la prevención de los consumos. Incluso se podría decir que pasó mucho tiempo antes de que eso ocurriera. Con una excepción: el planteamiento de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), que fue creada en 1986 por iniciativa del Teniente General Manuel Gutiérrez Mellado. Este militar que fuera Vicepresidente Primero del Gobierno de Adolfo Suárez había quedado impactado por la muerte de una persona cercana, incapaz de abandonar su adicción a las drogas. El impulso de Gutiérrez Mellado consiguió reunir

en torno al Patronato de la FAD a un grupo de personalidades ligadas a importantes instituciones y empresas. La Reina Doña Sofía es la Presidenta de Honor de la FAD. Por esta dedicación exclusiva a la prevención, la FAD es una de las referencias principales a la hora de analizar la historia de las campañas comunicativas para prevenir el consumo de drogas en España.

Si la FAD comienza sus campañas en 1988-89, el Plan Nacional sobre Drogas lo hace en 1990. El PNsD es el otro gran actor social de las campañas de comunicación preventiva en España. Se debe decir también que algunas de las campañas del Ministerio de Sanidad sobre el VIH/SIDA estuvieron muy centradas en el ámbito del consumo de drogas, debido a la singularidad española del alto nivel de contagio del virus a través de las jeringuillas compartidas por los consumidores de heroína inyectada.

Un estudio reciente (Pereira y Espada, 2009) ha analizado las campañas publicitarias de prevención de los 3 actores citados —FAD, PNsD y Ministerio de Sanidad— entre 1988 y 2008. En total 47 campañas realizadas a escala nacional, que se dividen en 29 de la FAD, 15 del PNsD y 3 del Ministerio. Es muy significativo que 31 de las 47 campañas fueran destinadas a adolescentes y jóvenes, y que más de la mitad invocasen a la reflexión personal o al miedo para no comenzar o suspender el consumo de drogas, 16 de esas campañas utilizaban un tono lingüístico imperativo del estilo “Di no a las drogas” y la inmensa mayoría (42) fueron multicanal (radio, televisión y prensa).

En otro análisis centrado en las campañas que realizó la FAD entre 1988 y 1991, Rivas y Gámez (2003) concluyen que “ambigüedad” es la palabra con la que se pueden resumir los contenidos de las comunicaciones preventivas. Y continúan estas autoras: “Al igual que ambigua era la situación social respecto a las drogas en España. En definitiva, la FAD epitomiza (*sic*) la confusa situación que se vivía en España respecto a las drogas en la década de los ochenta”.

Esta situación se extendió a lo largo de los años 90, y no solo en la FAD sino en todas o casi todas las instituciones y ONGs que se dedican a la prevención del consumo de drogas. Sirva como argumento más concluyente la escasa atención que se ha prestado a la evaluación sistemática de las acciones preventivas, y en éstas se incluyen las campañas de comunicación. Esta dejadez ha provocado en muchos casos que los errores se perpetuaran y ha evitado que se pudiera ir aprendiendo qué funciona y qué no en nuestro entorno social y cultural.

Parece oportuno traer a colación ahora la campaña de 2009 de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, “Bad Night. Esta noche te puede tocar a ti”. En ella, tras una elaboración formal técnicamente perfecta y una puesta en escena muy atractiva, subyace un error

estratégico de fondo del que se ha hablado en este artículo y que en Estados Unidos identificaron a principios de los 80: las campañas que utilizan el miedo como elemento disuasorio no funcionan (Flay y Sobel, 1983). La participación desinteresada del prestigioso director de cine Álex de la Iglesia en el spot de televisión, el haber sabido crear expectación con una campaña emitida en dos fases y las acciones realizadas en internet incluso con página web diseñada *ad hoc* (www.badnigth.es), no son sino aciertos formales que edulcoran el desajuste fundamental: acercarse a los adolescentes desde los códigos del terror para trasladarles el mensaje de que cualquier noche se puede convertir en una noche trágica por el consumo de drogas.

Discusión y conclusiones

Trabajar en prevención no es fácil. Para quien las consume, los aspectos negativos de las drogas no son lo determinante. La heroína, la cocaína, el alcohol, el tabaco tienen una función en la vida de sus usuarios, en muchos casos una función muy importante y de ahí que en ocasiones se haga tan difícil el descenso de los consumos, la desintoxicación y, en el mejor de los escenarios, el abandono del hábito (Costa, Moreno y otros, 2008). Esta dificultad no significa en absoluto que los esfuerzos preventivos sean baldíos. Y dentro de las acciones de prevención del consumo de drogas, la comunicación tiene un papel eficaz siempre que se apliquen las estrategias adecuadas y que se desarrollen sistemas de evaluación del proceso y de los resultados que nos permitan aprender y mejorar.

El somero acercamiento a los últimos 30-35 años de actividad comunicativa para la prevención de drogas en Estados Unidos y en España nos muestra más diferencias que similitudes entre las realidades de ambos países. No obstante, la distinción principal se puede resumir en el muy dispar desarrollo de la *health communication*. EEUU lleva más de 20 años analizando científicamente sus campañas y gestionando el conocimiento de esos estudios mediante revistas académicas especializadas, artículos, libros y encuentros de expertos. En España ese camino está comenzando a recorrerse. No debemos olvidar además que no basta con adoptar lo que funciona en otros lados: las diferencias culturales y sociales entre diferentes contextos tienen que ser tenidas en cuenta y evaluadas en todas las intervenciones comunicativas. El concepto correcto sería adaptar más que adoptar. En definitiva, a la espera de que lleguen tiempos en los que exista la suficiente evidencia sobre qué funciona y qué no en España, todavía necesitamos girar la cabeza hacia EEUU y extraer algunas conclusiones que nos permitan sentar las bases para ir creciendo.

Como quedó señalado en la Introducción, uno de los objetivos de este artículo es dibujar un pequeño “mapa de mejora” que permita señalar algún camino por el que transitar hacia una mayor eficacia de la comunicación preventiva. Para cumplir con este propósito me permito apuntar cinco ideas-fuerza:

1. Búsqueda del encuadre adecuado a cada actuación comunicativa, siguiendo las enseñanzas de la teoría del *framing* (Goffman, 1974). En España, como hemos explicado en este artículo, es muy evidente que la sociedad no ha superado el encuadre “heroína” en su actitud ante el consumo de drogas y sus consecuencias.
2. Creación de metáforas poderosas que sean capaces de enfrentarse a las actuales “a favor del consumo”. Algunos autores, entre ellos George Lakoff, hablan de la metáfora como el eje sustancial a partir del que se articula el pensar humano. Promover metáforas contrarias al consumo de drogas, según esta teoría, tendría una consecuencia directa en la actitud y el comportamiento de la sociedad.
3. Investigar la eficacia de las campañas, evaluando las premisas de partida, el proceso, el impacto y la eficacia. Y publicar esas evaluaciones de forma que todos los interesados puedan aprender de los errores y aciertos de los demás.
4. Promover aún más las campañas que ya se están desarrollando de manera interactiva a través de los nuevos medios de comunicación. No en vano el 63% de los niños y adolescentes de 10 a 18 años prefieren internet a la televisión, según un estudio realizado por la Fundación Telefónica sobre 13.000 escolares españoles entre marzo y junio de 2009.
5. Afrontar con imaginación y rigurosidad el problema de la hipersegmentación de públicos y de canales. A las variables sociodemográficas clásicas (edad, sexo, clase social, estudios, etc.) hay que añadir otras novedosas como diferenciar entre buscadores de sensaciones (*sensation seekers*) o no, actuales usuarios de drogas o no, aspectos culturales y étnicos, etc.

Encuadres adecuados, metáforas sociales poderosas, investigación, aprovechamiento de los nuevos medios y herramientas de segmentación más eficaces nos permitirían vislumbrar un futuro menos arbitrario en las campañas comunicativas para la prevención del consumo de drogas. Las estrategias están a nuestro alcance, ya solo falta la voluntad de aplicarlas.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKER, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monologue. Volumen 2, pp. 328-335.
- BUCHANAN, D. y WALLACK, L. (1998). *This is the Partnership for a Drug-Free America: Any Questions?* Journal of Drug Issues. Volumen 28, pp. 329-356.
- COSTA, MIGUEL; MORENO, JAVIER y otros. (2008). “¡Dispuestos a dejar de fumar! Cómo hacerlo fácil”. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- DEJONG, WILLIAM Y WALLACK, LAWRENCE. (2000). *The Drug Czar's Anti-Drug Media Campaign: Continuing Concerns*. Journal of Health Communication. Volumen 5, número 1, pp. 77-82.
- DERZON, J.H.; LIPSEY, M.W. y otros (Eds.). (2002). *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. Erlbaum, pp. 231-258.
- DONOHEW, R.L.; SHYPER, H.E. y BUKOSKI W.J. (Eds.). (1991). *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*. Lawrence Erlbaum Associates: Nueva Jersey.
- FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: A Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- FLAY, Brian R. y SOBEL, JUDITH L. (1983). “*The Role of Mass Media in Preventing Adolescent Substance Abuse*” en GLYNN, THOMAS J. y otros (Eds.) *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. NIDA Research Monograph 47. A RAUS Review Report.
- FUNDACIÓN TELEFÓNICA. (2009). *La generación interactiva en España. Niños y adolescentes ante las pantallas*. Ariel: Barcelona.
- GARCÍA DEL CASTILLO, JOSÉ ANTONIO Y LÓPEZ-SÁNCHEZ, CARMEN (2009). *Medios de comunicación, publicidad y adicciones*. EDAF: Madrid.
- GLYNN, THOMAS J. y otros (Eds.) *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. NIDA Research Monograph 47. A RAUS Review Report.
- GOFFMAN, ERVING (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Harper and Row: Londres.
- GONZENBACH, W.J. (1992). “*A Time-Series Analysis of the Drug Issue, 1985-1990: The Press, The President and Public Opinion*”. International Journal of Public Opinion Research. Volumen 4, número 2, pp 126-147.
- HARVARD BUSINESS SCHOOL. (1987). *Anti-Drug Marketing Study for the Mayor's Policy Office of the City of Boston*. Cambridge.

- HOCHBAUM, G.M. (1958). *Public Participation in Medical Screenings Programs: A Sociopsychological Study*. Washington D.C. US Government Printing Office, PHS, número 572.
- JOB, R. (1988). "Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns". *American Journal of Public Health*. Volumen 78, pp. 163-167.
- JOHNSTON, LLOYDD. (1989). "America's Drug Problem in The Media: Is it Real or Is it Memorex?" en SHOEMAKER, Pamela J. (Ed.) *Communication Campaigns About Drugs*. Lawrence Erlbaum Associates: Nueva Jersey. Pp. 97-113.
- LAKOFF, GEORGE. (2008). *The Political Mind*. Penguin Group: Nueva York.
- MENÉNDEZ, TANIA. (2006). "Psicología social de la salud: aproximación teórica a modelos de prevención y promoción de la salud", en CUESTA, Ubaldo, UGARTE, Aitor y MENÉNDEZ, Tania (Eds.), *Comunicación social y salud: una introducción*. Editorial Edipo: Madrid. Pp. 121-135.
- MC COMBS, MAXWELL y SHAW, DONALD (1972). *The Agenda-Setting Function of Mass Media*. *The Public Opinion Quarterly*. Volumen 36, número 2, pp.176-187.
- MC COMBS, MAXWELL (2006). *Estableciendo la agenda*. Paidós: Barcelona.
- MÉNDEZ, SABINO (2001). *Corre rocker*. Madrid: Espasa Calpe. P.67.
- NOAR, SETH M. (2006). "A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go From Here?" *Journal of Health Communication*. Volumen 11, número 1, pp. 21-42.
- PEREIRA, JOSÉ RAMÓN y ESPADA, JOSÉ PEDRO. (2009). "Las campañas publicitarias en la prevención del consumo de drogas" en GARCÍA DE CASTILLO, J.A. y LÓPEZ.
- SÁNCHEZ C. Medios de comunicación, publicidad y adicciones. EDAF: Madrid. Pp. 279-299.
- RIVAS, ANA MARÍA y GÁMEZ, MARÍA JOSÉ (2003). "El consumo de drogas en España a través de las campañas publicitarias de la FAD". Comunicación presentada en las VII Jornadas para el Fomento de la Investigación en Ciencias Humanas y Sociales.
- RODRÍGUEZ MARÍN, JESÚS (2001). *Psicología social de la salud*. Editorial Síntesis: Madrid.
- RUANE, MICHAEL y DUGGAN, PAUL. (2006). "Promise Thrown Away. Two decades after cocaine killed U-Md. basketball star Len Bias, a candlelight vigil spotlights the toll of drug abuse". *Washington Post*, viernes 9 de junio, p. B01.

- RUESCH, J. y BATESON, GREGORY. (1951). *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. Norton: Nueva York.
- SHOEMAKER, PAMELA J. (1989). *Communication Campaigns About Drugs: Government, Media and the Public*. Lawrence Erlbaum Associates: Nueva Jersey.
- THOMPSON, TERESA L. (1991). "Communication and Drug Abuse Prevention: Information, Incentives and Metaphors". *Health Communication*, Volumen 3, número 4, pp. 251-262.
- UGARTE, AITOR. (2003). Crónica de un desafío: Agencia Antidroga 1997-2001. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: Madrid.
- UGARTE, AITOR. (2009). "La necesidad de investigar en comunicación y salud: la campaña el alcohol es una droga" en GARCÍA DEL CASTILLO J.A. y LÓPEZ-SÁNCHEZ, C. *Medios de Comunicación, publicidad y adicciones*. EDAF: Madrid. Pp. 259-278.
- WALLACK, LAWRENCE y DEJONG, WILLIAM. (1995). *Mass Media and Public Health: Moving the Focus of Change from the Individual to the Environment. en The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

7. La telefonía móvil como instrumento de comunicación para la información y prevención del consumo de drogas

JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA

Jefe de servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. La Rioja

MIGUEL FERRERAS OLEFFE

Psicólogo. Coordinador del Proyecto Europeo DROJNET 1

La responsabilidad de los individuos y las decisiones que adoptan son determinantes para su propia salud. La adopción de un comportamiento saludable —o no— es un factor de primera relevancia en la salud individual. Por extensión, el conjunto de los comportamientos individuales de una comunidad conforman un comportamiento colectivo de cuidado de la salud.

En este sentido, el consumo de sustancias no es una excepción. Las creencias y actitudes sobre las drogas en edades tempranas así como la decisión de consumir en una situación determinada son la base sobre la que se va a desarrollar —o no— un problema futuro de adicción a sustancias psicotrópicas.

La motivación por la adopción de comportamientos saludables y la facilidad de acceso a la información así como la confianza en ésta, son los principales pilares de la promoción de la salud. Por ello, la información sobre las adicciones y la salud en general tiene cada día una relevancia mayor como instrumento de cambio de comportamientos saludables. La información a través de internet sobre salud es una de las revoluciones que se está viviendo en este ámbito.

El ciudadano es, cada vez menos, un receptor pasivo de la información sobre la salud. Al contrario, realiza comparaciones, consulta diferentes fuentes y las analiza de manera crítica, hasta conformar y formarse una opinión. En este proceso, es importante que existan

respuestas adecuadas a las características de cada interesado, como son su nivel de formación y de comprensión, su sexo y edad, el nivel de riesgo de su conducta, e incluso a su lenguaje, a sus preferencias estéticas, etc.

Una información relativa a las drogas y a los riesgos del consumo debe ser adaptada a los grupos diana que la reciben y personalizada en función de estos diferentes parámetros.

La personalización de la información sobre la salud y los hábitos de vida en especial, y la adopción de una actitud activa por parte del usuario, son las claves de un nuevo paradigma de la información y comunicación en salud.

Este nuevo paradigma aparece vinculado a un momento de desarrollo mayúsculo de las nuevas tecnologías de información y la comunicación. La utilización masiva de internet y de la telefonía móvil ha abierto una vía de comunicación ilimitada entre los usuarios y las fuentes de información sobre salud, así como para los mismos usuarios entre sí. A su vez, los proveedores de información sanitaria han encontrado en la red un canal de difusión barato, rápido, amplio y accesible. El entorno tecnológico desempeña por tanto un papel central en la creación y en la evolución de este nuevo modelo de comunicación.

En este sentido, Internet y el teléfono móvil proporcionan un medio de comunicación que se adapta perfectamente a estos nuevos requerimientos de la información preventiva sobre adicciones: son sistemas de comunicación fiable, interactiva y accesible para una gran mayoría de la población. Su disponibilidad es prácticamente permanente. Permiten además la actualización de la información, la adaptación y personalización de la misma a cada público diana. En el ámbito de las drogas, proporcionan una información sobre las consecuencias de su consumo de calidad contrastable, lo que favorece considerablemente la posibilidad de que el usuario disponga de las herramientas necesarias para responsabilizarse del cuidado y mantenimiento de su salud.

Por otro lado, debemos de poder garantizar a los usuarios que la información recibida sea de calidad. Solo así podremos aumentar la probabilidad de adoptar conductas de autocuidado. Los sellos de calidad específicos para páginas web sanitarias son una herramienta útil en este sentido.

Las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) y sus aplicaciones dan una respuesta potencial a la demanda de una sociedad avanzada que construye su propio valor de la salud y no asume fácilmente dogmas o imposiciones bajo presupuestos paternalistas o justificados en la ignorancia del ciudadano.

La construcción de la salud como valor central en los jóvenes y en la población en general, se apoya cada vez más en la propia elaboración de pautas de cuidados personales y

en sus propias decisiones acerca de los riesgos que se quieren asumir. Estos riesgos resultan particularmente relevantes cuando aluden a la utilización de drogas.

Sin embargo, a pesar del creciente interés en la adopción y puesta en práctica de las TIC en el sector de salud, en el apartado de las adicciones es una herramienta poco utilizada aún, como ocurre en salud pública en general. Existe además una enorme carencia de teorías y modelos que definan cómo el uso de dichas tecnologías puede ayudar al usuario de las mismas a cambiar sus estilos de vida, y en particular las actitudes y comportamientos de uso y consumo de drogas.

Los elementos de los que se dispone provienen de la salud pública y de la psicología de la salud, que han estudiado en profundidad los determinantes de la adopción de comportamientos saludables así como las estrategias para favorecer dichos comportamientos: la comunicación persuasiva, el concepto de competencia individual, la influencia del entorno y del grupo de iguales en la adopción de comportamientos de salud u otros temas. Sin embargo no existen modelos específicos que aporten luz sobre el marco de comunicación que se ha de tener en cuenta para proveer esta información a través de las TIC.

Por ejemplo, no comprendemos qué impacto tiene en un joven la recepción de información sobre las drogas en su teléfono móvil, qué impacto genera un mensaje de advertencia, un consejo o una simple información. Son igualmente escasas las investigaciones sobre cuestiones tan importantes como el impacto que puede tener la difusión de mensajes sobre drogas y salud en general a través de las TIC, entre receptores de los mismos y sobre los grupos de iguales.

Actualmente no existe ningún modelo integrado que incluya un conjunto suficientemente amplio de factores que permitan comprender cómo un usuario puede utilizar las TIC para modificar su estilo de vida.

La investigación en psicología de la salud y en especial en adicciones llevada a cabo para entender la promoción de la salud entre la población y el cambio de hábitos de vida, se apoya en modelos como el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974, b, c, d; Janz y Becker 1984; Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974), la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Azjen, 1975), el Modelo Transteórico del comportamiento en salud (Prochaska, J. O. y Velicer, W.F., (1997), la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1977, 1982), la Teoría del Comportamiento Planificado (Azjen, 1991), entre otros.

Estas teorías tratan de explicar el comportamiento referente a la salud y el cambio sobre el mismo centrándose en el individuo. Tratan de explicar cómo proporcionar información en modos y tiempos concretos para aumentar la probabilidad de los cambios deseados.

En el ámbito de las innovaciones en general y de las innovaciones tecnológicas en particular, existen diversos modelos que han intentado arrojar luz sobre los determinantes de su aceptación (Teoría de Difusión de Innovaciones de Rogers, E.M.:1962, 1976,1986), o el Modelo de Aceptación Tecnológica (Davis *et al.*, 1989; Legris *et al.*, 2003). Sin embargo, dichos modelos sólo explican qué variables determinan el uso de las nuevas tecnologías para la realización de tareas laborales (es decir, programas informáticos fundamentalmente).

No obstante, hasta el momento ninguna teoría relaciona satisfactoriamente el uso de las tecnologías de la comunicación e información con la adopción de hábitos saludables concretos, entre ellos el consumo de drogas.

Actualmente, asistimos a los primeros pasos en el estudio del porqué y del cómo los usuarios hacen uso de las plataformas TIC en el ámbito sanitario así como de los determinantes de un eventual cambio en sus hábitos. Se está iniciando la utilización y la evaluación del uso de Internet o de dispositivos portátiles de comunicación (teléfono móvil) para dejar de fumar, para retrasar el inicio del consumo de drogas, o para reducir riesgos y daños por consumo de drogas, entre otras cuestiones. En esta línea se ha desarrollado el proyecto Drojnet, que aplica la telefonía móvil y la web a la prevención del uso de drogas en adolescentes (Del Pozo, J., Ferreras, M., Pérez, L., 2008).

En general, el interés por el uso de estas tecnologías es muy alto, y particularmente en los jóvenes. Aunque inicialmente no se plantea con la intencionalidad de ser usado como medio para cambiar ningún comportamiento relacionado con la salud y el consumo de drogas, su aceptación para estos fines es alta, por lo que las posibilidades de su utilización en este sentido parecen prometedoras.

TELEFONÍA MÓVIL Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

Los datos de penetración de la telefonía móvil en estos años ponen claramente de manifiesto que este modo de comunicación tiene un lugar preferente en la cultura mundial. En 2004 en la UE, nueve de cada diez personas poseían un teléfono móvil (un 93,4% de penetración). Entre los jóvenes en particular, el índice de uso es del 77,5%.

El uso de las nuevas formas de comunicación, en especial el teléfono móvil e Internet, para la educación para la salud y en particular para la prevención de las adicciones, está justificado por la creciente utilización de estos medios de comunicación entre los jóvenes. La alta penetración de la utilización del móvil entre la población juvenil y su significación

como instrumento de cohesión de grupo, como elemento vinculado a la identidad del joven y como herramienta de comunicación personalizada por cada usuario, hacen prometedoras las posibilidades de introducir estos sistemas de comunicación para la información sobre adicciones.

Como ha puesto de manifiesto Castells., M. (2006), la sociología del uso del teléfono móvil entre los jóvenes (y la población en general) está modificando la percepción de los instrumentos de comunicación tradicionales, tales como la televisión, el cine, incluso los periódicos. Cada vez es más significativo el interés de los jóvenes en construir sus propios mensajes, sus propias reglas de comunicación, de modo que la interactividad está tomando una fuerza cada vez mayor.

La comunicación móvil y la cultura juvenil han confluído en sus intereses, por así decirlo, a la hora de ser un binomio que se complementa en sus características y estructura dinámica. Así, los SMS (*Short Message Service*) han sido erigidos en instrumento de comunicación masiva por parte de los jóvenes, sin que los propios creadores de esta tecnología hubieran presagiado el desarrollo que se le ha dado. Este hecho no puede ser explicado sino es por ciertas condiciones de la comunicación por mensaje corto que expondremos mas adelante, que se adaptaron perfectamente a las necesidades comunicativas de los jóvenes, de tal modo que en nuestros días llega a ser algo más que un mero sistema de comunicación.

El uso que hacen los jóvenes del teléfono móvil presenta unas características que lo diferencian de cualquier otro sistema de comunicación: es un sistema de comunicación personal y de carácter privado. En las edades que comprenden la adolescencia, el móvil tiene, además de un sentido práctico e instrumental, una importancia capital como elemento expresivo-afectivo. De hecho pasa ser un elemento esencial en la construcción de redes sociales y en el mantenimiento de las mismas. Cada grupo crea sus códigos y su lenguaje propio, lejos de las normas lingüísticas de la academia. Cada miembro construye su identidad en base a estos nuevos contenidos normativos. El curso del pensamiento, tradicionalmente lineal y secuencial, se fracciona en ítems cada vez más cortos (un SMS no supera los 165 caracteres), casi simultáneos.

Sin embargo, las posibilidades de la utilización de los dispositivos móviles de comunicación para fines que no sean los propios de la amistad, las relaciones, el juego y el entretenimiento, son un terreno por explorar.

En general, la información preventiva sobre drogas a través de teléfono móvil, en particular el SMS (mensaje de texto) o el MMS (mensaje de imágenes), debe considerarse un sistema complementario a los sistemas tradicionales de información a través de programas

preventivos en el medio educativo, familiar o laboral. Si bien es posible que pueda tener potencialidades preventivas por sí mismo, en función de los parámetros que van definir el objetivo de la información, esta cuestión no es bien conocida hasta el momento.

Los principios sobre los que se debe apoyar la utilización de las TIC, especialmente el uso del teléfono móvil, para la información y prevención sobre drogas (Del Pozo, J. Ferreras, M. Pérez, L., 2008), según los resultados de investigación son:

1. El sistema de información mediante plataforma de envío de mensajes cortos a jóvenes, voluntariamente aceptado por ellos, es un medio bien aceptado y valorado por los adolescentes. Esto es especialmente relevante dado el carácter privado que se le otorga al uso del móvil por parte de los jóvenes. De algún modo parece que en ciertas condiciones puede ser usado como instrumento de información sobre drogas (extensible a otros temas de salud). De hecho, el deseo de seguir recibiendo mensajes tras un período de envío de un año es superior al 50%.

Una clave para el éxito parece residir en la voluntariedad de recibir información sobre drogas. Es decir, en la aceptación de la recepción de la información.

2. La percepción subjetiva de encontrarse bien informado sobre las drogas, aumenta notablemente con el envío de mensajes.
3. A corto plazo, es decir en lapsos temporales inferiores a un año, en envío de mensajes cortos informativos sobre drogas y sus riesgos, no ha mostrado un efecto claro sobre la intención de consumo. Se recomienda lapsos temporales más amplios de envío de mensajes.
4. La percepción de riesgo por consumir en relación al consumo abusivo de alcohol parece modificarse, sin embargo no en otro tipo de drogas, ni en consumos ocasionales. En relación con este punto, parece que el envío de mensajes sobre una droga en particular, durante un tiempo refuerza el impacto de los mensajes, en mayor medida que si se envían de diferentes tipos de sustancias.

Es decir, la percepción del riesgo y la intención de consumo, que pueden moderar comportamientos futuros de consumo y de adopción de conductas arriesgadas para la salud, no presentan modificaciones en este lapso temporal de un año. Por el momento, no tenemos información sobre si pudieran tener un efecto positivo en lapsos temporales más amplios.

Una cuestión relevante sobre el impacto en la percepción del riesgo de consumir es que, cuando se trata de consumos frecuentes, la percepción de riesgo inicial es alta

entre la población en general. Se trata por tanto de valores difíciles de aumentar en sí mismos. No así en aquellos que tuvieran una percepción del riesgo inicial baja.

5. Al igual que con cualquier medio de información, existe a través de teléfono móvil un riesgo de saturación del usuario. Por ello, las condiciones de envío de los mensajes, el formato de los mensajes, la frecuencia y las horas de envío, entre otros factores, parecen de vital importancia para evitar el aburrimiento. Dentro de una estrategia de educación para la salud, es de vital importancia mantener el interés del adolescente por conseguir una información veraz. En esta línea, deben estudiarse con mayor profundidad los parámetros idóneos (contenido, forma y otras variables) para conseguir el mayor impacto preventivo de los mensajes.
6. La adaptación de la oferta a las demandas de cada usuario es un aspecto fundamental. En este sentido, las nuevas tecnologías permiten la interacción con el receptor, de manera que este último pueda regular el flujo de la información en aspectos como la frecuencia del envío, el tipo de la o de las sustancias tratadas, el enfoque preventivo o de reducción de daños según sea consumidor o no, etc. Todo ello potencia la sensación de control del usuario sobre un sistema en el que se vuelve sujeto activo, contribuye a mantener su interés puesto que no está irremediabilmente abocado a la saturación y además facilita que la información resulte de mayor relevancia e interés para él.
7. La difusión de los mensajes a través de los comentarios entre los iguales es uno de los puntos de mayor interés del sistema de información a través de dispositivos portátiles de comunicación. La investigación de campo ha mostrado (Del Pozo, J. Ferreras, M. Pérez, L, 2008) que los mensajes han sido ampliamente comentados entre iguales. También se produce una difusión de mensajes que han sido leídos y comentados con padres y hermanos.

Introducir el consumo como tema de conversación es en sí mismo un elemento positivo: el alcohol, por ejemplo, está muy presente en el mundo del adolescente. En cambio, no es habitual hablar de sus consecuencias y de sus riesgos entre los iguales ni en la familia con los métodos tradicionales de información y prevención.

Por lo tanto podemos hablar de un efecto amplificador de la información que no tiene parangón con ningún otro programa de prevención e información sobre drogas al uso. Los mensajes y sus contenidos traspasan la esfera de lo individual para convertirse en un mensaje dirigido al grupo de iguales. Los fenómenos que se derivan de este comportamiento deben ser investigados. Aunque en principio es un fenómeno que

produce una mayor “resonancia” de los mensajes sobre drogas, dicho efecto puede resultar positivo o negativo para el mensaje inicial.

Si el mensaje es amplificado por su interés, curiosidad o novedad de la información, se verá de inmediato amplificada de modo exponencial la cantidad de receptores de los mismos así como un eventual impacto preventivo. Sin embargo, en el caso contrario, es decir, si la amplificación conlleva otras actitudes que devalúan el mensaje —relacionadas por ejemplo con la poca credibilidad de la información, la inexactitud o la exageración— la amplificación destruirá rápidamente el mensaje preventivo y su propósito informativo.

8. La ubicuidad de este medio de comunicación es su gran fortaleza: el mensaje es llevado hasta el corazón del contexto espacio-temporal y social del destinatario. En este sentido, la hora de envío es un concepto clave para seleccionar los interlocutores probables de la difusión del mensaje: un mensaje recibido en horario de comidas será posiblemente comentado con los familiares; un mensaje recibido en horas de salida con los amigos, como ha sido el caso en este estudio, será más probablemente comentado con los iguales.

El momento de recepción de los mensajes debe ser adaptado a los objetivos de la intervención. Un mensaje de carácter preventivo debe ser enviado en horario previo a las horas de máxima probabilidad de consumo. Si el mensaje se recibe en un contexto en el que ya se realiza el consumo de alcohol, cánnabis u otras drogas, automáticamente pierde todo valor preventivo. En ese caso, pudieran tener mucho mayor impacto los mensajes de reducción de daños.

9. Los sistemas de envío periódico de mensajes pueden producir en algunos usuarios un efecto de “fidelización”, es decir, que el receptor espera la llegada de la información e incluso la echa en falta si no llega. En el ámbito de la prevención en Salud Pública, este extremo puede representar una oportunidad para la intervención. Al igual que la adherencia al tratamiento en el enfoque terapéutico, esta “fidelización” implica una buena atención del receptor y una vinculación emocional positiva con el mensaje. Todo ello aumenta la posibilidad de influir sobre el usuario, sobre sus actitudes y sus comportamientos respecto a su salud.
10. Una condición vital para que este tipo de dispositivos tenga éxito reside en la gratuidad total para el usuario. El pago, por ejemplo, de un SMS para darse de alta, es un obstáculo insalvable en la percepción de muchos adolescentes. Este hecho contrasta con las cuantías de dinero que invierten semanalmente en ocio, en alcohol o en otras drogas, y plantea la necesidad de educar en el propio valor de la salud.

11. La intervención a través de las nuevas tecnologías es en sí misma una oportunidad para llegar a los jóvenes. Además, la coordinación de programas de prevención escolar, familiar o de cualquier tipo con un dispositivo a distancia debería reforzar los efectos de las diversas iniciativas. El envío de información al dispositivo móvil de un adolescente podría, por ejemplo, contribuir al mantenimiento del efecto de una charla de prevención del consumo de cannabis en su centro escolar. En caso de no existir ese refuerzo para las intervenciones puntuales, sus beneficios se atenúan con el paso del tiempo.

Entre las características a tener en cuenta a la hora de elaborar los mensajes sobre información en drogas, se pueden citar:

- El tamaño de la información debe ser el mínimo imprescindible para una correcta comprensión. Un mensaje corto es más fácilmente leído que otro más largo. Los jóvenes están familiarizados con un tipo de pensamiento fragmentado, atienden simultáneamente a varias conversaciones a través de MSN y de la red, mientras que se “aburren” o sienten “pereza”, en sus propias palabras, si se expone una información extensa y presentada de forma lineal. El uso de imágenes, por ejemplo a través de MMS, puede contribuir igualmente a mantener la atención, y constituye además una vía muy demandada.
- La cercanía de la información, en cuanto a entorno geográfico y social por ejemplo, es otra demanda de los jóvenes. No es un requisito propio de los sistemas basados en las nuevas tecnologías, pero sigue plenamente vigente en este contexto. Lo cercano llama la atención. Por otro lado, los jóvenes continúan pidiendo testimonios reales que les hagan reflexionar. Se les puede entregar por ejemplo relatos cortos a modo de novela semanal.
- En su contenido, pueden resultar más efectivas las preguntas que las respuestas, con la idea de fomentar la reflexión y la búsqueda de información, más que el suministro pasivo de la misma.
- Pudiera ser más eficaz centrarse en una droga en cada tanda de envíos, y no incluir diferentes drogas.
- Un contenido elaborado por otros adolescentes, en vez de profesionales sanitarios puede ser mejor aceptado. En efecto, elimina la desconfianza hacia el adulto, facilita la identificación con el mensaje, y favorece un papel más activo del receptor, al considerarse “igual” que el emisor.

- Incluir imágenes es recomendado siempre que sea posible. La inclusión de imágenes mantiene la atención por el canal visual de comunicación y es complementaria a la lectura de mensajes. Además, la utilización de imágenes aumenta las posibilidades de informar visualmente, por ejemplo mediante la presentación de sustancias nuevas o mediante imágenes impactantes.

En conclusión, el sistema de envío de mensajes preventivos-informativos sobre drogas es una vía de comunicación bien recibida por los adolescentes. El envío de mensajes debe ser mejorado para mantener la satisfacción del usuario en el transcurso del tiempo, si se quiere evitar una disminución del interés por la información sobre las drogas y para conseguir sus fines preventivos. En este sentido se debe seguir investigando sobre cómo conseguir un alto interés por parte de los jóvenes por este sistema de información.

Como se dijo en otro lugar, es posible que este sistema de envío de información sobre drogas no pueda sustituir a otros que se imparten en el aula (programas estructurados, charlas,...), tanto por su formato de comunicación como por la aceptabilidad como método permanente de información. Parece que más bien, puede ser un complemento de aquellos.

En efecto, los usos iniciales del envío de mensajes cortos para la prevención-información sobre drogas, pueden cumplir un papel importante como sistema complementario a los tradicionales sobre prevención (especialmente en el medio educativo). Una utilidad especialmente indicada del este sistema de información es alargar el efecto protector de los programas preventivos estructurados en el tiempo. Ahora bien, este extremo debe ser contrastado.

Por otro lado, no tenemos que cerrar las puertas a que la extensión y las utilidades de los sistemas de comunicación móvil, y el envío de mensajes en particular (ya sea de texto como de imágenes, y de video), permitan un desarrollo de la prevención-información sobre drogas que pueda tener una entidad propia diferenciada de otros métodos de prevención. La evidencia nos está poniendo cada vez más ante las limitaciones de la prevención sobre drogas mediante los métodos tradicionales.

Lo que está ocurriendo es que los canales y sistemas de comunicación para los jóvenes, desde hace unos años, se están personalizando y se están trasladando hacia las nuevas tecnologías de la comunicación e información. Pero todo esto que está ocurriendo, tiene un largo recorrido hasta que la utilidad de la información sanitaria y sobre drogas en particular por el móvil pueda ser utilizada de modo generalizado.

El diseño de los sistemas sanitarios centrados en el paciente, que traten sus necesidades y que acerquen los recursos de información y control de su salud y de sus propias patologías es

el reto de futuro de las nuevas planificaciones de recursos sanitarios. Desde la Salud Pública, la información sobre drogas deberá permitir que los sistemas de auto-cuidado de la salud se acerquen al ciudadano mediante la transmisión de la información relevante para la gestión de su salud. Todo ello reportará, sin duda, una mejora de resultados de la salud y de los resultados económicos en contención del gasto y mejor gestión de los recursos.

Es importante que los responsables políticos, los gestores, los profesionales de la salud y las instituciones que representan a los pacientes entiendan el valor del cuidado de la salud centrado en el paciente.

La información sanitaria necesita personalizarse, acercarse cada vez más a los ciudadanos, y debe adaptarse a las necesidades y a las características específicas de cada individuo, de modo que se pueda conseguir una mayor implicación con el cuidado de su salud.

Una focalización más profunda en los individuos como gestores de su propia salud es el cambio que pueden aportar las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación. Esto significa un cambio profundo de los sistemas sanitarios para alejarse de una actitud paternalista, en la cual el paciente es un receptor pasivo de la información sanitaria y su curación recae sobre el sanitario.

El ciudadano demanda cada vez más información sobre su salud, una información clara, correcta, relevante y oportuna para poder tomar decisiones sobre ella y de esta manera asumir la responsabilidad sobre sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- AZJEN, I., and DRIVER B.L., (1991): Prediction of leisure participation from behavioural, normative, and control beliefs: an application of the theory of planned behaviour. *Leisure Science* 13:185-204.
- BANDURA, A.(1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*,84, 191-215.
- BANDURA, A.(1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- BECKER, M.H. (1974a). The health belief model and illness behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- BECKER, M.H. (1974b). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- BECKER, M.H. (1974c). *The health belief model and personal health behaviour*. Thorofare, N.J.: Charles B. Slack.
- BECKER, M.H. (1974d). *The health belief model and sick role behaviour*: Paper presentado en el Symposium on Compliance with Therapeutic Regimens, Hamilton, Ontario, Canadá.
- CASTELLS, M., FERNÁNDEZ-ARDÈVOL, M. LINCHUAN QIU, J., SEY, A. (2006): *Comunicación Móvil y Sociedad*. Ed. Ariel, S.A. Barcelona.
- DAVIS, F.D. BAGOZZI, R.P., and WARSHAW, P.R. (1989): User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35-8, pp. 982-1003.
- DEL POZO, J., FERRERAS, M., PÉREZ, L. (2008): Proyecto DROJNET. Cooperación Interregional Transfronteriza para el desarrollo de un Servicio de Información sobre las Drogas Interactivo y adaptado al Público Joven. Documento Interno de Resultados del Proyecto (Sin publicar). Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. [<http://www.riojasalud.es/content/view/1058/990/>]
- FISHBEIN, M., and AZJEN, I., (1975): *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- JANZ, N. y BECKER, M.H. (1984), The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- LEGRIS, P., INGHAM, J., COLLERETTE, P., (2003): Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model *Information and Management* 40 (3), 1-14.
- MAIMAM, LA y BECKER, M.H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.

- PROCHASKA, J. O., and VELICER, W.F., (1997): The Transtheoretical Model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- ROGERS, E.M. (1962): *Diffusion of innovations*. Free Press: New York.
- ROGERS, E.M. (Ed.) (1976): *Communication and development*. Sage: Beverly Hills.
- ROGERS, E.M. (1986). *Communication technology: The new media in society*. Free Press: New York.
- ROSENSTOCK, I.M. (1974). Historial origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

8. Estrategias de prevención respecto al consumo de sustancias adictivas a partir del estudio de los perfiles de los consumidores

MARÍA JOSÉ CAPILLA LLISTÓ

Universidad Católica de Valencia

El uso, abuso y la dependencia de drogas, en sus dimensiones actuales es uno de los problemas de mayor gravedad con el que se enfrentan las sociedades occidentales modernas afectando prácticamente a todos los sectores de la población, con repercusiones dramáticas en la esfera individual, familiar y social y en el empleo productivo (Megías, 2000).

La asistencia sanitaria a trastornos adictivos se atiende entre otras en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Los usuarios de este tipo de unidades presentan problemas específicos que no son sólo neurobiológicos, sino que también hacen referencia a aspectos psicológicos y sociales, debiendo recibir una asistencia integral de carácter multidisciplinar (Galanter y Cléber, 1997) (Weiss, 1997). Estos problemas específicos y las respuestas de los usuarios sobre la percepción de sus circunstancias y la adecuación del funcionamiento de este tipo de servicios a sus necesidades merecen ser estudiados desde el punto de vista antropológico.

La atención sociosanitaria a los usuarios de sustancias adictivas debe superar la visión puramente médica, niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, como tradicionalmente se han entendido (Sanchís y Martín, 2000), para abarcar los aspectos sociológicos y antropológicos relacionados con el mundo de las drogodependencias y los trastornos adictivos.

El análisis se realiza desde una perspectiva antropológica, estudiando la vida del individuo y la naturaleza de sus relaciones con las sustancias adictivas (Díaz *et al.*, 1992) (Romaní, 1999), a diferencia del modelo médico dominante que etiqueta a los sujetos según los estereotipos construidos socialmente y que supone una estigmatización (Goffman, 1995).

De los resultados de la investigación se perciben la necesidad de apoyo en la personalidad, en los aspectos sociales y en el reforzamiento de la voluntad.

Por otra parte, cabe analizar los aspectos sociales del problema. En la última década, se ha producido en nuestro país un cambio importante en el uso social del alcohol y otras drogas denominadas “recreativas” (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...); el consumo se ha intensificado entre los adolescentes y los jóvenes, dando lugar a un patrón característico: se realiza fuera del hogar (en espacios o locales públicos), se concentra mayoritariamente durante el fin de semana, se asocia principalmente a la diversión y se busca con frecuencia intencionadamente la embriaguez.

Junto al fenómeno ya minoritario del consumo característico de los años ochenta, ligado a lo marginal y centrado fundamentalmente en la heroína como sustancia de referencia (Romaní, 1999), se ha desarrollado a lo largo de la década de los noventa y estos primeros inicios de milenio un fenómeno mucho más generalizado y normalizado entre los jóvenes, definido fundamentalmente por el policonsumo recreativo de drogas.

Si desarrollamos los rasgos fundamentales ya citados de este fenómeno a partir de los datos que nos proporciona el estudio realizado en una UDH, encontramos que es un consumo mucho más ligado a funciones socialmente positivas, tales como las relaciones sociales, el uso del tiempo libre y la diversión. Se encuadra en un momento de cambio social actual donde la experiencia del ocio es considerada como una auténtica necesidad y como un derecho fundamental del individuo, y de un modo muy especial entre los jóvenes. Si bien existen diferentes alternativas y formas de acercamiento de éstos hacia el tiempo libre, el consumo de drogas ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia, tanto en su calidad de factor asociado a las actividades de esparcimiento como por su relevancia como un objetivo en sí mismo. De hecho, existe una clara asociación entre la frecuencia de salidas nocturnas durante los fines de semana y la experimentación con drogas.

En diferentes estudios realizados, un importante número de jóvenes citan el consumo de drogas como la razón básica para salir. En efecto, este consumo se realiza en lugares de encuentro y fundamentalmente durante el fin de semana. Los espacios de diversión nocturna más frecuentados por los jóvenes son: bares o pubs discotecas. Frecuentemente estos patrones de consumo conllevan el desplazamiento por diferentes lugares de ocio en una misma salida, con los consecuentes riesgos derivados de la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

En el estudio realizado en la UDH queda demostrado que en general, no existen consumidores específicos de una sola sustancia. Se trata la mayoría de las veces de un patrón de policonsumo en el que aparece como sustancia más consumida el alcohol, seguido del cannabis y drogas estimulantes como la cocaína, las anfetaminas o el éxtasis.

Existe una clara disociación con el uso marginal de opiáceos; de hecho, los jóvenes consumidores de hoy rechazan por completo este tipo de consumo y no tienen conciencia de problema en su relación con las otras drogas: el estereotipo “drogodependiente=heroinómano” sigue vigente entre estos jóvenes, a pesar de que muchos de ellos son claros consumidores de sustancias tóxicas.

Hay una mayor vulnerabilidad social frente a estos nuevos patrones de consumo por una agudización de los factores de riesgo ambientales, tales como la disminución de la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas. Actualmente el acceso a las drogas no está asociado con conductas rechazadas socialmente sino, muy al contrario, las drogas actúan como instrumento facilitador de la socialización y están asociadas a la diversión, el descubrimiento de nuevas sensaciones, las relaciones interpersonales, los contactos sexuales, etc.

Por ello, uno de los conceptos más presentes entre los profesionales de la prevención es el de la normalización del consumo. ¿Qué ha podido pasar para que en tan sólo una década podamos estar hablando de la normalización del consumo recreativo de drogas? La normalización no tiene que ver con absolutos, sino que lo central en este proceso es la extensión de una actividad, considerada como desviada y las actitudes asociadas que conlleva.

LA ASISTENCIA A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN LA UDH

La asistencia sanitaria y social a las personas con problemas de abuso y/o dependencia a drogas legales e ilegales necesita de una adecuada coordinación entre los recursos asistenciales, dentro del proceso terapéutico complejo del que forma parte y que obliga a trabajar en red (Domínguez y Giner, 2001).

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria se encuentran incluidas en el tercer nivel de intervención asistencial y son aquellas que están ubicadas dentro de un centro hospitalario donde se realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biológicas, sociales y familiares del paciente están comprometidas y lo requieran (Hernández, 1999) y la desintoxicación de forma ambulatoria a través de las UCAs (Unidad de Conductas Adictivas) no es posible.

El objetivo fundamental de la UDH es desarrollar programas de desintoxicación y de deshabitación. Estos programas consisten en el tratamiento de los signos y síntomas asociados al desajuste de los sistemas neurobiológicos alterados por el consumo crónico de alcohol y/o de drogas, y se considera que lo más importante es tratar el síndrome de abstinencia, constituyéndose éste como el eje central del programa de la Unidad (UDH-Bétera, 2007).

Diferentes trabajos estudian la adecuación de los servicios sociosanitarios para personas dependientes (Garcés *et al.*, 2006) o en la idoneidad de los servicios a los drogodependientes desde la perspectiva del usuario (Neale, 1998). En éstos surge la discusión sobre el papel del paciente, la relación médico-paciente y la evidencia de que los sistemas sanitarios deben incrementar la responsabilidad de los usuarios y la importancia de las preferencias y preocupaciones de los mismos (Coulter y Fitzpatrick, 2000), para todo lo cual se precisa conocer objetivamente las percepciones y respuestas de los usuarios.

PERFIL DE LOS USUARIOS DE LA UDH

El colectivo de usuarios de la UDH de Bétera es una población consumidora de sustancias adictivas tanto legales como ilegales, que en su mayoría son usuarios politoxicómanos. Este proceso marca diversas características del colectivo de usuarios de la Unidad, que lógicamente no debe entenderse como el conjunto de la población que consume sustancias adictivas sino como aquellos que son remitidos por primera o posterior vez para tratamientos de desintoxicación (UDH-Bétera, 2007).

La mayoría de los usuarios no consiguen abandonar el consumo de sustancias adictivas, persistiendo con ello los problemas de salud y la necesidad de atención sociosanitaria, lo que hace replantearse la importancia que tiene la prevención en drogas dentro de la sociedad actual.

Dentro de esta población, el primer consumo de las diferentes sustancias adictivas que suelen consumir en la actualidad viene relacionado directamente con el grupo de amigos, relacionado con el ambiente de las actividades de ocio: amigos del bar, del barrio, del trabajo, del colegio...

La población politoxicómana suele iniciarse en el consumo de sustancias alrededor de los 13 años, siendo sus primeros consumos de cannabis. Posteriormente, es frecuente que se inicien en la heroína y cocaína, y en otras drogas. Estos individuos empiezan a tener problemática de politoxicomanía y solicitar atención sociosanitaria a partir de los 16 años.

Por su parte, los usuarios alcohólicos refieren el inicio del consumo de alcohol entre los 16 y los 18 años, no llegando a tener problemas graves derivados de su consumo hasta un periodo posterior, entre los 21 y 25 años.

En los últimos años, los aspectos más significativos que se pueden destacar son el cambio en los consumos, tanto en el tipo de sustancia como en la vía de administración, y en los problemas derivados de los mismos (Trinidad, 2003).

El análisis de las entrevistas e historias de vida de los individuos en sus diferentes dimensiones permiten obtener las siguientes variables generalizadas que caracterizan sus perfiles:

PROBLEMAS CON LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS ADICTIVAS

Los resultados respecto al inicio del consumo y la percepción de los problemas con la adicción son:

- 1.a. El inicio del consumo es un intento de evasión o refugio de un presente (y en ocasiones de un pasado) que le desagrada, y de intentar superar determinadas dificultades propias o de su entorno.
- 1.b. En algunas ocasiones un acontecimiento concreto es el desencadenante del inicio del consumo, mientras que en otras es el entorno social del ambiente de ocio.
- 1.c. Los individuos refieren un ciclo donde la infelicidad conduce a un mayor consumo que agrava sus problemas e incrementa su infelicidad.
- 1.d. La consideración de sus trastornos varía entre poco severos y muy severos (si bien ninguno lo considera extremadamente severo ni incapacitante total).
- 1.e. La adicción al consumo de sustancias es percibida por los individuos como una amenaza a los aspectos que consideran satisfactorios de su vida o como un freno para alcanzar determinada situación vital que consideran deseable.
- 1.f. La mayoría refieren las recaídas como uno de sus principales temores.

ACTITUDES, CONCEPTOS, VALORES Y DESEOS DE LOS INDIVIDUOS

- 2.a. Todos los individuos manifiestan su deseo de abandonar el consumo para mejorar su vida.
- 2.b. La mayoría de individuos tienen un buen concepto de sí mismos si no fuera por los problemas de adicciones.
- 2.c. Los individuos manifiestan un deseo de consideración social, ligado a su sentimiento de desconsideración social por sus problemas de adicciones. Algunos individuos refieren rechazo social (en ocasiones ligado a racismo).
- 2.d. Algunos individuos se consideran atrevidos (lo que les lleva a aventurarse en el consumo) mientras que otros se consideran retraídos (lo que les hace consumir como forma de superación).

- 2.e. Los individuos dan especial valor a la verdad y deploran especialmente la mentira y la hipocresía.
- 2.f. Todos los individuos refieren ansiedad y la mayoría refiere incapacidad de relajarse.
- 2.g. La mayoría de individuos refieren sentimientos de culpabilidad y remordimientos.
- 2.h. Algunos individuos refieren su vida como un fracaso o como carente de sentido.
- 2.i. Algunos individuos refieren sentimientos de desarraigo.
- 2.j. Muchos individuos refieren ideas suicidas.
- 2.k. Muchos individuos refieren situaciones de agresividad producidas por el consumo.
- 2.l. Los individuos conciben su relación con las sustancias adictivas como el aspecto más irracional de sus vidas.
- 2.m. Los individuos son conscientes de sus problemas volitivos para abandonar el consumo.

VALORACIÓN, PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS RESPECTO DEL TRATAMIENTO

- 3.a. Todos los individuos tienen expectativas de desintoxicación.
- 3.b. Algunos individuos identifican la desintoxicación como tratamiento médico y farmacológico con el abandono definitivo del consumo, así como la medicación con la curación.
- 3.c. Los individuos que lo expresan perciben que es el médico y no otro tipo de profesional el que se ocupa de su salud en la UDH, haciendo ocasionalmente referencia a la importancia de los conocimientos profesionales de los médicos.
- 3.d. Los individuos valoran un trato personalizado y empático y que se les escuche.
- 3.e. Algunos individuos consideran que la terapia debería ser una guía para orientar su vida.
- 3.f. Algunos individuos perciben la necesidad de un tratamiento continuado, así como la necesidad de ir más allá del tratamiento médico y farmacológico para tratar el conjunto de la personalidad.

ESCENARIOS SOBRE LOS QUE REPENSAR LA PREVENCIÓN

Todo ello nos permite concretar cuáles son los escenarios para los que debemos repensar la prevención.

La disponibilidad de las drogas. Sin lugar a dudas, hoy las drogas están presentes en el entorno en el que se mueven muchos jóvenes. Una gran proporción de ellos tienen informa-

ción sobre las mismas y saben dónde y cómo conseguirlas. Sin este aumento de la disponibilidad el proceso de normalización no podría haberse producido. Incluso el tráfico a pequeña escala es visto muchas veces entre los iguales como una cuestión de amistad y confianza. En este contexto, la decisión de consumir drogas o no hacerlo es una opción que hay que obligatoriamente tomar, porque las drogas forman parte de la vida cotidiana —“Están ahí”— (Martin y Moncada, 2003).

La percepción del riesgo relacionado con el consumo tiende a disminuir progresivamente. De hecho, el riesgo se relaciona con drogas como la heroína o con patrones de consumo diarios de otras drogas, pero no con el tipo de consumo que es el más prevalente hoy: alcohol, cannabis y psicoestimulantes asociados al ocio de fin de semana.

La asunción del riesgo como estilo de vida (Romaní, 1999). No debemos olvidar que estos cambios se producen en un contexto social más amplio, y no porque haya cambiado la naturaleza de la adolescencia (que probablemente no lo ha hecho), sino porque han cambiado y mucho las circunstancias que la rodean. Uno de los principales aspectos diferenciales respecto a generaciones anteriores son los rápidos y frecuentes cambios que afectan a la vulnerabilidad de la vida cotidiana.

La generalización del consumo afecta especialmente a *las poblaciones en mayor riesgo*, ya que las prevalencias de consumo en estos grupos aumentan al igual que lo hacen en el resto de la población pero con consecuencias más adversas. No obstante, afectan de forma especialmente positiva a los grupos más vulnerables. Por otra parte, la importancia del ocio, se trata ciertamente de una conquista cultural y constituye una parte sustancial del desarrollo humano que incrementa la calidad de vida. Además, el tiempo de ocio, en nuestra sociedad actual, tiene una indudable proyección económica que conforma nuevas relaciones de mercado (Giddens, 1998).

El ocio nocturno como fenómeno social se consolidó en la década de los ochenta y se concentró rápidamente entre los jóvenes. La denominada “movida” de esa década y otras evoluciones más recientes como el denominado “finde” son fenómenos sociales complejos que expresan los profundos cambios sociales que han venido afectando a los estilos de vida, al papel social y a la posición simbólica de los jóvenes en las tres últimas décadas.

En consecuencia, no se trata de “demonizar” las pautas de ocupación del ocio, y mucho menos a una parte específica de sus protagonistas como son los jóvenes. Por el contrario, es preciso plantear un auténtico debate social sobre *cómo educar para el ocio*, corresponsabilizar a la industria, implicar más a las instituciones públicas, especialmente a las Administraciones Locales, sensibilizar a las familias y a la sociedad en su conjunto para ser capaces entre todos de desarrollar un ocio saludable y positivo (Martin y Moncada, 2003).

Es precisamente en este contexto, donde los programas de ocio alternativo han cobrado interés en España, entendidos ante todo como una de las formas de responder ante los patrones de consumo recreativo de drogas.

Desde hace años viene gestándose entre los profesionales del sector una conciencia generalizada de la necesidad de adaptar los programas preventivos a las nuevas características de los usos de drogas y el contexto recreativo se ha empezado a considerar como una oportunidad y un escenario privilegiado para aplicar acciones preventivas.

Hasta ahora las investigaciones y las aproximaciones teóricas sobre factores de riesgo y protección del consumo de sustancias se han centrado fundamentalmente en el estudio del consumo como conducta problema o como conducta desviada. La mayoría de las investigaciones realizadas concluyen que el consumo de drogas y otras conductas problema, tales como el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia, la conducta sexual de riesgo, etc. tienen las mismas raíces, es decir, factores de riesgo comunes. Según estas investigaciones, los factores de protección serían también los mismos o similares.

¿CÓMO ORIENTAR LA PREVENCIÓN?

El análisis de los usuarios de la UDH anteriormente expuesto se ha realizado desde una perspectiva socioantropológica, escrutando la vida del individuo y la naturaleza de sus relaciones con las sustancias adictivas, a diferencia del modelo médico dominante que etiqueta y clasifica a los sujetos según los estereotipos construidos socialmente, como adictos, drogadictos, toxicómanos, alcohólicos, etc ... que supone una estigmatización.

Las políticas sanitarias suelen tender a reforzar la medicalización del problema. Sin embargo, el estudio de los perfiles y las historias de vida de los consumidores permite apuntar que sólo una reducción considerable del aspecto médico en beneficio de los aspectos sociales y emocionales, desde una perspectiva integral y multidisciplinar, podría tener una mayor eficacia preventiva.

Haremos hincapié en los profesionales del ámbito recreativo y de los medios de comunicación. La llegada de estos nuevos colectivos es el resultado de la aparición de nuevos espacios socializadores además del hogar y la escuela. Los jóvenes también se educan en los espacios recreativos de fin de semana, en los comercios creados para los jóvenes, las plazas donde los jóvenes pasan su tiempo libre, etc.

Tenemos que tener en cuenta además los nuevos formatos de comunicación de los jóvenes como internet, los chats, los teléfonos móviles con sus logos, nuevos formatos para escuchar

música, etc. Existe pues una heterogeneidad de instancias que crean las nuevas condiciones para la socialización de los jóvenes. Es por ello necesario conocer más estos contextos y estos profesionales para saber como funcionan y ejercen su influencia sobre los jóvenes pues seguro que ello tiene importancia en la etiología y la prevención del consumo de drogas.

El aumento del tiempo de ocio para grupos amplios de población ha sido en las sociedades industriales occidentales el resultado de una larga conquista social. Los jóvenes se han incorporado plenamente a esta situación y para ellos la diversión de fin de semana es un espacio privilegiado que ellos viven como algo plenamente suyo —en contraposición al resto de la semana que es el mundo que comparten con los adultos.

Alrededor de la ‘movida’ y del ‘salir de marcha’ se ha desarrollado una floreciente industria muy especializada que obviamente lucha para expandir su mercado.

Las sociedades deben estar atentas a estos fenómenos pues a través del vínculo con ideales como la diversión, el placer, la felicidad, se puede desarrollar eficientes instrumentos de control social.

Las potentes industrias y las nuevas tecnologías de la diversión pueden comprometer el grado de autonomía que tienen los jóvenes, adolescentes y niños para organizar y decidir su conducta frente a la diversión, así como definir los ideales y las prácticas concretas de lo que debe ser la diversión de los jóvenes, un aspecto crucial de la socialización, ya que condicionan la percepción y la actitud ante el consumo de drogas.

Dentro de esta orientación hay que tener en cuenta la importancia en la prevención de problemas (embriagueces, peleas, primeros auxilios,...) de los profesionales de las discotecas por lo que proponen formarlos, pues de ellos depende en parte los determinantes ambientales (físicos y culturales) que crean y mantienen normas, expectativas, valores grupales e individuales y contextos favorables o no al consumo.

¿QUÉ TIPOS DE PREVENCIÓN?

La prevención de drogas como una tarea profesional surge en las sociedades plurales donde los valores y los estilos de vida tradicionales ya no son capaces de garantizar formas generalmente aceptadas de uso de sustancias (Grund, 1993). Esto sin lugar a dudas ocurre con la cultura recreativa actual cuya lógica no sólo no garantiza un uso ritualizado y prudente de las drogas sino que posiblemente lo promueva.

La cultura recreativa ocupa un lugar central y en expansión en nuestra sociedad. Las actividades de ocio, la diversión, la búsqueda de placer, son algunas de las características que

mejor definen a la sociedad de principios del siglo XXI, que se relaciona con el consumo y con la definición de la identidad y el estatus de los ciudadanos y en especial los jóvenes.

El consumo de drogas, en especial las denominadas recreativas, no se puede abordar en nuestras sociedades al margen de analizar la influencia de la cultura recreativa. De ahí que la prevención actual difícilmente pueda sustraerse de este debate cultural, incluso la que no va dirigida directa y específicamente al contexto recreativo.

La prevención no puede entenderse pues como un instrumento aséptico que se aplica sobre una determinada realidad y que funciona independientemente de la lógica cultural. Es decir, que se va más allá de lo estrictamente sanitario e individual, para entrar en lo cultural, en lo económico y en lo político.

Cada sociedad en cada momento histórico analiza —o debería analizar— el lugar que deben ocupar las diversas drogas en su dinámica interna. En el pasado las drogas han estado presentes en muchas culturas (Escohotado, 1995).

Existe abundancia y diversidad de oferta de drogas, los potenciales consumidores son cada vez más numerosos, son jóvenes y tienen una elevada disponibilidad económica, existe una dinámica comercial tanto para las drogas legales como para las ilegales que potencia su consumo, la sociedad en general está cada vez más orientada hacia la búsqueda del placer y del consumo, entre otras posibles razones que explican y diferencian la situación actual de cualquier otra que se haya vivido en esta sociedad en el pasado o en cualquier otra sociedad.

Todo ello hace que sea cada vez más complicado para los ciudadanos y para la sociedad global analizar esta situación tan nueva, tan cambiante y que se presenta bajo una apariencia tan seductora, y establecer el adecuado balance sobre los riesgos que se quieren asumir. Es esta precisamente una característica de los tiempos modernos, a saber, la dificultad para ver los riesgos ocultos en las prácticas actuales.

Muchos de estos riesgos se escapan de la capacidad de análisis del ciudadano medio y solo son detectables por expertos en cada una de las ramas científicas en cuestión.

Cuando se trata de riesgos sociales también debemos suponer que pueda ocurrir algo parecido; son riesgos que a pesar de ser creados por el estilo de vida propio de los ciudadanos, existen cada vez más variables que son difíciles de ser tenidas en cuenta por ellos, de aquí la necesidad de que los expertos en ciencias sociales ayuden a desentrañar los fenómenos sociales actuales.

En el caso del consumo de drogas en ambientes recreativos sobre lo que existe una baja percepción de la problemática que engendra, hay grandes dificultades para entender cómo y por qué se está potenciando este uso y no es fácil saber como intervenir preventivamente.

Lo que sí sabemos es que para que un riesgo o peligro sea detectable y visible debe estar socialmente definido, explicado y asumido como tal. Para ello la labor de los expertos juega un papel primario y básico, y posteriormente los medios de comunicación contribuyen a su definición y transmisión social.

Esta falta de conocimientos y de consenso entre los profesionales facilita que no exista una verdadera política preventiva de estado y nos conformemos con la aplicación de programas preventivos puntuales —normalmente realizados sin mucha efusión de medios— centrados sobretudo en el campo escolar y con todavía menos frecuencia e intensidad, en el campo comunitario o familiar. No obstante, conviene interpretar adecuadamente estas insuficiencias profesionales, pues son el resultado la mayor parte de las veces de la falta de interés de la misma sociedad y de sus políticos, que no apuestan por este tipo de políticas.

Una de las aportaciones españolas en cuanto a la prevención recreativa es el desarrollo, en bastantes ciudades españolas de actividades nocturnas preventivas alternativas a la habitual actividad recreativa desarrollada por la industria. Son actividades relativamente estructuradas y que llevan unos años aplicándose en nuestro país, por lo que dedicaremos algunos comentarios a analizar la situación. En general se trata de programas que tienen pocos objetivos específicos de prevención de drogas. La mayoría de ellos presenta objetivos demasiado generales como promoción de la salud o proporcionar alternativas de ocio como factor de protección. Pero, si nos vamos a la literatura científica, no se ha podido demostrar que de por sí estos programas (organizar e involucrar a los jóvenes en actividades artísticas, deportes, diversión, etc), disminuyan el consumo de sustancias de acuerdo a una revisión hecha por Norman (Norman *et al.*, 1997).

PRIORIDADES PREVENTIVAS

Para ello, se debe establecer una serie de prioridades que tengan en cuenta tanto los datos recogidos en los diversos estudios sobre los jóvenes que consumen drogas recreativas (Calafat y Juan, 2003) como el estado de la investigación sobre la prevención (Becoña, 2003).

No se proponen programas específicos sino políticas amplias, pero al mismo tiempo concretas, que sean capaces de influir sobre la forma en que se está construyendo la actividad recreativa de fin de semana. Estas propuestas son las siguientes:

- 1) *Retrasar la edad de inicio* de los adolescentes en las actividades recreativas que más se asocian al consumo de drogas. Uno de los factores de riesgo con mayor valor pre-

dictivo sobre el abuso de drogas es iniciarse tempranamente en su uso. La edad en que los jóvenes se inician en la actividad de “salir de marcha” es crucial, pues en la situación actual, está muy ligada a una determinada cultura que promueve el uso de drogas.

Retrasar su ingreso en estos ambientes tendrá repercusiones sobre su consumo. Ello implica necesariamente a la familia y el cumplimiento de las medidas administrativas que retrasan la entrada de los menores de edad a ciertos locales. También implica la existencia de una oferta de ocio suficiente y atractiva no ligada a la oferta nocturna de fin de semana de la industria.

Al mismo tiempo hay que replantearse cual es el momento más adecuado para hacer la prevención (no nos referimos aquí precisamente a la recreativa, sino sobre todo a la escolar).

Con frecuencia se habla, en función de algunos factores de riesgo, sobre la necesidad de adelantar la prevención al máximo posible para poder influir en la cadena causal. Pero, sin que ello deje de ser cierto, la importancia que están adquiriendo las prácticas recreativas y el porcentaje elevado y creciente de jóvenes que se involucran en dichas prácticas, entendemos que el acento hay que ponerlo en estos años en que los adolescentes y jóvenes comienzan a involucrarse activamente en estas prácticas, pues es en estos momentos en que los adolescentes y jóvenes toman decisiones sobre sus pautas de uso y abuso de sustancias. En especial interesa conocer mejor los momentos de transición en los cuales los jóvenes asumen, abandonan o consolidan pautas de abuso. Por consiguiente hay que concentrar esfuerzos en conocer mejor estos momentos de transición, y en concreto el de la adolescencia tardía o madurez temprana donde ya se pueden fijar conductas de abuso o, por el contrario, pueden abandonarse (Kandel, 1998).

Es en estos momentos precisamente donde hay que reforzar la actividad preventiva de forma que el joven no consumidor —o consumidor experimental— esté en condiciones de poder explicar positivamente su posición.

- 2) Las estrategias preventivas deben no sólo adecuarse sino también *influir sobre las subculturas juveniles*. Si somos conscientes de la gran fuerza que tiene sobre los jóvenes la cultura recreativa actual, las estrategias no deben crearse pensando únicamente en el impacto individual sino más bien en el ambiente; deberían influir en los medios de comunicación, sobre la música, la publicidad y los elementos simbólicos que llegan a los jóvenes.

En estos momentos la industria recreativa, la alcoholera, la tabaquera e incluso la organización que soporta el consumo de drogas ilegales son los que elaboran o facilitan la creación de muchos de estos contenidos.

- 3) Se debe prestar *atención al género* como vehiculizador del consumo. En los países europeos estamos asistiendo al progresivo aumento del consumo entre la población femenina. Las diferencias de género definidas en términos de desigualdades ha permitido que en las últimas décadas se elaboren políticas de igualdad unidireccionales. Es decir, orientadas a que las mujeres accedan a espacios masculinos que han sido, a través de la historia, valorados muy en positivo como es el consumo de drogas y en especial, el tabaco y el alcohol.
- 4) La *socialización y la búsqueda del éxito social* debería estar menos ligada al consumo de drogas. En la actualidad el consumo, la posesión y el uso y abuso de drogas, actúan como elementos de la carrera hacia el éxito social para muchos jóvenes dentro de la lógica cultural actual. Ello viene facilitado porque es en gran parte la burguesía la que con más intensidad acude a estos espacios recreativos, elaborando así los estándares sociales. Tener éxtasis o cocaína en el bolsillo para invitar a los amigos actúa como un elemento de prestigio, al igual que tener un coche caro o vestir con indumentaria de marca. Las drogas son sustancias muy coherentes con el estilo consumista de nuestra sociedad y se adaptan a ella. Consumir drogas ayuda a incrementar la actividad para ser más sociable, más expansivo, más innovador y atrevido, o sea, prosperar según los baremos actuales que se vinculan al éxito social. Todo ello es también parte del nuevo etiquetaje incorporado a las sustancias y que debe ser deconstruido o por lo menos cuestionado en los programas de prevención.
- 5) *Revisar las formas de relación entre adultos y jóvenes* para que se adecuen al nuevo formato en que los jóvenes se divierten y consumen drogas. No es fácil actualmente para los padres, profesores y adultos en general tener una visión balanceada y crítica sobre la juventud y el uso de drogas recreativas. Para muchos adultos la posibilidad de tener tiempo libre, de acceder a los placeres de la diversión recreativa, de vivir la juventud despreocupadamente, de tener un cierto grado de libertad individual, etc., fue algo de lo que carecieron en su juventud o fue el resultado de una ardua conquista personal y social. Sin embargo para un sector importante de los jóvenes actuales —en especial el que más participa de las actividades recreativas nocturnas de fin de semana— su dificultad está en cómo gestionar una abundancia de estímulos y posibilidades, suministrada por la industria recreativa que les interesa mantener a los adolescentes y los

jóvenes bajo su ‘tutela’. La industria es la gran interesada en que desde edades muy tempranas existan espacios diferenciados de diversión para los adolescentes y jóvenes y los adultos, pues conocen todo el potencial de consumo de los jóvenes.

- 6) *Elaboración de información específica sobre los efectos de las drogas legales e ilegales.* En la investigación aparece como dato sorprendente la desinformación sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas en los jóvenes —en especial sobre los efectos negativos (Calafat y Juan, 2003)

Proponemos que haya más información disponible para los jóvenes, que tengan en cuenta las diversas sustancias, en especial las más consumidas como el tabaco, el alcohol y el cannabis. Obviamente esta información debe acompañarse de otras medidas preventivas. No se debe olvidar que esta información debe ser repetida —con las modificaciones necesarias— con una cierta periodicidad pues cada año se incorporan nuevos jóvenes a la vida social y recreativa.

- 7) *Elaboración de estrategias que aumenten la percepción del riesgo.* Esta estrategia no debe verse como incompatible con la reducción de riesgos en los consumidores recreativos. Es muy importante actuar sobre la mayoría de jóvenes, aumentando su conocimiento sobre los problemas derivados del uso de drogas, dotándolos de capacidad crítica y de habilidades para manejarse en situaciones recreativas (Calafat y Juan, 2003).
- 8) Es importante apoyar una “*cultura de la moderación*” o de la contención, para que los jóvenes puedan realmente elegir, y de esta forma ser más libres (Calafat y Juan, 2003).

Estamos ante una situación en que parece que lo «culturalmente correcto» es divertirse al máximo y consumir. Ello responde a una lógica cultural de una sociedad consumista, pero también a intereses económicos de la industria de la diversión que alimenta esta visión. Existe no obstante un sector importante de la juventud que no sigue estas pautas y que se sienten poco legitimados culturalmente, como si estuviesen haciendo algo incorrecto. Al igual que ni los jóvenes ni los consumidores son un grupo homogéneo tampoco lo son los no consumidores.

A grandes rasgos podemos diferenciar dos grandes sub-grupos. Por un lado tendríamos a la élite, formada por un grupo de jóvenes con buenas habilidades sociales que de forma consciente y clara, deciden no consumir como una opción, mientras que por otra lado estaría otro tipo de no consumidores cuya situación de no consumo responde en parte a dificultades en lo personal y en lo relacional, como pueden ser menos necesidades sociales, menos curiosidad, temores (Evans y Skager, 1992). Unos

y otros necesitan distintos apoyos sociales para mantener su actitud abstemia y para sentirse legitimados ante sus coetáneos.

- 9) Es importante crear una dinámica de *colaboración entre la administración y la industria de la diversión*. Pero esta colaboración debe ir más lejos, puesto que la socialización de una parte importante de la juventud está en manos de la industria recreativa.

Se deben trabajar fórmulas de colaboración creativas y convincentes que permitan a los jóvenes no estar tan capturados por el modelo hegemónico de diversión de fin de semana.

CONCLUSIONES

En conclusión, la prevención del consumo de sustancias adictivas, las políticas juveniles, sociales y familiares, deberían llevar a:

- Generar un mayor debate científico —y no tan sólo ideológico— que debe apoyarse en la construcción de un modelo teórico, en el conocimiento de los factores de riesgo y la evaluación de los programas preventivos.
- Establecer un consenso en el ámbito científico y profesional sobre el significado y la prevención de los consumos recreativos.
- La mayoría de los proyectos preventivos son puntuales y consisten en proveer información a los jóvenes. Es frecuente que estos proyectos no se apoyen en modelos teóricos explicativos y conocidos y que no se tengan en cuenta otras experiencias anteriores evaluadas en el campo de la prevención.
- Centrar energías, en el ámbito de Europa, en investigar la cultura y las prácticas recreativas, evaluar programas y construir modelos de acuerdo a nuestra realidad cultural.
- Facilitar más espacios de encuentro intergeneracionales.
- Influir sobre las subculturas y modelos juveniles, aumentar la percepción del riesgo, apoyar una “cultura de la moderación” y trabajar coordinadamente desde las administraciones con la industria de la diversión.

BIBLIOGRAFÍA

- BECONA, ELISARDO (2003) *Bases científicas de los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- CALAFAT, AMADOR; JUAN, MONTSERRAT (2003) “De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas” en *Adicciones*, Vol.15, supl.2 : 261-287.
- CALAFAT, AMADOR; FERNÁNDEZ, CESÁREO; JUAN, MONTSE; BECONA, ELISARDO (2005) “Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas” en *Adicciones* Vol.17 Num.2: 145-155.
- COULTER, ANGELA y FITZPATRICK, RAY (2000). “The Patient’s Perspective Regarding Appropriate Health Care” en *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Londres, SAGE Publications: 454-464.
- DÍAZ, AURELIO; BARRUTI, MILA; DONCEL, CONCHA (1992). *Les línies de l’èxit. Estudi sobre la naturalesa i l’extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona, Laboratori de Sociologia ICESB y Ajuntament de Barcelona.
- DOMÍNGUEZ CARABANTES, ALBERTO; GINER I ZARAGOZA, FRANCESC (COORD.) (2001). *Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*. Valencia, Generalitat Valenciana.
- ESCOHOTADO, ANTONIO (1995). *Historia de las drogas, 1, 2 y 3*. Madrid, Alianza Editorial.
- EVANS, W. P. y SKAGER, R., (1992) “Academically successful drug users: an oxymoron?” en *Journal of Drug Education*, Vol. 22 no.4: 353-365.
- GALANTER, MARC; CLÉBER, HERBERT D. (1997). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona, Editorial Masson.
- GARCÉS, JORGE; RÓDENAS, FRANCISCO; SANJOSÉ, VICENTE (2006). “Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: An empirical approach”, en *Health Policy* 75: 121-130.
- GIDDENS, A. (1998) *Trabajo remunerado y no remunerado* en *Sociología*. Madrid, Alianza Editorial.
- GOFFMAN, ERVIN (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu editores, (1ª edición en inglés, 1963).

- GRUND, J. P. (1993) *Drug use as a social ritual*. Rotterdam, IVO Series 4.
- HERNÁNDEZ MICÓ, JUAN JOSÉ (editor) (1999). *Normativa autonómica valenciana en materia de drogodependencias*. Valencia, Edita Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social.
- KANDEL, D. B. (1998) “*Persistent themes and new perspectives on adolescence use: A lifespan perspective*” en *New perspectives on adolescent risk behavior*. Jessor R, ed. Cambridge University Press, Cambridge: 43-89.
- MARTIN GONZÁLEZ, EMILIANO; MONCADA BUENO, SONIA (2003) *Programas de prevención de ocio alternativo en Adicciones*, Vol.15 Supl.2: 327-346.
- MEGÍAS, EUSEBIO (director) (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona, Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales num.2.
- NEALE, JOANNE (1998). “*Drug users’ views of drug service providers*” en *Health and Social Care in the Community* 6(5): 308-317.
- NORMAN, E.; TURNER, S.; ZUNZ, S. J.; STILLSON, K. (1997) “*Prevention programs reviewed: what works?*” en *Drug-free youth: A compendium for prevention specialists*. Norman E, ed. Garland Publishing, New York: 22-45.
- ROMANÍ, ORIOL (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona, Ed. Ariel.
- SANCHÍS FORTEA, MANUEL y MARTIN YANEZ, ELENA (2000). *La prevención de las drogodependencias en España: marco general en Atención integral y Prevención en las drogodependencias*: 213-228. Las Palmas, Ed. Consulting Dovall.
- TOMAS DOLS, SOFÍA (dirección) (2006) *Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos 2006-2010 de la Comunitat Valenciana*. Valencia, Ed. Generalitat Valenciana.
- TRINIDAD REQUENA, ANTONIO (director) (2003). *Evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas*. Madrid, Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- UDH-BÉTERA (2007). *Memoria Anual 2006 de la Unidad de Desintoxicación. Hospitalaria de Bétera*. Bétera (Valencia), Hospital Psiquiátrico de Bétera.
- WEISS, ROGER D. (1997). “*Tratamiento Hospitalario*”, en *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*: 369-378. Barcelona, Masson.

9. Educación para la salud en jóvenes a través de los medios sociales: desarrollo de un caso práctico sobre prevención de drogodependencias

TANIA MENÉNDEZ HEVIA

Profesora Facultad CC. Información, Universidad Complutense de Madrid

UBALDO CUESTA CAMBRA

Catedrático de Comunicación, Universidad Complutense de Madrid

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Pasado, presente y futuro de la prevención

El ámbito de la prevención ha sufrido una fuerte evolución en los últimos años, en toda la comunidad sanitaria occidental, debido a razones tanto *sociopolíticas* como *científicas*.

Desde el contexto sociopolítico podemos señalar los siguientes aspectos:

1. *Definición “oficial” del concepto salud*: a partir de la declaración de Alma Alta de 1978, la comunidad científica y los agentes sociales trabajan sobre un nuevo modelo de salud, auspiciado por la OMS en 1986. La definición más clásica, que entendía la salud como “ausencia de enfermedad” ha derivado hacia un planteamiento “biopsicosocial” (Rodríguez-Marín, 2001), donde el concepto salud es estudiado desde una *perspectiva holística*. Así, la prevención y promoción de la salud juegan un papel fundamental en el funcionamiento de este nuevo modelo.
2. Concienciación por parte de las autoridades de la *rentabilidad económica y social de la prevención*. Una sociedad altamente organizada y eficiente como la nuestra es capaz de detectar las “oportunidades”. Las autoridades políticas (incluidas las sanitarias) se han dado cuenta de la alta rentabilidad de la aplicación de este *modelo de salud pública*

o modelo de *promoción de la salud*. Rentabilidad no sólo en términos electorales y económicos (extraordinariamente importantes para medir las decisiones) sino también en términos de bienestar social.

3. *Nuevos estilos de vida y de consumo*: vivimos en una sociedad postmoderna caracterizada por un renovado interés por la construcción simbólica de los cuerpos. Cuerpos culturistas, juveniles, sexys, atractivos, sanos, modernos... Foucault argumentaba la existencia de tecnologías específicas de poder y regulación que operaban en el cuerpo y a través de él para dividir, clasificar e inscribir el cuerpo de diferentes maneras. Por eso Balsamo (1966) decía que el cuerpo es una producción social. Lipovetsky (2006) lo explica bien: nada interesa más ahora que un cuerpo sano, diseñado a medida y educado a nuestro antojo.

Por otra parte, las principales razones científicas son:

1. *Evolución de los modelos y técnicas de comunicación*: Los modelos iniciales se apoyaban en un planteamiento derivado del conductismo social de autores como Skinner. En el ámbito de la comunicación lo desarrollan autores como Laswell o Lazarsfeld. El modelo era:

E (crear el mensaje) → **O** (enviarlo por diferentes canales al target) → **R** (provocar el efecto deseado)

La aplicación a los programas de comunicación del modelo anterior al ámbito de la prevención se plasmaban en diseños de este tipo: las instituciones/autoridades identificaban un problema de salud pública, diseñaban un mensaje en colaboración con los expertos y lo emitían a través de los medios de comunicación.

Posteriormente, los modelos de comunicación social pasaron a apoyarse en un planteamiento derivado de las teorías neocognitivas, desarrollados por autores como Petty & Cacioppo (1986) y, en un enfoque más aplicado, por autores como Joyce, T. (1991). El esquema ahora es:

E ← → **S** ← → **R**

En este caso, se produce una “Interacción Triádica Recíproca” entre las tres instancias, siendo el protagonista el sujeto, capaz de elaborar y re-elaborar la información para actuar dinámicamente sobre el propio mensaje (E) y el efecto (R).

La aplicación a los programas de prevención de este modelo implica que las instituciones/autoridades sanitarias identifican un problema y para diseñar el mensaje

realizan “investigaciones de mercado”, analizando las motivaciones del target (la población diana) y sus gustos. Una vez diseñada la creatividad en base a lo anterior, ésta es de nuevo investigada (test de ideas o conceptos), así como la realización de la campaña (pre-test). Finalmente se emite la campaña y se investigan sus efectos (test de evaluación de la eficacia).

En la actualidad, nos encontramos ante un nuevo *Cambio de Paradigma*: La *tercera generación* de los modelos de comunicación social (Cuesta y Menéndez, 2009). Ahora el protagonista *activo* es la audiencia, ya que, como veremos más detenidamente en el siguiente punto, es capaz de: 1) crear el mensaje; 2) producirlo y 3) difundirlo.

2. *Evolución de los modelos de prevención*: se ha evolucionado de modelos basados en estrategias informativas a otros basados en estrategias de educación afectiva. Posteriormente se han desarrollado estrategias de generación de alternativas y aprendizajes de competencias. Recientemente se han incorporado las estrategias de control/protección y diseño ambiental.

1.2. El uso de los medios sociales y su implicación en los programas de educación para la salud

1.2.1. El cambio de paradigma

El cambio de paradigma que se está produciendo en los modelos de comunicación social viene determinado por aspectos tecnológicos y psicosociales.

Por un lado, la evolución tecnológica ha facilitado un acceso rápido y mayoritario a Internet, principalmente gracias a la conexión de banda ancha, lo que ha llevado al surgimiento de nuevas tecnologías con alto índice de penetración, al desarrollo de un nuevo tipo de *software*, mucho más interactivo, y al abaratamiento de los costes de producción. Ahora disponemos de multitud de aplicaciones y herramientas gratuitas y masivas que posibilitan la creación y distribución de contenido (“tecnología al alcance de todos”).

Por otra parte, se han producido una serie de cambios sociales que, unidos a estos tecnológicos, explican el nuevo paradigma:

1. Los jóvenes tienen cada vez mayor cultura de los lenguajes audiovisuales, así como de las técnicas y herramientas de realización y distribución digital. Además, son mucho más conscientes ahora de los mecanismos de persuasión clásicos y, por tanto, las técnicas habituales mucho más débiles para persuadirles. Esto, claro está, se enfatiza aún más cuando

hablamos de temas de salud, ya que la resistencia al cambio es todavía mayor (por ser un campo de su esfera vital y sometido a presión grupal, además).

Este nuevo perfil de usuario / consumidor viene definido por algunos autores bajo el término de “Crossuser” (Gil y Romero, 2008), donde el prefijo *cross* pretende destacar el carácter activo que lleva al nuevo individuo a “cruzar” la línea que tradicionalmente había marcado la división de funciones entre productor y consumidor, así como entre emisor y receptor.

Según Gil y Romero, se trata de un “consumidor que carece de confianza en la comunicación de las marcas²³ (*dimensión emocional*), que conoce el *backstage* del marketing (*dimensión cognitiva*), que demuestra un papel activo en la validación de los mensajes y que participa de forma activa en el *storytelling* de las marcas (*dimensión comportamental*), viéndose las tres dimensiones potenciadas por el desarrollo de las nuevas tecnologías y la socialización en un contexto de elevada presión comunicativa por parte de las organizaciones” (Gil y Romero, 2008, p. 27)

2. Evolución de la estructura empresarial. Aunque las jerarquías de autoridad en las instituciones no han desaparecido, se están desarrollando cambios profundos en la economía global que propician la aparición de nuevos y potentes modelos de producción basados en la comunidad, colaboración y la autoorganización. Nos encontramos en la era económica de la participación, donde miles y miles de individuos y pequeños productores son capaces de crear productos de forma colaborativa, así como de participar en mercados hasta entonces limitados a las grandes corporaciones. Estos mercados pasan a convertirse en *ideágoras* (Wikinomics), ya que posibilitan que las ideas, invenciones y conocimientos científicos de todos los puntos del planeta resulten accesibles para empresas o instituciones ávidas de innovación.

Todo ello nos lleva a la siguiente propuesta en el marco de la prevención y promoción de la salud: se debe buscar que el propio grupo social de jóvenes sea quien CREE su propio discurso persuasivo y quien lo PRODUZCA y DISTRIBUYA a sus grupos de iguales (formando comunidades y redes sociales: *communitainment*²⁴) mediante sus propios CANALES (los llamados *usites*), empleando sus LENGUAJES compartidos y sus propios conceptos o MENSAJES: habitualmente *microespacios*, basados no sólo en micro-contenidos, sino también en narrativas audiovisuales extraordinariamente ágiles. Por eso, cuando ahora decimos “el usuario es el rey” (Nafría, 2007), hacemos referencia a algo muy diferente a lo que pro-

23. Véase, en nuestro caso, de las “autoridades”.

24. Véase en: <http://www.piperjaffray.com/1col.aspx?id=287&releaseid=966627>

ponían los paradigmas anteriores: “el usuario, *con su mando a distancia*, es el rey” (T^a de los Usos y Gratificaciones) decía el antiguo esquema.

Así, obtendríamos el siguiente esquema:

“respuesta/estímulo/campaña (*usites*) grupos de iguales (*communitainment*) otros efectos (*aprendizaje cooperativo*)”.

Si pretendemos llegar a los jóvenes con programas de educación para la salud, esta *interacción* es absolutamente indispensable. Es el concepto de “aprendizaje cooperativo” que desarrolla, en este contexto, Ovejero (1990) y que el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 1997) aplica a sus programas de prevención.

1.2.2. El papel de la Web 2.0 en la promoción de la salud

La segunda generación de Internet, o lo que se ha venido llamando la Web 2.0, permite el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud dentro del contexto que hemos definido. Los medios sociales facilitan que los usuarios entren a formar parte del proceso creativo, tanto en la producción como en la distribución de un contenido generado de forma colaborativa.

En el marketing comercial se han venido usando diferentes tipos de herramientas y medios para alcanzar los objetivos de comunicación de la empresa: principalmente, generar conciencia de marca, conseguir un aumento en las ventas de los productos o servicios, o bien lograr recuerdo y un mejor posicionamiento de la marca (Kotler & Keller, 2007). El tipo de medio o soporte que utilicen dependerá de muchos factores (objetivos, presupuesto, público objetivo, etc.), pero lo cierto es que el entorno online, y concretamente la plataforma 2.0, está generando sorprendentes formas de comunicación y de relación marca-consumidor, con un potencial aún desconocido (*mundo groundswell*²⁵).

En el caso concreto de los programas de promoción y educación para la salud, en ocasiones definidos bajo el concepto de “marketing social”, existen diferentes razones por las que debemos pensar también que los *social media* tienen un amplio potencial:

25. Para más información, véase Li & Bernoff (2008): *Groundswell. Winning in a world transformed by Social Technologies*. Harvard Business Press, Boston.

- Permite una participación activa por parte de los usuarios en el proceso de creación, por lo que se convierten en creadores o co-creadores, junto con las autoridades sanitarias (instituciones, proveedores de salud, etc.), del “mensaje saludable”. Esto tiene, entre otras, la ventaja de que se incrementa el nivel de adhesión y fidelidad al programa por parte del usuario, quien, además, con gran probabilidad se convertirá en mediador social del mismo frente a su grupo de iguales.
- Favorece el fenómeno del “marketing viral” (*word-of-mouth*). El usuario difunde, de forma instantánea, el mensaje y comparte el contenido generado acerca del mismo, lo que permite un mayor alcance de la información sobre salud, tanto a nivel general como de forma específica con los grupos de referencia. Así mismo, se intensifica la posibilidad de “arrastre” entre amigos para participar en programas de adopción de hábitos saludables, prevención del consumo de drogas, etc., dado que las recomendaciones personales suelen ser más efectivas que las generadas a partir de instituciones o autoridades.

En Internet han ido apareciendo, en estos últimos años, diferentes tipos de iniciativas para el desarrollo de programas de prevención de enfermedades, promoción de hábitos saludables, información sobre temas de salud, comunicación entre médicos y pacientes, etc. Así, por ejemplo, *patientslikeme* (<http://www.patientslikeme.com/>) es una comunidad donde pacientes y profesionales comparten información y experiencias sobre su enfermedad; *healthocrates* (<http://www.healthocrates.com/>) es la primera Wiki creada para recursos médicos; *procearte.tv* (<http://www.procearte.tv/>) es un videoblog sobre la medicina reproductiva; healthMap (<http://www.healthmap.org/es/>) es un mapa mundial digital de alertas epidémicas; la *Isla de la Salud* es una plataforma virtual donde se transmite información sobre salud y se facilita la relación entre médicos y pacientes.

Sin embargo, como en todo proceso de comunicación, el uso de los medios sociales en el ámbito de la prevención y promoción de la salud, ha de responder a un planteamiento estratégicamente definido. Así, antes de ponerse a trabajar con las herramientas de la Web 2.0, es fundamental que demos respuesta a una serie de preguntas para analizar la adecuación o no de los *social media* en una situación concreta. Estas cuestiones han de definirse en base a tres elementos principales: el público objetivo (real y potencial), los recursos con los que cuenta la institución emisora del mensaje, y los objetivos que se quieren alcanzar (véase figura 1).

Figura 1. Cuestiones estratégicas sobre la adecuación del uso de la Web 2.0 en los programas de promoción de la salud

<p>Público objetivo</p>	<p>¿Pueden atenderse las necesidades del <i>target</i> de forma más efectiva a través de la Web 2.0?</p> <p>¿Cuál es el uso de Internet que hace? ¿Puede ser segmentado en base a su perfil de consumo?</p> <p>¿Qué nivel de conocimiento y destrezas tiene sobre las diferentes herramientas y aplicaciones de la Web 2.0?</p> <p>¿Cómo percibe / consume / interpreta / los contenidos sobre salud vertidos en la Web 2.0?</p>
<p>Recursos</p>	<p>¿Cuál es la relación coste-beneficio del uso de los medios sociales para el desarrollo del programa?</p> <p>¿Se pueden afrontar los diferentes gastos de producción?</p> <p>¿Cuál es el nivel de dificultad de su implementación?</p>
<p>Objetivos</p>	<p>¿Realmente las herramientas Web 2.0 potencian las estrategias de intervención e interacción en nuestro programa?</p> <p>¿Es el momento idóneo para introducir el mensaje a nuestro público objetivo mediante los medios sociales?</p> <p>¿La Web 2.0 ayuda a reducir los frenos / barreras de nuestro público objetivo?</p> <p>¿Es posible evaluar el impacto o eficacia del uso de los <i>social media</i>?</p> <p>¿Cuáles son las desventajas o posibles efectos adversos del uso de las herramientas Web 2.0 en el proceso de comunicación?</p>

Fuente: Creado a partir de Thackeray, Neiger, Hanson & McKenzie (2008), p, 341

2. OBJETO DE ESTUDIO

Atendiendo al marco de estudio descrito anteriormente, pretendemos conocer y analizar la eficacia de las estrategias y modelos de comunicación empleados para la prevención y promoción de la salud mediante el uso de los medios sociales y el aprendizaje participativo. Para ello nos centraremos en la población joven.

La metodología de esta participación activa se asienta bajo las siguientes premisas (Ovejero, 1990):

- Se aprenden nuevas actitudes, valores y habilidades difícilmente adquiribles en el círculo familiar.
- Se fomenta la autonomía personal.
- Se imitan nuevos modelos de control de las emociones.
- Se aprende a ver las situaciones desde perspectivas diferentes a las propias.
- Se obtiene una nueva identidad social (grupo de iguales).
- Surgen nuevas oportunidades para ensayar conductas de altruismo y apoyo mutuo.

A través de la Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja, hemos diseñado e implementado un programa de comunicación con el objetivo principal de prevenir el consumo de cocaína en adolescentes mediante la creación participada de mensajes audiovisuales y su difusión en Internet.

¿cómoTVes? es un programa piloto llevado a cabo en diferentes colegios de la Rioja y basado en la realización de cortometrajes sobre la cocaína (con un mensaje preventivo). El público objetivo del programa está constituido tanto por los jóvenes realizadores como por los compañeros que han participado o visionado el corto.

Partiendo del objetivo general mencionado anteriormente, planteamos además una serie de objetivos específicos distribuidos en base a dos parámetros:

Objetivos específicos de resultado:

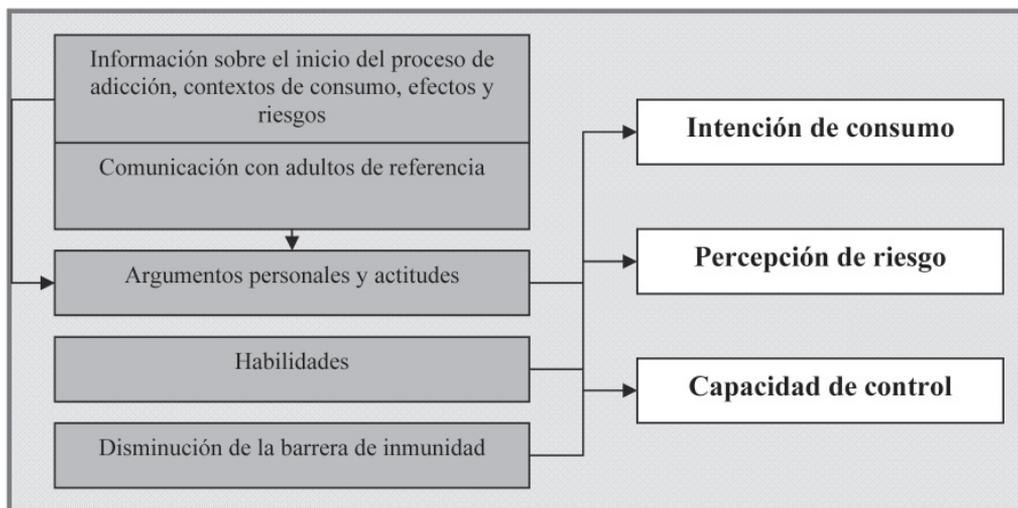
1. Disminuir la intención de consumo.
2. Aumentar la percepción de riesgo.
3. Aumentar la capacidad de control frente a posibles consumos.

El aprendizaje será activo en los realizadores y vicario en los espectadores. Los objetivos se alcanzarán a través de los siguientes objetivos intermediarios (véase figura 2):

- Buscar activamente / proporcionar *información* sobre la cocaína a través de fuentes fiables: inicio del proceso de adicción, efectos, riesgos, contextos de consumo, etc.
- Aumentar la comunicación sobre la cocaína con los *adultos* de referencia: familia y docentes.

- Desarrollar *argumentos y actitudes* personales contra su consumo.
- Desarrollar *habilidades* para manejar la presión de grupo, para mantener las defensas cognitivas en contextos “debilitantes” como el contexto de la fiesta.
- Disminuir la *barrera de inmunidad*: “A mí no me va a pasar”.

Figura 2. Esquema de relaciones entre los conceptos.



Fuente: Elaboración propia

Objetivos específicos de proceso:

4. Conseguir que un 20% de los adolescentes invitados a participar presenten un corto adecuado, realizándose un mínimo de 20.
5. Conseguir que los adolescentes valoren positivamente su experiencia como realizadores y como espectadores.
6. Conseguir que cada realizador difunda su corto a través de la Web, con un mínimo de 10 visitantes únicos por realizador en un mes.

3. METODOLOGÍA

3.1. Población

Este programa se dirige a la población de adolescentes de 16-18 años, ya que es un periodo de edad crítico para el consumo experimental de cocaína.

3.2. Descripción de la muestra

La muestra destinataria del proyecto está constituida por los jóvenes realizadores de los cortos así como por los visitantes de dichos vídeos en internet.

Se ha accedido a los realizadores a través de la colaboración de seis centros escolares de la Rioja: el I.E.S. Cosme García, I.E.S. La Laboral, I.E.S. Comercio, I.E.S. Batalla de Clavijo, C.P.C. Sagrado Corazón y C.P.C. Paula Montalt. La selección de los centros ha seguido un criterio de operatividad, siendo de primera elección los que imparten los tres tipos de currículos (PCPI²⁶, CFGM²⁷ y bachillerato), con el fin de reflejar eventuales diferencias de perfil según el tipo de estudios cursados.

Los centros han seleccionado de distintas maneras la participación de los diferentes itinerarios curriculares. Por ejemplo, PCPI ha sido incluido con entusiasmo en algunos centros, y no ha sido invitado en otros, alegando falta de habilidades narrativas y técnicas.

3.3. Intervención

La intervención en los centros escolares se ha caracterizado por las siguientes acciones:

3.3.1. Reclutamiento e información en las aulas

La información inicial se ha presentado en cuatro formatos, elegidos a conveniencia de los centros escolares:

- Distribución de la *información por escrito*, sin intervención del técnico del proyecto.

26. PCPI: Programas de Cualificación Profesional Inicial

27. CFGM: Ciclos Formativos de Grado Medio

- La *sesión informativa corta*, que ha perseguido la motivación para la participación en el programa: se ha presentado el proyecto, sus razones de ser, sus objetivos, el procedimiento general y los incentivos.
- La *sesión de formación* propiamente dicha, que ha tenido lugar en un aula de informática del centro y una duración aproximada de una hora. Se han explicado los pasos y elementos básicos de realización de los cortometrajes.
 - Objetivos y contenidos del corto
 - Formación de un grupo
 - Elaboración del guión
 - Nociones de prevención
 - Rodaje (préstamo y utilización de la cámara)
 - Montaje
 - Advertencia de copyright

Además, se han dado algunas nociones de prevención eficaz, se han entregado las autorizaciones a completar y se ha explicado la estrategia de “marketing viral”. Así mismo, se les ha hecho entrega a los alumnos de un pequeño dossier informativo sobre la cocaína, direcciones de sitios Web y bibliografía, además de un manual con todos los procedimientos a realizar.

- Una *sesión combinada* ha reunido las dos exposiciones, de información y de formación, en una hora de clase o dos.

3.3.2. Asesoramiento técnico y conceptual

Se ha puesto a disposición de los participantes un correo electrónico y un número de teléfono móvil para dar respuesta a todas las consultas que han surgido, vía mail, teléfono y SMS. Se ha resuelto de manera inmediata cualquier incidencia en el manejo de las cámaras y de la informática.

3.3.3. Subida a la web

Una vez terminado el corto, cada grupo ha entregado su trabajo, así como todos los consentimientos informados necesarios, al técnico del proyecto. Se ha comprobado la adecuación

de la propuesta a los objetivos de proyecto. Finalmente, se han colgado en la página del proyecto www.comotves.riojasalud.es a través del canal www.youtube.com/comotves gestionado desde el Servicio de Drogodependencias del Gobierno de la Rioja.

3.3.4. Incentivos a la elaboración y difusión de los cortos

Durante el desarrollo de este programa, se han establecido diferentes incentivos con el fin de lograr una participación activa y motivada por parte de los adolescentes. Por una parte, los realizadores de los cortos han recibido un lector MP4 (con un máximo de 5 por grupo) y, por otro lado, se ha celebrado un festival en un cine de la ciudad de Logroño donde se han exhibido todos los cortometrajes realizados, estableciéndose así mismo un sistema de premios en base a las siguientes categorías:

- El corto más original
- El corto técnicamente mejor realizado
- Mejor actriz y mejor actor
- Al corto más visto en Internet.

3.3.5. Metodología de evaluación

Al tratarse de un estudio piloto, la evaluación requiere una exploración abierta y profunda de las reacciones de los implicados y una retroalimentación sobre la intervención, tanto a nivel de proceso como de resultado. La metodología cualitativa está indicada en este caso. Se ha elegido el formato de los grupos de discusión para recoger un máximo de información de primera mano y poder observar sus reacciones espontáneas, así como las influencias que ejercen entre ellos en el seno del propio grupo. Además, se ha combinado con una recogida de datos cuantitativos con fines descriptivos, realizada con motivo de la sesión de formación o de información (PRE) y del grupo de discusión posterior a la realización del vídeo (POST). El tiempo transcurrido entre ambas mediciones ha variado entre 3 y 6 semanas.

A continuación se describen las variables de interés:

Figura 3. Variables de estudio cuantitativo.

Variable	Interpretación
Participación (realizadores/informados en %)	Interés y compromiso de los adolescentes
Número de cortos realizados	Interés y compromiso de los adolescentes
N.º de espectadores (visitas web)	Difusión viral
Edad	Control
Sexo	Control
Consumo	Control
Satisfacción con la experiencia	Aceptación del programa
Intención de consumo	Control y descripción de la evolución
Percepción de riesgo	Control y descripción de la evolución
Efecto subjetivo en la intención de consumo	Eficacia percibida del programa
Percepción de aprendizaje de estrategias	Eficacia percibida del programa

Fuente: Elaboración propia

Se ha evaluado el programa a partir de los diferentes agentes implicados:

- Los realizadores de cortos, mediante grupos de discusión y cuestionario pre y post.
- Los espectadores presenciales, mediante grupos de discusión y cuestionario.
- Los visitantes en internet, mediante comentarios y cuestionario.
- Los docentes, mediante entrevistas semi-estructuradas.
- Los padres, mediante entrevistas telefónicas semi-estructuradas.

3.3.6. Aspectos legales y consentimiento informado

Los aspectos legales a considerar en este proyecto cubren los ámbitos comunes a los estudios piloto realizados con menores, la protección de datos personales, la protección de la imagen y los derechos de copyright. Los procedimientos han seguido las líneas habituales para este tipo de intervenciones en las Consejerías de Salud y de Educación del Gobierno de La Rioja.

4. RESULTADOS

4.1. Participación y vídeos entregados

Se ha informado a 470 alumnos, doblando prácticamente la previsión inicial. Han participado en el proyecto 130 realizadores, con la correspondiente tasa de participación del 28% (véase figura 4). Se ha de tener en cuenta que 25 de estos 130 jóvenes no pertenecen a las clases invitadas a participar o son alumnos que han colaborado en varios cortos.

Se entregaron 29 cortos, todos ellos considerados adecuados a los objetivos del proyecto. Se solicitaron únicamente 3 modificaciones: un recorte por tiempo excesivo (12 minutos) y otras dos por faltas de ortografía en los títulos.

Se observan grandes diferencias de participación en los diferentes itinerarios curriculares, como indica la Figura 4.

Figura 4. Número de alumnos y de vídeos entregados por tipo de estudios cursados

	Informados	Participantes	Proporción	Vídeos
PCPI-Prediv.	95	65	68 %	17
CFGM	200	14	7 %	3
Bachillerato	175	51	29 %	9
Totales	470	130	28 %	29

Fuente: Elaboración propia

El número de vídeos entregados no guarda una relación consistente ni con el tipo de estudios cursados ni con el formato de información inicialmente recibido. Se encuentran a su vez grandes diferencias de participación en los diversos centros.

Los factores clave para determinar la participación son confusos. Según las investigaciones realizadas, podría señalarse que el uso cotidiano de las nuevas tecnologías en las labores docentes y organizativas del centro sería el elemento explicativo principal. Por otra parte, en el caso de las clases de bachillerato artístico esta propuesta encuentra los intereses específicos de los alumnos que cursan estos estudios.

4.2. Contenidos de los vídeos

Los trabajos audiovisuales han versado sobre muy diversas temáticas:

- Los efectos de la cocaína sobre la salud: el proceso de adicción, con especial hincapié en el primer consumo, los efectos agudos de la sustancia y sus riesgos, los problemas de salud mental, la muerte, etc.
- Los efectos sobre el comportamiento: violencia, comportamientos de riesgo en la conducción, etc.
- La reducción de intereses que conlleva el consumo: la cocaína se puede convertir en prioridad sobre los estudios etc.
- Los efectos del consumo sobre la vida social, familiar, de pareja y la amistad.
- Los problemas económicos que derivan de la adicción.
- Los problemas legales asociados al consumo y al tráfico.
- La alternativa positiva: el no consumo.
- El papel de los iguales desde diversas perspectivas, como incitadores y como recurso.
- Testimonios y opiniones reales a favor y en contra del consumo.

4.3. Evaluación en realizadores de cortos

4.3.1. Evaluación cualitativa en realizadores

Se celebraron 19 grupos de discusión con los realizadores después de haber completado los cortos. Se trataron los siguientes asuntos.

- Los participantes se han mostrado muy *satisfechos* con la experiencia. Para muchos era la primera realización de un vídeo y algunos incluso participaron voluntariamente en más de un corto (sin más incentivos).
- Respecto a sus *motivaciones*, diez grupos citan explícitamente el MP4. Cinco grupos aluden a una motivación altruista en el sentido de ayudar a otros a no consumir. En tres grupos mencionan el “*pasar un buen rato con los amigos*”. El mismo hecho de hacer un vídeo fue motivante para un grupo.
- Han valorado como adecuados los *procedimientos* y la ayuda técnica recibida.

- Las *dificultades* que mencionan algunos participantes se refieren a la interpretación (“*aguantarse la risa*”), encontrar la idea y los problemas con los derechos de autor de la música que se utilizó. El manejo de la cámara ha sido “*fácil*”.
- En muchos casos hay que destacar que el vídeo ha supuesto muchas horas de *dedicación*. Se encontraron en las cámaras en el momento de la devolución hasta 150 tomas falsas.
- Un punto de interés del proyecto ha radicado en la *comunicación con los adultos* y en la *colaboración* que se ha generado en torno a los vídeos: padres que han permitido el acceso a su lugar de trabajo para realizar el rodaje, que han intercambiado sus puntos de vista sobre el guión, monitores de internado que han permitido algunas excepciones al reglamento para el rodaje, tutores que han dedicado horas de clase a la realización del corto...
- Se ha indagado acerca de la *utilidad* del proyecto a partir de los testimonios de los realizadores: han buscado información sobre la cocaína en 6 de los 19 grupos focales. Éstos han aprendido efectos (“*alucinaciones si consumes mucho*”, “*la cocaína es estimulante y no un sedante*”), nombres, formas de presentación y consumo...
- Respecto a la *difusión*, la casi totalidad de los realizadores tiene cuenta en *tuenti* o *msn* y tenía intención de publicitar su corto por estas vías.
- Varios grupos *sugirieron* “*hacer el programa más a menudo*”, “*más programas de este tipo: pastillas, sexo...*”, “*otras drogas y otros temas*”, “*continuar*”.

4.3.2. Evaluación cuantitativa en realizadores

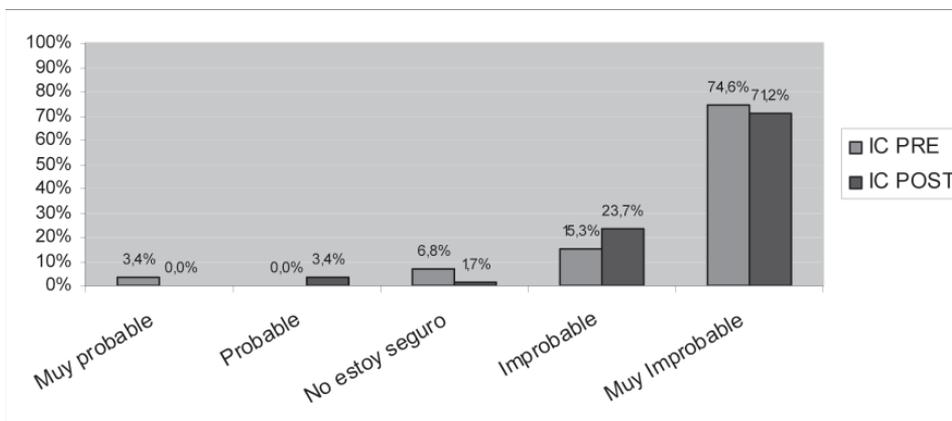
La edad de 145 alumnos encuestados *invitados inicialmente* está comprendida en un 74% entre los 16 y 18 años. Un 19% tienen 14 ó 15 años, cifra coherente con la inclusión de alumnos de “*prediversificación*” a demanda de un centro escolar.

Según el sexo, el 41% son mujeres y el 59% varones.

El 89% declara no haber probado la cocaína. Un 11% dice haberla probado, datos que concuerdan con los valores recogidos en las encuestas escolares recientes.

Teniendo en cuenta únicamente a los 59 realizadores que completaron ambos cuestionarios (pre y post), los valores de intención de consumo (IC) muestran diferencias de direcciones no sistemáticas con máximas del 8,4% entre la primera y la segunda encuesta (véase figura 5)

Figura 5. Intención de consumo pre y post.
 “¿Hasta qué punto es probable que consumas cocaína en el próximo año a partir de ahora?”

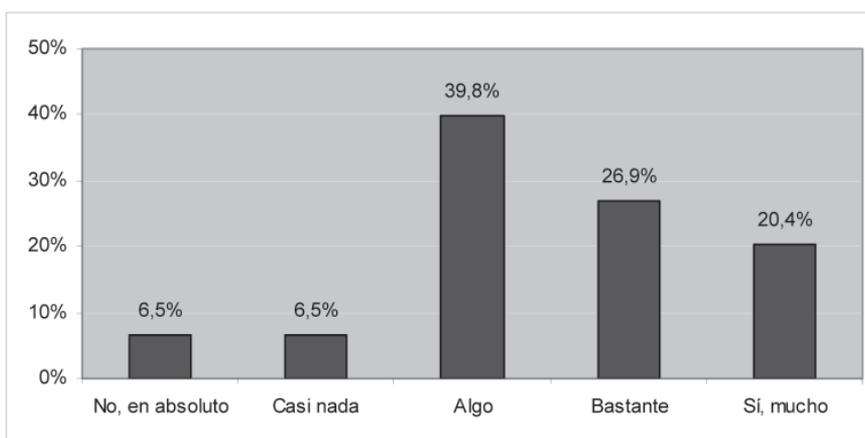


Fuente: Elaboración propia

Este análisis no pone en evidencia cambios sistemáticos en la intención de consumo ni en la percepción de riesgo por consumo de cocaína entre los momentos previos y posteriores a la realización del vídeo.

En la *encuesta final*, se ha preguntado a los 93 realizadores si habían descubierto alguna forma de evitar consumir cocaína si se la proponían. Las respuestas se distribuyen según indica la figura 6.

Figura 6. “Al realizar el vídeo, ¿has descubierto alguna forma de evitar consumirla si te lo proponen?”

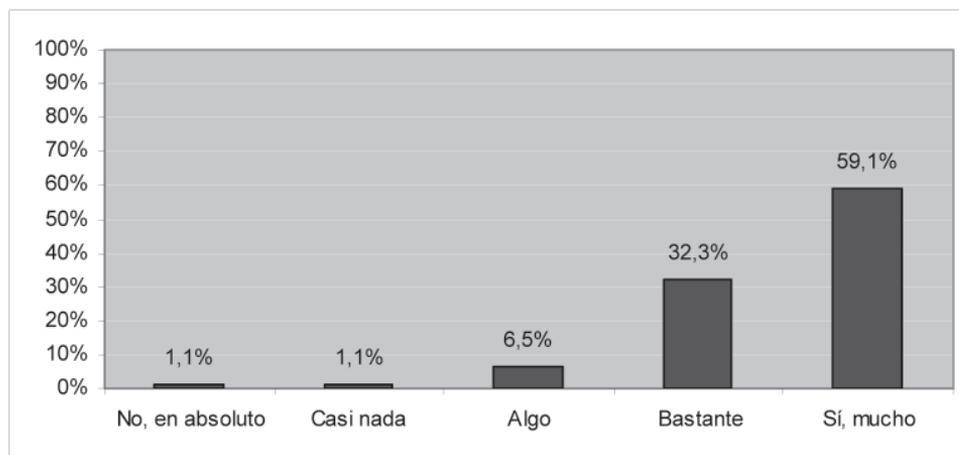


Fuente: Elaboración propia

El 87% de los realizadores piensa que su trabajo le ha permitido descubrir alguna forma de evitar consumir cocaína si se la proponen. El 47% opina que ha sido bastante o muy útil en este sentido.

Por otra parte, el 91% de los realizadores indica que su participación en el proyecto ha sido una experiencia bastante buena o muy buena, tal y como refleja la figura 7.

Figura 7. “¿La realización del corto ha sido para ti una buena experiencia?”



Fuente: Elaboración propia

4.4. Evaluación en espectadores

4.4.1. Evaluación presencial

Se ha efectuado un grupo de discusión con los mejores cortos del proyecto y algunos realizados por profesionales, con los miembros del jurado del festival. Puesto que este acceso a los vídeos es radicalmente diferente a la difusión viral, esta evaluación se centra en las potencialidades de los vídeos realizados por los adolescentes y no en el método de difusión.

El visionado de los 29 vídeos fue una *buena experiencia* para ellos, aunque también mencionaron algunos vídeos “malísimos” (como los titulados *Efectos de la cocaína* o *Mi final puede ser tu final*) y otros “exagerados”.

Según los propios informantes, la llegada de los mensajes preventivos a *edades tempranas* es decisiva para conseguir una baja intención de consumo. Indican que su actitud no ha cambiado a raíz de ver los trabajos aunque sí se ha podido reforzar su postura de no probar la cocaína.

Uno de los cinco miembros del jurado informó de que había recomendado ver algunos vídeos a sus contactos de manera espontánea. Piensan que “*las ideas de jóvenes a jóvenes se entienden mejor*”, En sus propias palabras, viven todos lo mismo y ven igual lo que hay.

4.4.2. Evaluación a través de la Web

Los vídeos han sido vistos en más de 8.000 ocasiones en tres meses de funcionamiento de las webs. Esta cifra es muy superior a las estimaciones iniciales, que situaban el objetivo de difusión viral en 10 visionados por realizador, lo que hubiera supuesto un total de 1.300 visitas.

Se han recogido a través de la página web www.comotves.riojasalud.es 16 *encuestas anónimas*, completadas de manera voluntaria por los visitantes. La tasa de respuesta a la encuesta es de 16 encuestas por 1.900 visionados, de manera que cada 120 visionados aproximadamente se ha rellenado una encuesta. Además, ambas páginas web del proyecto, *youtube* y *comotves.riojasalud*, disponen de un apartado de *comentarios*.

En tres meses de funcionamiento se han recogido unos 60 a través de *youtube* (referidos a 13 vídeos) y 21 a través de *riojasalud*.

La mitad de los informantes indican que tienen entre 16 y 18 años (40% mujeres y 60% hombres).

Después de ver el vídeo, 5 (43%) creen que es más improbable o un poco más improbable que consuman cocaína, 7 (50%) creen que esa probabilidad no ha cambiado, y uno (7%) indica que es más probable que la consuma.

4.5. Evaluación en docentes

Se han recogido las opiniones de 6 docentes implicados en el proyecto a través de breves entrevistas personales.

- *Reacciones*: Han observado “interés” o “entusiasmo” entre los realizadores. Muchos tutores de PCPI se han implicado personalmente, dedicando horas de clase a la formación, la elaboración de los guiones, al rodaje y al montaje. Algunos cortos se realizaron en las aulas y talleres escolares.
- *Comunicación*: El proyecto ha sido motivo de conversaciones sobre la cocaína y las drogas con la mayoría de los tutores, que suelen tratar estos temas en clase.

- *Motivaciones de los participantes*: Todos coinciden en la relevancia del MP4 como motivación “a priori”. Según la opinión de tres docentes, este incentivo pasa luego a un “segundo plano”, cuando los realizadores se interesan más por el “proceso” de elaboración del vídeo, así como por los aspectos “informativos” y el “resultado final” de su trabajo. Otros factores mencionados por los docentes son las “inquietudes” propias de cada joven, el “echarse unas risas con el grupo de amigos” y “las facilidades desde el centro”.
- *Opiniones*: Los docentes expresan sin excepción una opinión favorable al proyecto. “Facilita la labor de tutoría”, es “novedoso desde el punto de vista pedagógico”, es “acercarse a un problema de otra manera, como un juego de rol”.

4.6. Evaluación en padres

Se ha realizado una encuesta telefónica a 17 padres, obteniendo los siguientes resultados:

- La *preocupación* por los consumos de drogas es bastante general, por entenderse la adolescencia una “mala edad”, donde la “curiosidad” o los “amigos” pueden ejercer malas influencias.
- Si bien los hábitos de *comunicación* sobre drogas entre padres e hijos varían según los informantes, en todos los casos la realización del corto ha sido un tema de conversación (“en esta ocasión fue más fácil hablar de la droga porque mi hijo no se enfadó por sacar yo el tema”). Varios padres comentan haber visto en familia, con los hermanos de los realizadores, el corto de su hijo así como vídeos de otros participantes.
- La percepción de los padres sobre el *efecto* de la realización de los vídeos en sus hijos es muy positiva. En general, ven en esta actividad una manera de acercarse a los riesgos y consecuencias de los consumos desde la “experiencia propia” y a la vez desde un “contexto seguro” que no implique una exposición real (“el trabajo personal y la implicación hace que el mensaje se fije más en su mente y su persona”, “ha calado más profundamente porque ellos han tomado las riendas”)
- Ven a sus hijos “mejor informados”, “más conscientes de las consecuencias reales”, “han aprendido nombres (de sustancias) y efectos”, se han “acercado más a esa realidad” para “ver que la droga es mala”. Ha supuesto una “reafirmación del no consumo”, ha servido para “ayudar a no consumir” y “ver más de cerca, saber que le puede pasar, estar más involucrado”.

- Respecto a la actividad propiamente dicha, han encontrado a sus hijos “animados”, “implicados” y han valorado el trabajo en equipo que han desarrollado los participantes.

5. CONCLUSIONES

Los medios sociales ofrecen amplias posibilidades en el desarrollo de estrategias y modelos de comunicación dentro del ámbito de la salud. Su carácter participativo hace que los usuarios se sientan más involucrados en el desarrollo del proceso, así como motivados para conseguir buenos resultados, principalmente a través de su papel de mediadores.

Los adolescentes y jóvenes son un *target* idóneo para el desarrollo de este tipo de programas en el ámbito online, ya que emplean gran parte de su tiempo libre conectados a Internet y tienen amplios conocimientos y destrezas sobre las diferentes herramientas y aplicaciones que ofrece el entorno Web 2.0. Sin embargo, se presenta también como un medio muy útil para otros grupos sociales, como podrían ser, por ejemplo, pacientes de una enfermedad concreta que quieren comunicarse con otros en su misma situación, familiares de enfermos, personas que desean expresar su problema de salud mediante un *blog* personal, amas de casa que aprenden ejercicios de mantenimiento físico a través de vídeos, etc. Esto se produce gracias a la facilidad que ofrecen los medios sociales en el intercambio de información y experiencias, la interacción comunicativa, el concepto de “consejo o escucha abierta” y la posibilidad de relación entre pacientes y profesionales de la salud, entre otros.

En este contexto, la misión de las instituciones (Agencias antidrogas, Delegaciones del Gobierno, municipios, etc.) ha de ser la de *impulsar* activamente este proceso, (fundamentalmente en lo relacionado con los jóvenes). Es decir, proporcionar el marco de referencia para que se produzca la interacción y el aprendizaje cooperativo en el desarrollo de acciones de promoción de la salud. Esto se consigue desde varios niveles de actuación:

1. Creando el clima/ruido social apropiado: el marco social de referencia y el *briefing* adecuado a los jóvenes, para que ellos creen y produzcan el mensaje.
2. Facilitando herramientas de (1) creación, (2) distribución y (3) soporte en la red.
3. Proporcionando las estructuras más eficaces para llevar a cabo estos trabajos. Por ejemplo, los colegios pueden aplicar las disciplinas “educación para la ciudadanía”, “educación para la salud” y “educación audiovisual” para impulsar este tipo de proyectos.

4. Motivando el proceso (y esto es lo más importante) mediante los incentivos más adecuados para esta población juvenil: dispensando contingencias de refuerzo positivo acordes a los deseos de estos jóvenes, para aquellas redes sociales que participen en estos procesos.

Por otra parte, en líneas generales, debemos tener en cuenta la importancia de hacer un análisis previo sobre la conveniencia o no del uso de la Web 2.0 como soporte para nuestra comunicación, ya que una mala planificación estratégica puede derivar en efectos no deseados. Esto se debe al potencial que tienen las herramientas de la Web 2.0 en cuanto a la producción de contenidos (difícilmente controlables) y a la rápida y masiva difusión de los mismos.

Como hemos visto, existen diferentes e interesantes iniciativas de *e-health*, pero éste es todavía un campo emergente, tanto desde una perspectiva científica (estudio de los efectos, análisis del comportamiento del consumidor de salud online, etc.) como desde un ámbito más aplicado (implantación de programas de educación para la salud, plataformas de comunicación médico-paciente, desarrollo de videojuegos educativos, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- BALSAMO, A. (1996): *Technologies of the gendered body: Reading cyborg women*. Durham, NC: Duke University Press.
- CUESTA, U. & MENÉNDEZ, T. (2009): *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Perspectivas de uso para la prevención y el tratamiento*. La Rioja: Gobierno de la Rioja.
- GIL, V. & ROMERO, F. (2008): *Crossuser. Claves para entender el consumidor español de nueva generación*. Barcelona: Gestión 2000.
- JOYCE, T. (1991): Models of the advertising process. *Marketing and Research Today*. November, 205-213.
- KOTLER, P. & KELLER, K. L. (2007): *A framework for marketing Management*. Upper Saddle River, NJ: Pearson / Prentice Hall.
- LIPOVETSKY, G. (2006): *Le Bonheur paradoxal*. París: Gallimard.
- NAFRÍA, I. (2007): *Web 2.0. El usuario, el nuevo rey de Internet*. Barcelona: Gestión 2000.
- OVEJERO, A. (1990): *El aprendizaje cooperativo: Una alternativa a la enseñanza tradicional*, Barcelona: P.P.U.
- PETTY, R. E. & CACIOPPO, J. T. (1986): The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in experimental social psychology*, 19, 123-205.
- RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (2001): *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- THACKERAY, R., NEIGER, B. L., HANSON, C. L. & MCKENZIE, J. (2008): Enhancing promotional strategies within social marketing programs: Use of Web 2.0 social media. *Health Promotion Practice Journal*, Vol. 8, nº 4, 338-343.

10. Tabaco y publicidad: la eficacia persuasiva de las apelaciones al miedo

JUAN JOSÉ IGARTUA PEROSANZ

Universidad de Salamanca

“El tabaco es una enfermedad que se transmite a través de la publicidad y de las campañas promocionales”
(Gro Harlem Brundtland,
Directora General de la OMS entre 1998 y 2003)

Uno de los principales efectos buscados por la publicidad es la persuasión. Para saber cómo actúa la publicidad necesariamente hay que recurrir al estudio de la persuasión. Y es que la persuasión constituye una actividad o proceso por medio del cual un comunicador (individual o colectivo) intenta inducir un cambio en las creencias, actitudes y/o conductas de otra persona o grupo de personas a través de la transmisión de un mensaje y en un contexto en el que el receptor (o receptores) del mismo tiene la posibilidad de aceptar o rechazar la recomendación que se le propone (Perloff, 1993). Por tanto la persuasión es ante todo una estrategia o proceso de influencia social deliberada que se basa en provocar convencimiento, aunque a éste se puede llegar por diferentes vías o rutas de persuasión (véase, por ejemplo, Mayordomo, Zlobina, Igartua y Páez, 2003).

En relación con el tabaco, las estrategias persuasivas son muy diferentes en función de los objetivos que se pretendan por parte de quienes propician el desarrollo de las comunicaciones publicitarias: estimular o promocionar su consumo o desincentivarlo para que éste cese o no llegue nunca a producirse. El primer objetivo, como es obvio, es perseguido por la industria tabaquera que busca su beneficio económico y la expansión de su mercado. En cambio, el segundo objetivo está vinculado con la promoción de la salud, la prevención de patologías asociadas al tabaquismo y el fomento de estilos de vida saludables. ¿Qué estra-

tegias publicitarias, por tanto persuasivas, son utilizadas por los diferentes actores implicados en la estimulación o desincentivación del hábito tabáquico? ¿Qué repercusiones tienen dichas estrategias comunicacionales en el desarrollo de comportamientos de consumo de tabaco? ¿Qué grado de eficacia presentan las estrategias basadas en la provocación del miedo, ampliamente utilizadas en campañas publicitarias antitabaco y empleadas también en el etiquetaje de cajetillas de tabaco mediante *warning labels*? Si es eficaz el miedo, ¿cuál es el mecanismo que lo explica? ¿Y, finalmente, todos los tipos de amenazas utilizadas en las campañas antitabaco son igualmente eficaces? ¿Cuáles son los ingredientes de una estrategia de comunicación persuasiva antitabaco que garantizan un mayor impacto preventivo? Estos interrogantes son especialmente relevantes en materia de salud pública dado que, como se verá, una de las estrategias más utilizadas para hacer frente a la adicción al tabaco es el recurso del miedo.

ESTRATEGIAS PUBLICITARIAS DE PROMOCIÓN DEL CONSUMO DETABACO

Si bien hace unas décadas el fumar era algo bien visto (potenciado incluso en el cine, en películas clásicas como *Casablanca*), en los últimos años (especialmente a partir de los años 60 en Estados Unidos, y una vez se han demostrado científicamente los riesgos para la salud provocados por el tabaco) este hábito se ha convertido en una conducta desviada y que produce rechazo social. El consumo de cigarrillos ha pasado de ser agente de integración social (apertura de un intercambio, factor de deshielo en reuniones, etc.), a casi convertirse en un factor de discordia (recordemos la polémica o conflicto entre fumadores y fumadores pasivos) (Zimbardo y Leippe, 1991). Los datos de Estados Unidos son concluyentes: en la década de los 50 alrededor del 50% de la población de mayores de 18 años fumaba. Este porcentaje se ha ido reduciendo: el 42% en los años 60, el 35% en los 70, el 31% en 1985 y el 25% en 1993 (Beaudoin, 2002; Shopland y Brown, 1987). Todo apunta a que las campañas de información difundidas en los medios de comunicación social (desarrolladas a partir de los primeros datos sobre la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón en los años 60), han sido efectivas a la hora de reducir el consumo de tabaco²⁸.

Con este panorama la industria tabaquera ha redoblado sus esfuerzos para no dejar de vender y ha comenzado a buscar nuevos mercados. Al menos en el contexto de Estados

28. En la Unión Europea, en el año 2002 fumaba el 39.4% de los ciudadanos, mientras que en 1995, el porcentaje de fumadores era del 33.9% (Special Eurobarometer, 2003). En España, el 26.4% de la población de 16 y más años fuma a diario (31.6% de los hombres y 21.5% de las mujeres) y el 3.1% se considera fumador ocasional, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (<http://www.ine.es/>).

Unidos, se ha cambiado de público diana en la publicidad de tabaco y en la segmentación del mercado. Se ha cambiado de foco: el “hombre, de mediana edad” (que está dejando de fumar) ya no es tan accesible y por ello se dirigen las campañas hacia las mujeres, los adolescentes, los trabajadores de clases bajas y las minorías étnicas (afroamericanos e hispanos). De hecho, el consumo de tabaco está incrementándose entre las mujeres, que se han convertido en un mercado apetitoso para la industria tabacalera. Por otro lado, se asume que la población más vulnerable al consumo del tabaco son los adolescentes en general y, dentro de este colectivo, las mujeres. Estos segmentos son los que en la actualidad reciben más apelaciones persuasivas. La industria tabacalera necesita reclutar nuevos fumadores cada año para reemplazar a aquellos que mueren de enfermedades relacionadas al tabaco. La supervivencia de su industria depende de nuevos consumidores adolescentes ya que pocas personas comienzan a fumar en la etapa adulta (Sarría y Cortés, 2002). Se ha comprobado que la decisión de comenzar a fumar y la elección de la marca ocurren durante la adolescencia (Martín, 2003). En este sentido, en un estudio realizado en España sobre 71 medios de comunicación escritos publicados en 1998, se observó que la publicidad sobre tabaco contenida en ellos estaba dirigida a la población femenina (25.4%) y en un 16.9% de los casos a la población masculina y juvenil, siendo los mensajes más repetidos en los anuncios la relación del tabaco con la juventud (46.6%) y la amistad (41.6%) (de Castro, Hernández-Mezquita, Rivas, González, Puerto y Adeva, 2001).

De este modo, se ha entablado una lucha o *competición por persuadir* entre las instituciones sanitarias y la industria tabacalera. Ésta última lleva décadas utilizando un amplio abanico de recursos comunicacionales para persuadir y captar nuevos consumidores (Zimbardo y Leippe, 1991):

- El uso de un doble lenguaje al tiempo que se crean nuevos productos para hacer frente a las críticas sobre los daños producidos por el tabaco (cigarrillos bajos en nicotina, tabaco *light*, se argumenta que el consumo bajo o moderado no es dañino, etc.). Los términos *light*, *low*, *mild*, *ultra low*, *ultralight*, etc. en realidad resultan confusos pero cumplen con su función: convencen a los fumadores de que han optado por un producto menos perjudicial (cuando en realidad al inhalar el humo adaptarán la ingesta para obtener los niveles de nicotina apropiados y también regularán la frecuencia de las inhalaciones para compensar) (Marín, 2003).
- Se crean campañas atractivas en las que se asocia el fumar con valores positivos (y en ocasiones con ídolos de los jóvenes, como cantantes, etc.). El fumar se presenta como

acompañante de una vida activa, divertida, con la moda, la libertad, el *glamour* y, por tanto, algo placentero (que capta la atención fácilmente).

- En las campañas dirigidas al segmento femenino se trata de asociar la idea de liberación de la mujer e independencia respecto al hombre con el fumar. El análisis de la publicidad de tabaco permite comprobar que algunas campañas (como la de “sabor latino” de *Ducados* o la de “the Chesterfield experience”) utilizan como reclamo publicitario el factor peso corporal. Y se ha comprobado que las adolescentes preocupadas por su peso, fuman en mayor medida; del mismo, modo se ha observado que las mujeres preocupadas por su peso dejan de fumar en menor proporción. De hecho, las marcas de tabaco con productos *light* han sido dirigidas fundamentalmente a mujeres, y sobre todo a aquellas que manifiestan miedo a engordar al dejar de fumar (Ayesta y de la Rosa, 2001).
- No todas las promociones de tabaco tienen la forma tradicional. Una gran proporción tiene formas más sutiles. De hecho, la industria tabacalera recurre más que otras industrias a la *publicidad indirecta*. Esta incluye: patrocinio de deportes de conciertos musicales y de actos culturales importantes (de este modo, se asocia la marca a acontecimientos positivos), presencia o exposición en los puntos de venta, extensión de las marcas (los nombres de las marcas de tabaco se usan como parte del nombre de otros productos, como por ejemplo la ropa *Marlboro Classics*). También se ha intensificado la colocación del producto en programas de ficción en cine (véase, la película *Avatar*) y televisión (*product placement*) y las ventas y promociones especiales. Este tipo de publicidad indirecta se usa cada vez más dado que la directa no está permitida o está fuertemente regulada.
- En último término, se afirmará que, en comparación con otros grandes problemas sociales (como el Sida, el uso de drogas ilegales, etc.), el tabaco es un “pequeño vicio” que cualquier persona puede permitirse.

Junto a estas estrategias de la industria tabaquera, existen otros factores que propician que el consumo no cese a pesar de la evidencia empírica sobre el daño que provoca, como el fácil acceso, que la mayor parte de las enfermedades provocadas por el tabaco aparecen a largo plazo, la capacidad adictiva del tabaco, la presión social en el grupo de pares, y el *disfrute* o placer inmediato que proporciona el fumar, pues éste se inserta en contextos sociales positivos (fiestas, reuniones con amigos, etc.)²⁹.

29. La campaña antitabaco *Help, por una vida sin tabaco*, desarrollada en la Unión Europea, en el año 2005, tuvo precisamente como uno de sus ejes comunicacionales principales la presión social del grupo de pares ejercida entre los adolescentes para iniciarse en el consumo de tabaco (<http://es-es.help-eu.com/>).

La investigación acerca del impacto persuasivo de la publicidad sobre tabaco ha demostrado de manera convincente que ésta influye en los comportamientos de consumo de jóvenes y adolescentes. Los estudios longitudinales sugieren de forma consistente que la exposición a la publicidad y la promoción del tabaco están asociadas con la probabilidad de que los adolescentes comiencen a fumar. Se ha observado que una mayor notoriedad de la publicidad sobre tabaco (reconocimiento o identificación de la marca de una serie de anuncios en un primer momento) predice el consumo del tabaco en adolescentes (evaluado meses después) (López, Herrero, Comas, Leijts, Cueto, Charlton, Markham y de Vries, 2004).

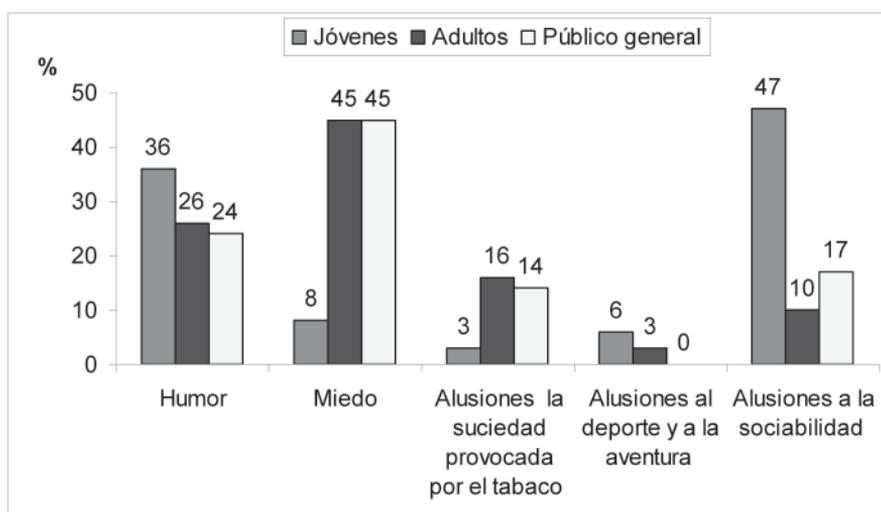
APELACIONES AL MIEDO EN LA PUBLICIDAD ANTITABACO

Las apelaciones al miedo (*fear appeals*) son mensajes persuasivos que muestran o describen las terribles consecuencias que se producirán si se continúa con un hábito dañino o éste no se cesa, y están diseñadas para provocar preocupación o una sensación de amenaza en el público objetivo (Breckler, 1993; Igartua, 2005; Leshner, Vultee, Bolls y Moore, 2010; Morales, Rebolloso y Moya, 1994; Murray-Johnson, Witte, Liu, Hubbell, 2001; Witte, 1992). Las apelaciones al miedo se utilizan con gran frecuencia en las campañas informativas de salud (Rice y Atkin, 2002). Mediante éstas se pretende promover hábitos saludables, ya sea solicitando la realización de una conducta adaptativa que previene la aparición de consecuencias nocivas para el individuo (por ejemplo, seguir una dieta equilibrada, llevar una higiene bucodental apropiada, utilizar el preservativo, ponerse el cinturón de seguridad cuando se va en coche, etc.) o, bien, aconsejando que se deje de realizar una conducta desadaptativa que lleva asociado un riesgo elevado de problemas (como fumar, beber, compartir jeringuillas, etc.). En este contexto, el miedo es una emoción de valencia negativa, provocada por la percepción de una amenaza personal, relevante y significativa para el sujeto; suele venir acompañada de altos niveles de activación o *arousal* y ejerce un impacto directo en el comportamiento (Witte, 1998). Por tanto, las apelaciones al miedo suelen ser mensajes persuasivos que describen algún tipo de riesgo con altos niveles de vivacidad. La *vivacidad* se ha definido como aquella propiedad del estímulo que hace que éste atraiga la atención del sujeto y estimule su imaginación, debido a que se considera emocionalmente interesante, concreto y próximo (Nisbett y Ross, 1980; Perloff, 1993). Los mensajes persuasivos vívidos, en vez de basarse en sólidos y “fríos” argumentos, recurren a la presentación de ejemplos muy concretos, anecdóticos y con gran dramatismo. Dos de los componentes de la vivacidad más relevantes son el interés emocional y el carácter concreto de la información.

En un estudio de análisis de contenido desarrollado por Beaudoin (2002), se analizaron 197 anuncios publicitarios que formaban parte de distintas campañas antitabaco emitidas en televisión entre 1991 y 1999 en Estados Unidos. Los dos objetivos principales del estudio eran: 1) realizar un análisis descriptivo de la publicidad televisiva en contra del tabaco y 2) conocer las características de los anuncios utilizados dirigidos a diferentes públicos (jóvenes y adultos). El primer dato a destacar se refería al *target* de las campañas. Las campañas realizadas en dicho período se dirigían a los jóvenes (35%), adultos (34%) o la población general (32%). También se evaluó el tipo de apelación utilizado en los anuncios, observándose que globalmente la estrategia prioritaria se basaba en la inducción del miedo (31%), seguida del humor (29%), alusiones a la sociabilidad (26%), a la suciedad provocada por el tabaco (10%) o al deporte y la aventura (3%). De manera mayoritaria (en el 79% de los anuncios) se hacía alusión a las consecuencias del tabaco en la salud, y en mucha menor medida a las consecuencias sociales (9%) o de manera conjunta a las consecuencias sociales y en la salud (12%). Sin embargo, existían claras diferencias en el tono de las campañas en función del público objetivo de las mismas. El miedo era la estrategia más utilizada en las campañas dirigidas a adultos (45%) o la población general (45%), pero era mucho menos utilizado para dirigirse a los jóvenes (8%). Para este último colectivo predominaban las apelaciones a la sociabilidad (47%) y el uso del humor (36%). De manera coherente con estos resultados, los anuncios dirigidos a adultos (92%) y población general (98%) tendían a centrarse en las consecuencias en la salud, aspecto menos enfatizado en los anuncios dirigidos a los jóvenes (50%), en los que se destacaban las consecuencias sociales del hábito tabáquico (19%).

Los resultados del estudio anterior ponen de manifiesto que en las campañas de información contra el tabaco existe una preferencia por utilizar el miedo para concienciar a las personas, al menos para dirigirse a los adultos o la población general. En un estudio realizado por Farrelly, Niederdeppe y Yarsevich (2003) en Estados Unidos se obtuvieron resultados similares, ya que se observó que las apelaciones al miedo estaban presentes en el 39% de las 41 campañas analizadas dirigidas tanto a jóvenes, como adultos o población general.

Figura 1. Resultados del estudio de análisis de contenido de Beaudoin (2002)



Fuente: Creado a partir de Beaudoin (2002), p. 131

Una de las campañas antitabaco más características de este tipo, al adoptar como estrategia la apelación al miedo, se inició en Australia en 1997 y continúa desarrollándose en nuestros días (véase <http://www.quitnow.info.au/>). La campaña nacional contra el tabaco fue lanzada por el *Australian Government Department of Health and Ageing* en 1997, dirigida a la población de fumadores con edades entre los 18 y 40 años, con el objetivo de propiciar el cese del hábito tabáquico y bajo el lema *Every cigarette is doing you damage*. Una de sus principales características fue el uso de imágenes muy gráficas, con el objetivo de provocar en el público diana la memorización de los daños que puede ocasionar el tabaco e inducir al cese del consumo. Los nombres de los spots de dicha campaña hablan por sí solos de la naturaleza de su contenido: “aorta”, “lung”, “tumour”, “stroke”, “artery”, etc. Con dichos mensajes se quería destacar también la necesidad de tomar medidas urgentes con respecto al consumo de tabaco, dado que la mayor parte de los fumadores sólo tienen un conocimiento abstracto sobre las consecuencias negativas del tabaco. Para lograr esta meta la agencia de publicidad que se encargó del diseño de la campaña creó una especie de “viaje a través de los pulmones” de un fumador. De este modo, y como si se tratara de una experiencia de realidad virtual, la audiencia podía *viajar* con el humo inhalado por el personaje protagonista del anuncio, a través de la tráquea hasta llegar a los pulmones donde se apreciaba finalmente cómo el tabaco ocasionaba daños severos en el organismo.

Además, se mostraba la imagen del personaje protagonista del anuncio como la de una persona despreocupada e ignorante acerca de las consecuencias desastrosas que provoca el humo de tabaco en cada inhalación. Los estudios pre-test de la campaña mostraron que este tipo de anuncios no sólo provocan una reacción de miedo sino también una reacción visceral muy intensa. Durante los primeros seis meses de difusión de la campaña por televisión, alcanzó al 95% del público objetivo (Hill, Chapman y Donovan, 1998). En una encuesta realizada al término de la campaña de 1997, un 60% de los ex-fumadores que recientemente había dejado el tabaco indicaba que los anuncios les habían ayudado a dejar de fumar (Kinsman, 2004).

Las *campañas de información* desarrolladas por las instituciones sanitarias se han centrado en fomentar el miedo (a desarrollar un cáncer de pulmón, enfermedades coronarias, o a la muerte) y en etiquetar negativamente a los fumadores. Además, en la actualidad otro argumento contra el tabaco se centra en los peligros que corre el fumador pasivo. De este modo, las instituciones sanitarias utilizan apelaciones al miedo que asocian tabaco con enfermedad y muerte (en principio, un gran motivador de la conducta). Pero, ¿hasta qué punto es eficaz el miedo para inducir cambios en las actitudes y en los comportamientos?

LA EFICACIA DE LAS APELACIONES AL MIEDO: BASES TEÓRICAS Y EMPÍRICAS

La apelación al miedo tiene su origen en la asunción de que el impacto de las comunicaciones diseñadas para motivar a las personas a cambiar una conducta está mediatizado por la cantidad de miedo que induce en el receptor (Hovland, Janis y Kelley, 1953; Janis, 1967). Sin embargo, esta asunción ha sido objeto de polémicas, ya que distintos estudios han dado lugar a resultados contradictorios (Biener y Taylor, 2002; Hastings y MacFadyen, 2002). En algunos estudios se ha encontrado que los mensajes más persuasivos eran aquellos que inducían un nivel alto de miedo (en comparación con los que inducen un nivel bajo). En cambio, en otras investigaciones se ha llegado a la conclusión contraria. Por tanto, ha sido difícil llegar a un consenso sobre la efectividad del miedo como forma de persuasión. Backer, Rogers y Sopory (1992) realizaron un estudio basado en entrevistas abiertas intensivas a 29 diseñadores y expertos de Estados Unidos que habían sido responsables de campañas de salud. Una de las preguntas que se efectuaba era si consideraban eficaces las apelaciones al miedo. Los resultados mostraron que seis de los 29 entrevistados (21%) consideraba que este tipo de estrategia era eficaz, trece consideraban que era poco eficaz (45%) y diez manifestaban no estar seguros y dudar sobre el tema (34%).

Sin embargo, en los últimos veinte años han aparecido diferentes revisiones meta-analíticas³⁰ sobre este tema que han contribuido a clarificar el estado de la cuestión (Boster y Mongeau, 1984; Sutton, 1982; Witte y Allen, 2000). El estudio meta-analítico de Boster y Mongeau (1984) mostraba que la correlación entre miedo contenido en el mensaje y cambio de actitudes era de .21, mientras que la correlación media entre el nivel de miedo presente en el mensaje e impacto conductual era de .10. También el meta-análisis desarrollado por Sutton (1982) demostraba que existía una relación lineal positiva entre la intensidad del miedo contenido en el mensaje y el impacto actitudinal ($r = .14$). Finalmente, el estudio de meta-análisis más reciente llevado a cabo por Witte y Allen (2000) ha permitido concluir que el miedo es un recurso eficaz para persuadir. Dicho meta-análisis fue realizado sobre un total de 98 estudios, y tomó en consideración los efectos de las apelaciones al miedo tanto en las variables clásicas de impacto *intencionado* (actitudes, intención de conducta y comportamiento), como también el impacto *no intencionado* o no buscado de los mensajes en variables como la reactancia y la evitación defensiva de los mensajes. Se encontró que existía una relación positiva entre miedo en el mensaje y actitud ($r = .14$), intención de conducta ($r = .12$) y comportamiento de prevención ($r = .15$), lo que sugiere que cuanto mayor es el miedo contenido en el mensaje, mayor es su impacto persuasivo. También se observó que las fuertes apelaciones al miedo pero asociadas a mensajes de baja eficacia, provocaban mayores respuestas defensivas, incompatibles además con las respuestas de prevención (con las que correlacionaban de forma negativa, $r = -.18$). Finalmente, se observó que las fuertes apelaciones al miedo que contenían también mensajes de alta eficacia, eran las que ejercían un impacto preventivo más positivo. Sin embargo, para comprender estos resultados es preciso hacer un poco de historia y revisar brevemente los diferentes modelos teóricos que se han propuestos hasta la fecha para intentar comprender la relación entre miedo y persuasión, y describir el *mecanismo* de influencia de las apelaciones al miedo (Breckler, 1993; Hale y Dillard, 1995; Leventhal y Cameron, 1994; Perloff, 1993; Witte, 1998).

30. El *meta-análisis* es un método de investigación cuantitativo que permite sintetizar los resultados de un grupo voluminoso de estudios. Por lo general, en una revisión meta-analítica se recogen todos los estudios disponibles sobre un determinado tema de investigación (publicados o no) y se combinan para obtener un indicador estadístico sobre la fuerza de la relación entre dos variables (en este caso, grado de miedo contenido en un mensaje persuasivo e impacto actitudinal o conductual). Los estudios de meta-análisis suministran una síntesis más objetiva de la literatura científica sobre un tópico que las revisiones de tipo *narrativo*, más aún cuando el volumen de la investigación en un campo es muy elevado (Igartua, 2006).

LATEORÍA DEL IMPULSO (*DRIVE MODEL*)

Este modelo está basado en los principios del aprendizaje, en concreto en el concepto de “reforzamiento” y de “reducción del impulso” o *drive* (Janis, 1967; Janis y Feshbach, 1953; Leventhal, 1970). Se plantea que toda apelación al miedo induce un estado emocional aversivo y que dicho estado se convierte en una especie de motivador o impulso de carácter negativo que el sujeto intentará reducir de diferentes formas.

Una primera forma de afrontamiento del miedo es mediante la aceptación de las recomendaciones del mensaje. Al realizar la acción recomendada (o tomar la decisión de llevarla a cabo en el futuro), se producirá un alivio en el sujeto, y este cambio emocional positivo reforzará la decisión o la acción. Por tanto, mediante un proceso de reforzamiento (refuerzo negativo) se producirá el aprendizaje del comportamiento aconsejado por el mensaje. Además, se incrementará la probabilidad de que dicha conducta se vuelva a producir en el futuro, en situaciones similares (Leventhal y Cameron, 1994). Por ejemplo, pensemos en una persona fumadora que se expone ante una comunicación persuasiva donde se alerta acerca de los efectos perjudiciales del tabaco (“fumar provoca cáncer”). Podría ocurrir que el individuo se sintiera preocupado y reaccionara diciéndose a sí mismo “voy a dejar de fumar”. Al actuar así, aceptando la recomendación del mensaje, se sentirá mejor. La conducta que se reforzaría sería su intención de dejar de fumar, pues cuando se dijo “voy a dejar de fumar”, se tranquilizó y desaparecieron las preocupaciones inducidas por el mensaje persuasivo.

Sin embargo, cuando el estado emocional negativo es tan intenso que las acciones recomendadas no son suficientemente tranquilizadoras, los individuos intentarán reducir su miedo o preocupación por otros medios tales como: no prestar atención al mensaje, considerar que no se es tan vulnerable o susceptible al daño que se pronostica o dudar de la credibilidad del comunicante (Hovland, Janis y Kelley, 1953; Janis, 1967). Dicho de otro modo, cuando el miedo inducido por la comunicación es de alta intensidad, los individuos reaccionan “defensivamente” contra el mensaje con el fin de reducir su miedo. En el ejemplo anterior, si el mensaje dijera “todo el que fuma acabará teniendo cáncer de pulmón”, la reacción de la persona del ejemplo anterior sería muy diferente. Puesto que esa persona fuma y en la comunicación se relaciona directamente fumar con cáncer, el nivel de ansiedad o preocupación sería muy alto o intenso. Además, si deja de fumar no se le asegura que desaparecerá el riesgo de contraer la enfermedad. Por tanto, la aceptación del mensaje no implica una reducción de la preocupación. Sin embargo, el individuo necesita reducir su estado de ansiedad provocado por la comunicación. La única forma de hacerlo será “defensivamente”: no creyendo la información del mensaje,

pensando que uno es más invulnerable ante la enfermedad que el resto de personas, o evitando en el futuro exponerse a más comunicaciones de este tipo.

Por último, si el nivel de miedo inducido por la comunicación es bajo, no se lograría activar ningún estado de activación emocional y, por tanto, no tendrían lugar ni la evitación defensiva ni la aceptación de la recomendación del mensaje (Beck y Frankel, 1981). En definitiva, lo que plantea este modelo es que únicamente con niveles moderados de miedo se puede lograr el impacto persuasivo deseado. Esta hipótesis curvilínea, en forma de “U” invertida, ha sido descartada, ya que en la actualidad se asume que existe una asociación positiva entre el grado de miedo contenido en el mensaje y la aceptación de las recomendaciones propuestas en el mismo (Witte y Allen, 2000).

Un aspecto importante de este modelo es el de plantear que la reacción emocional al mensaje persuasivo es un elemento explicativo central. Es decir, se asume que la respuesta emocional de los sujetos, al actuar como un poderoso estado de impulso, mediará en el cambio de creencias o comportamientos. Sin embargo, este modelo carece de apoyo empírico y en la actualidad se ha abandonado como marco explicativo. Además, como se ha señalado anteriormente, en la actualidad se asume que existe una asociación positiva entre miedo contenido en el mensaje y el grado de aceptación de las recomendaciones propuestas en el mismo.

EL MODELO DE LA RESPUESTA PARALELA (*PARALLEL RESPONSE MODEL*)

Leventhal (1970), tras realizar un extenso programa de investigación que le llevó a rechazar la teoría del impulso, propuso un nuevo marco explicativo para entender cómo ejercían su influencia las apelaciones al miedo. Su propuesta teórica recibe el nombre de “modelo de la respuesta paralela” (*parallel response model*). De acuerdo con este modelo, las personas pueden responder de diferentes modos cuando se exponen ante una apelación al miedo. En particular, se distinguen dos tipos de respuestas: las reacciones emocionales y los intentos de afrontar la amenaza o daño al que se alude en la comunicación. El proceso propuesto por Leventhal sería el siguiente.

Una vez que una persona se expone ante la apelación al miedo, se inicia un proceso de “control del peligro” (*danger control process*), cuyo objetivo es intentar evitar o aminorar el daño que se señala. Pero además, puede también activarse un proceso de “control del miedo” (*fear control processes*), cuya meta será reducir la reacción emocional negativa de miedo. Estos dos procesos, de control del peligro y de control del miedo, serían *paralelos* o simultáneos. A pesar de que ambos procesos puedan estar correlacionados, no significa que uno de ellos (el control

del miedo) provoque el otro (el control del peligro), sino que simplemente refleja el hecho de que ambos tienen una fuente común de estimulación (la apelación al miedo). Por otro lado, que se produzcan intentos para reducir el miedo no implica que necesariamente se vaya a producir una respuesta adaptativa, sino que se pueden dar reacciones de evitación y otros esfuerzos por controlar el estado emocional aversivo. La respuesta adaptativa, que supondría el desarrollo de una actitud favorable hacia la recomendación inserta en el mensaje o la decisión de llevar a cabo una conducta protectora (dejar de fumar), estará mediatizada por el proceso de control del peligro. De este modo, aunque las apelaciones al miedo puedan inducir una reacción emocional de preocupación o malestar, el que se produzca una acción protectora o adaptativa vendrá determinado por los intentos que las personas realicen para controlar el peligro, y no por los intentos para afrontar el miedo (Breckler, 1993; Perloff, 1993).

Una importante contribución del modelo de la respuesta paralela, es la distinción entre control del peligro o de la amenaza y control del miedo. Ello ha permitido diferenciar las respuestas cognitivas y emocionales que tienen lugar frente a las apelaciones o llamamientos al miedo. Sin embargo, una de las críticas realizadas a este modelo es la falta de especificidad a la hora de definir las variables implicadas en el proceso de control del peligro (Sutton y Eiser, 1984). Con todo, a partir de este modelo, la investigación se ha centrado en descifrar cuáles son las variables cognitivas que determinan la percepción del peligro y la puesta en marcha de una respuesta adaptativa (Beck y Frankel, 1981; Breckler, 1993). Esta preocupación ha guiado los trabajos de R. W. Rogers (1975, 1993), cuyo modelo teórico se expone a continuación.

LA TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN DE PROTECCIÓN (*PROTECTION MOTIVATION MODEL*)

La Teoría de la Motivación de Protección de R. W. Rogers (1975, 1983) supone una aplicación sistemática de los modelos *expectativa-valor* al estudio de las apelaciones al miedo. De acuerdo con este modelo, la activación emocional ante la apelación al miedo es un factor menos importante que la evaluación cognitiva efectuada por el sujeto. Se afirma que el mensaje será persuasivo en la medida que motive al individuo a “protegerse” del daño o amenaza que se hace patente en la apelación al miedo.

El modelo de Rogers (1975) es más preciso que el modelo de Leventhal (1970) en relación a cuáles son las variables cognitivas que están implicadas en la percepción de la amenaza (Breckler, 1993; Perloff, 1993). En una primera versión del modelo, Rogers (1975) argumentó que para que una apelación al miedo fuera efectiva a la hora de cambiar actitudes y/o comporta-

mientos, ésta deberá contener tres categorías de información, cada una de las cuales pondrá en marcha un proceso cognitivo mediador:

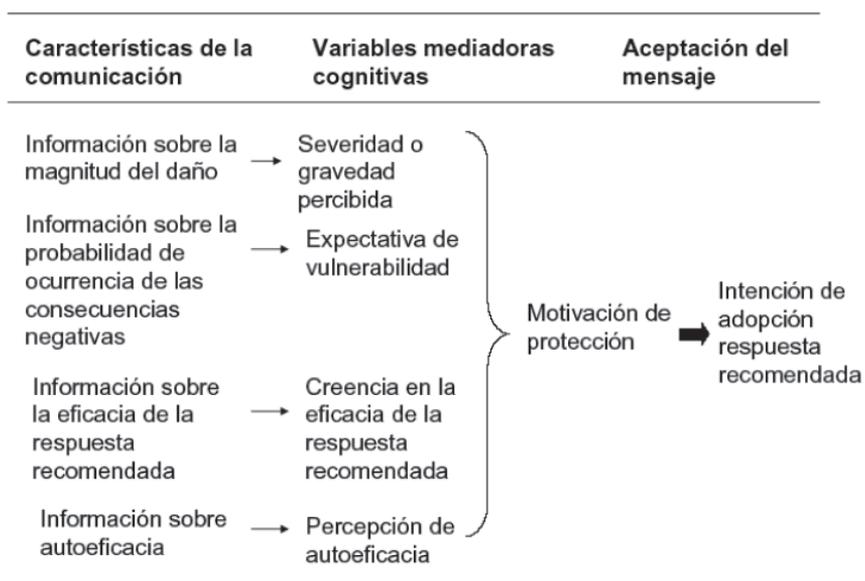
- Información sobre la magnitud del daño o nocividad de la conducta: el mensaje deberá proporcionar argumentos sólidos sobre el tipo de consecuencias que tendrán lugar si no se adopta la recomendación (y su gravedad), de modo que convenza al sujeto de que existen una serie de secuelas negativas asociadas con la conducta problemática (*percepción de gravedad*).
- Información sobre la probabilidad de ocurrencia de esas consecuencias negativas: en el mensaje se deberá explicar que las consecuencias negativas señaladas son muy probables si no se adoptan las recomendaciones sugeridas, convenciendo al individuo de que aquéllas tendrán lugar si se mantiene el patrón conductual problemático (*expectativas de vulnerabilidad o susceptibilidad*).
- Información sobre la eficacia de la(s) respuesta(s) recomendada(s): el mensaje deberá asegurar que las recomendaciones sugeridas son eficaces para evitar las consecuencias negativas señaladas, lo que implica convencer a la persona de que los efectos perjudiciales pueden eludirse si se adopta el comportamiento recomendado (*creencia en la eficacia de las respuestas de afrontamiento sugeridas*).

Según Rogers, el comunicador tiene que seleccionar y presentar el contenido de un mensaje que contenga las características anteriores. Por ejemplo, para convencer a las personas de que deben dejar de fumar habrá de señalarse: 1) que fumar puede provocar graves enfermedades (como el cáncer de pulmón o problemas cardíacos); 2) que existe un riesgo personal muy alto de sufrir tales enfermedades si se fuma; y, 3) que si se deja de fumar en el momento presente, el riesgo de sufrir estas consecuencias se aproximará al de los no fumadores dentro de pocos años (Stroebe y Jonas, 1990).

Los tres procesos cognitivos señalados (percepción de gravedad, percepción de vulnerabilidad y expectativas de eficacia de las respuestas recomendadas) *mediarán* los efectos que ejercen cada uno de los componentes de la apelación al miedo sobre las actitudes, activando la *motivación de protección* que es la que determinará la intención de adoptar la respuesta recomendada. Rogers (1983), en la revisión de su modelo, introdujo otra variable mediadora: la *autoeficacia* (véase Figura 2). En la extensión del modelo se plantea que, para ser efectiva, la apelación al miedo también debería suministrar información sobre la autoeficacia de los receptores. La autoeficacia se define como la percepción de que uno es capaz de realizar la

acción recomendada. La idea principal es que los individuos pueden saber que un determinado comportamiento produce consecuencias negativas, también pueden conocer que si no modifican su conducta sufrirán dichas consecuencias e incluso reconocer que existen respuestas eficaces para hacer frente al peligro. Sin embargo, la apelación al miedo podría fracasar debido a que los individuos pueden percibirse a sí mismos como poco capaces de modificar la conducta problemática (por ejemplo, diciéndose, “yo soy incapaz de dejar de fumar, nunca podré dejarlo”). De este modo, para cambiar las actitudes mediante una apelación al miedo, se deberá convencer a los individuos de que poseen la capacidad para ejecutar la acción sugerida (Leventhal y Cameron, 1994; Zimbardo y Leippe, 1991). En conclusión, se plantea que la motivación de protección guarda una relación lineal positiva con cuatro tipos de creencias: a) sobre la severidad o gravedad percibida de la amenaza, b) sobre la vulnerabilidad o susceptibilidad personal, c) sobre la eficacia de la respuesta recomendada para hacer frente la amenaza, y d) sobre la autoeficacia.

Figura 2. Modelo de la Motivación de Protección de R. W. Rogers

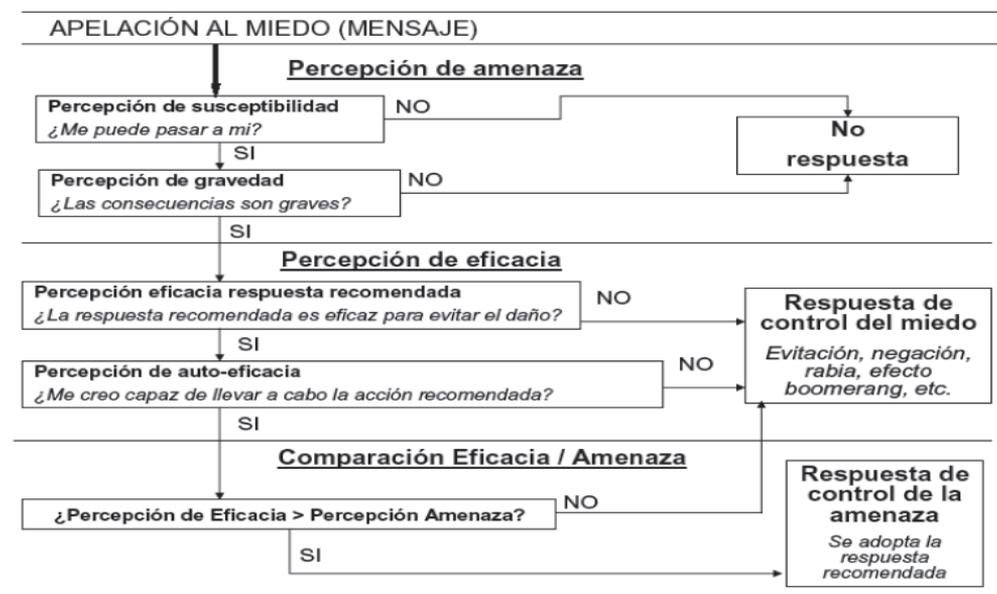


Fuente: Creado a partir de Perloff (1993), p. 165

EL MODELO DE PROCESOS PARALELOS EXTENDIDO (EXTENDED PARALLEL PROCESS MODEL)

Kim Witte (1992, 1998) ha desarrollado este modelo a partir del Modelo de la Respuesta Paralela de Leventhal y la Teoría de la Motivación de Protección de Rogers. Se plantea que las descripciones contenidas en un mensaje sobre las *amenazas* para el individuo (gravedad del problema y susceptibilidad al mismo) y de la *eficacia* (de la respuesta recomendada y auto-eficacia) provocan las correspondientes percepciones de amenaza y de eficacia, las cuales a su vez interactúan entre sí para producir acciones de *control del daño* o peligro (actitudes, intenciones o conductas auto-protectoras) o bien acciones de *control del miedo* (evitación defensiva del mensaje, negación o reactancia).

Figura 3. Modelo de Procesos Paralelos Extendido de K. Witte



Fuente: Adaptado a partir de Witte (1992).

Se plantea que cuando la percepción de amenaza es baja la persona no emitirá ninguna respuesta en concreto, ya que carecerá de motivación para pensar sobre un tema que no es amenazante. Sin embargo, cuando la percepción de amenaza es elevada, porque el individuo se da cuenta de la gravedad del problema y de su vulnerabilidad ante el mismo,

pueden suceder dos cosas: se pueden desplegar acciones de control del daño y, por tanto, se busca una solución al problema planteado; o por el contrario, se pueden activar acciones de control del miedo, que buscan ante todo reducir la percepción del riesgo mediante respuestas defensivas como la negación o la crítica del mensaje. Witte (1998) propone que las reacciones de control del miedo se producen cuando la percepción de amenaza es elevada y, en cambio, la percepción de eficacia es baja. Por el contrario, si tanto la percepción del daño como la percepción de eficacia son elevadas, o cuando la percepción de eficacia es mayor que la percepción de amenaza, se producirá una reacción de reparación del daño. Este tipo de respuesta adaptativa requiere que la persona que se expone al mensaje persuasivo perciba que existe una respuesta eficaz para hacer frente a la amenaza; también supone que el propio individuo se perciba a sí mismo con la capacidad suficiente para llevar a cabo dicha estrategia de acción.

En la actualidad, tanto el modelo de Witte como el modelo de Rogers son los que reciben un mayor apoyo empírico y son congruentes con los resultados obtenidos en el meta-análisis más reciente de Witte y Allen (2000). En este sentido, se concluye que las apelaciones al miedo son eficaces como estrategia persuasiva, no porque provoquen la emoción de miedo, sino porque estimulan la percepción de amenaza y también la percepción de que la respuesta recomendada es eficaz y la persona podrá llevarla a cabo. Por tanto, el papel que el miedo juega en el impacto persuasivo de las apelaciones al miedo es *indirecto*, ya que condiciona la percepción de amenaza. El consejo práctico que se deduce de los resultados del meta-análisis de ambos autores es muy claro: se deben estimular altos niveles de miedo (lo que provoca una mayor percepción de amenaza), pero también el individuo expuesto al mensaje debe percibir que existe una solución eficaz al problema y que él podrá llevarla a cabo.

ESTUDIO DE CASO: MIEDO EN LAS CAJETILLAS DE TABACO

Mientras que para las compañías tabaqueras el paquete de tabaco es un espacio para construir la imagen de marca, para las autoridades sanitarias se ha convertido en una de las principales vías publicitarias para concienciar a los fumadores para que dejen su hábito. De hecho, las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco constituyen la medida más próxima y coste/efectiva para dirigirse con eficacia a los consumidores de tabaco (Marín, 2003). Por ello, una de las estrategias persuasivas más recientes para hacer frente al tabaquismo y desincentivar el consumo es la colocación de etiquetas atemorizadoras (*warning labels*) en las cajetillas de tabaco. Aunque desde la década de los sesenta se reconoce la obligación de

incluir en los paquetes de tabaco mensajes sanitarios que advierten del riesgo de fumar para la salud³¹, la normativa a este respecto ha evolucionado recientemente y en la actualidad existen varios países (Canadá ha sido uno de los pioneros) donde el texto amenazante se acompaña de imágenes gráficas de alta vivacidad para alertar sobre los peligros del tabaco. Pero, ¿hasta qué punto dichas actuaciones están basadas en la investigación básica acerca de la eficacia persuasiva de las apelaciones al miedo? ¿Y en qué medida dichas advertencias pueden ser eficaces? Este tipo de información es muy pertinente dado que la Unión Europea, adoptó en 2003 una nueva directiva para estimular a los países miembros a que utilicen nuevas formas atemorizadoras en las cajetillas de tabaco, siguiendo el ejemplo de Canadá y ante la constatada falta de eficacia de las actuaciones presentes sobre advertencias sanitarias. De hecho, en la directiva notificada con el número C(2003) 31984, publicada en el *Diario Oficial de la Unión Europea* el 10 de septiembre de 2003, y que presentaba una serie de disposiciones para aplicarse a partir del 1 de octubre de 2004, se indicaba:

Los Estados miembros podrán decidir si exigen advertencias en forma de fotografías en color u otras ilustraciones en los envases de algunos o todos los tipos de productos del tabaco, con la salvedad del tabaco de uso oral y otros productos del tabaco sin combustión. (...) Tal como han demostrado la investigación y la experiencia en otros países que han adoptado advertencias sanitarias con fotografías en color, las advertencias sanitarias que incluyen fotografías en color u otras ilustraciones pueden ser medios eficaces para disuadir a los ciudadanos del hábito de fumar e informarles acerca de los riesgos que ello entraña para la salud. El uso de fotografías en los envases de tabaco constituye, por tanto, un elemento clave de una política global e integrada de control del tabaco (p. 24).

La inclusión de etiquetas atemorizadoras en los paquetes de tabaco constituye la única estrategia de control del tabaco que puede dirigirse al fumador en el momento mismo en el que se produce el consumo de cigarrillos. En teoría, todos los fumadores estarán expuestos a estas etiquetas insertas en los envases de tabaco, calculándose que el consumidor de un paquete diario de este producto potencialmente estará expuesto a las advertencias sanitarias alrededor de 7.000 veces al año (Hammond, Fong, McDonald, Cameron y Brown,

31. En España, a fecha de hoy el fumador puede encontrar en las cajetillas de tabaco advertencias tan poco sólidas y convincentes como "Fumar *puede* matar" (frente a "Fumar mata" que existe como lema en Portugal, en etiquetas que son, además, de mayor tamaño). Este tipo de advertencias no generan un mensaje claro y contundente, dado que se advierte de una probabilidad, dando lugar a vías de justificación y escape al fumador (Marín, 2003).

2003). Hasta la fecha la política de inclusión de imágenes fotográficas que muestran con gran crudeza las consecuencias provocadas por el tabaco, ha sido implementada en países como Canadá (desde el año 2000), Brasil (2002), Singapur (2004), Venezuela (2004), Tailandia (2005), Australia (2006), entre otros (véase, http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/es/WL_essential_facts_es.pdf). Mientras que en la Unión Europea todavía no se ha establecido un calendario de actuación en este sentido, sí se han concretado un catálogo con 42 fotografías a utilizar como etiquetas de advertencia en cada país cuando así lo convengan (Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005), siendo implementadas hasta la fecha solamente en Reino Unido (desde 2008), Bélgica y Rumanía (ambos desde 2009) y, en breve (a partir de 2011), también se comenzarán a utilizar en España.

El país pionero en esta estrategia fue Canadá. Allí, en 1997 se aprobó la normativa que regulaba el uso de advertencias sanitarias con contenidos gráficos, comenzándose a utilizar a finales del año 2000. Estas etiquetas ocupaban el 50% de la parte frontal del paquete de tabaco e incluían fotografías en las que se mostraba el impacto patológico. Además, en el interior de las cajetillas de tabaco se incluía información complementaria para dejar de fumar o acerca del tabaquismo pasivo (destinadas a reforzar la percepción de auto-eficacia de los fumadores). Para observar los efectos de esta campaña, un año después el Ministerio de Sanidad canadiense realizó un estudio sobre una muestra de 616 adultos fumadores (Hammond *et al.*, 2003). En dicho estudio se obtuvieron los siguientes datos (Canadian Cancer Society, 2005a):

- Prácticamente la totalidad de los encuestados (el 93.1%) habían leído detenidamente el contenido de las advertencias sanitarias.
- El 44.4% de los fumadores encuestados indicaban que habían leído con detenimiento la información que se incluía en el interior de las cajetillas de tabaco.
- Un 44% reconoció que gracias a la campaña se había incrementado su motivación para dejar de fumar.
- Asimismo, el 38% de los encuestados que habían intentado dejar de fumar durante el año pasado señalaron que estos *anuncios* fueron una motivación importante para proponérselo.
- Las nuevas advertencias habían provocado que el 58% de los fumadores pensaran más acerca de los efectos del tabaco sobre la salud.
- El 27% había frenado el consumo de tabaco en el hogar.
- Un 35% reconocía que había aprendido más sobre los efectos del tabaco en la salud.

- El 83% de los fumadores había discutido o hablado sobre las nuevas advertencias sanitarias con otras personas.
- Un 62% encontraba los paquetes de tabaco menos atractivos y un 17% reconocía que había escondido su cajetilla de la mirada de otras personas.

Finalmente, también se observó que los encuestados que más habían leído, pensado y discutido con otros sobre el contenido de las advertencias sanitarias (lo que se tomó como un indicador de *procesamiento cognitivo*), habían intentado en mayor medida dejar de fumar. Además, mediante un análisis de regresión logística se comprobó que dicho procesamiento cognitivo de los mensajes predecía el cese del consumo de tabaco (Hammond *et al.*, 2003). Por otro lado, hay que destacar que en Canadá el 25% de la población general fumaba en 1999; este porcentaje se redujo hasta el 20% en 2004. Entre los jóvenes entre 15 y 19 años también se ha apreciado un descenso en el consumo del tabaco, desde el 28% en 1999 hasta el 18% en 2004 (Canadian Cancer Society, 2005b).

Figura 4. Advertencias sanitarias con fotografías en color diseñadas en la Unión Europea



Se ha señalado que la clave del éxito de este nuevo tipo de intervención, que poco a poco se irá extendiendo en todos los países, se debe a una serie de factores relacionados con el *contenido* y el *diseño* de las advertencias (Strahan, White, Fong, Fabrigar, Zanna y Cameron, 2002):

1. La promoción de actitudes y conductas favorables hacia comportamientos alternativos al consumo de tabaco. Los mensajes son más eficaces si además de inducir una actitud negativa hacia la conducta problema (fumar), promueven actitudes favorables hacia las conductas incompatibles y deseadas (dejar de fumar). La investigación ha demostrado que las actitudes que se vinculan con el consumo de tabaco, no son exactamente las opuestas a las relacionadas con el no consumo de dicha sustancia. Por ejemplo, un fumador puede tener una actitud muy negativa hacia el tabaco y su consumo, incluso considerar que es un hábito insano y peligroso; pero, al mismo tiempo, puede mostrar una actitud más negativa hacia dejar de fumar (por ejemplo, porque piensa que eso le llevará a engordar o que le va a generar un exceso de ansiedad), por lo que no cesará en su consumo. En este sentido, son más eficaces las advertencias que inciden en las consecuencias positivas de no fumar, destacando los beneficios de no hacerlo como, por ejemplo, “el riesgo de enfermedad coronaria se reduce en un 50% después de una año de haber dejado de fumar” o “dejar de fumar reduce el riesgo de enfermedades mortales de corazón y pulmón”.
2. Las apelaciones al miedo utilizadas en las advertencias sanitarias incorporadas en las cajetillas de tabaco son más eficaces si vienen acompañadas de mensajes que estimulan la percepción de eficacia y auto-eficacia. Es decir, los mensajes son más eficaces si se alude a que es posible evitar el daño provocado por el tabaco y en donde se destaca que es posible dejar el hábito de fumar y/o se ofrece ayuda para lograrlo, de modo que el fumador que desee dejar de serlo coja confianza y se sienta capaz: “tú puedes conseguirlo, nosotros podemos ayudarte”, “su médico o su farmacéutico pueden ayudarle a dejar de fumar”, “fumar supone una seria adicción a la nicotina, no tengas miedo a pedir ayuda”. Por ejemplo, la campaña canadiense comentada anteriormente no se limitó a inducir temor entre los fumadores sino que también incluía en las cajetillas una información adicional, en el interior de las mismas, para aconsejar cómo dejar de fumar, al tiempo que se reforzaba diciendo “tú puedes dejar de fumar y reducir el riesgo de sufrir enfermedades como el cáncer” o “la mayor parte de los fumadores que han intentado dejar de fumar han tenido varias recaídas antes de dejarlo definitivamente, no te desanimes por una recaída, al final lo conseguirás”. En muy importante ofrecer soporte a los fumadores que deseen dejar de fumar, por ejemplo, a través de un número telefónico o una página web en Internet.
3. Enfatizar las *normas subjetivas* de los grupos de referencia de los fumadores, ya que éstas predicen las intenciones de llevar a cabo comportamientos de salud (como el

consumo de tabaco, especialmente entre los adolescentes). Por ello, para dirigirse al colectivo de adolescentes es prioritario analizar con antelación el contenido de dichas normas. Se sabe que los adolescentes y los adultos mantienen diferentes creencias y actitudes sobre el tabaco que puede influir en su decisión de dejar de fumar. Lo que puede motivar a un adulto para dejar de fumar (el miedo a desarrollar un cáncer) puede que no constituya una creencia relevante para jóvenes y adolescentes. En este sentido, se ha observado que los mensajes que únicamente se centran en las consecuencias sobre la salud son menos efectivos, dado que los jóvenes se preocupan menos de su salud que los adultos. Por ello, se deberían emplear advertencias que alertaran de las consecuencias *sociales* provocadas por el tabaco (mal aliento, mal olor de la ropa, indicar el mal aspecto físico como el amarilleamiento de los dientes como consecuencia del tabaco, etc.). Como ha señalado Perloff (2001) en la relación a la prevención del Sida, diferentes “miedos” pueden ser salientes para diferentes grupos o audiencias. Kellar-Guenther (1999), también en relación con el Sida (aunque puede ser aplicable a la prevención del tabaquismo), ha indicado que los jóvenes no tienen miedo a la muerte y sí en cambio un fuerte deseo por establecer relaciones románticas, por lo que este motivo debería tomarse en consideración a la hora de elaborar los mensajes de prevención. Todo ello sugiere que es preciso segmentar los mensajes, teniendo en cuenta el contexto de recepción de las cajetillas y el contenido visual.

4. En cuanto a los aspectos vinculados con el diseño de las advertencias sanitarias, se ha observado que éstas llaman más la atención de los fumadores si se sitúan en la cara principal de la cajetilla y en la parte superior de la misma, si evocan fuertes reacciones emocionales, si los mensajes son de alta vivacidad, si existe rotación de los mensajes y se utiliza una gran variedad de avisos sobre los efectos del tabaco (desde los problemas de salud hasta las consecuencias sociales, económicas y para el medioambiente). También se ha comprobado que las advertencias de mayor tamaño ejercen un mayor impacto: llaman más la atención y se recuerdan mejor. Además, las advertencias de gran tamaño reducen el atractivo de las cajetillas de tabaco y crean un contexto en el que fumar se considera menos aceptable.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Aunque la evidencia empírica parece demostrar la eficacia de las apelaciones al miedo para persuadir, como estrategia genérica, aún quedan asuntos específicos vinculados con

la prevención del tabaquismo que deben ser resueltos. Por ejemplo, se ha comprobado que las apelaciones al miedo no sólo estimulan dicha emoción, sino que simultáneamente producen otras reacciones emocionales como la sorpresa, rabia, tristeza, asco, sentimientos de impotencia y ansiedad (Leshner *et al.*, 2010). En este sentido, se debe investigar el papel jugado por estos estados emocionales en el proceso persuasivo, cosa que hasta la fecha no se ha hecho (Witte y Allen, 2000). Otro aspecto relevante que debería analizarse con detalle es el impacto de las apelaciones al miedo en contextos culturales diferentes. Por ejemplo, Murray-Johnson *et al.*, (2001) contrastaron que la orientación cultural dominante (colectivismo-individualismo, en este caso) influía en la eficacia de mensajes de miedo. Así, las apelaciones al miedo que enfatizaban la amenaza en la familia (en comparación con las amenazas en el individuo) provocaban más miedo en personas de culturas colectivistas (inmigrantes mexicanos en Estados Unidos). También es importante conocer el impacto de las apelaciones al miedo en condiciones de alta y baja probabilidad de elaboración, ya que tal como predice el modelo de persuasión ELM de Petty y Cacioppo (1986) el impacto de una comunicación persuasiva puede producirse de diferentes modos en función de variables como la relevancia o implicación de los sujetos con el tema del mensaje o el nivel de conocimientos sobre el mismo. Los resultados del estudio desarrollado por Hammond *et al.*, (2003) sobre la eficacia de la utilización de advertencias sanitarias en Canadá (y en el que se observaba un mayor impacto preventivo a medida que aumentaba el procesamiento cognitivo de los mensajes), parecen indicar que el miedo puede constituir una estrategia más eficaz para persuadir a aquellas personas con una mayor implicación con el tema del tabaco (es decir, vía *ruta central*).

Conviene analizar el papel que juega el miedo en la prevención del tabaquismo entre los jóvenes y adolescentes, y los tipos de amenazas más eficaces para dirigirse a estos grupos, precisamente a los que la industria tabaquera lanza estrategias publicitarias que destacan el lado positivo de la experiencia con el tabaco. En este sentido, la última campaña antitabaco desarrollada en la Unión Europea, implementada desde el año 2005 (*Help, for a life without tobacco*) y dirigida a adolescentes (de 15 a 18 años) y adultos (de 18 a 30 años), ha optado por una estrategia diferente en la que se mezclan emociones como el humor y la vergüenza para destacar la presión del grupo de pares en la adolescencia para empezar a fumar, enfatizar los peligros del tabaco para los fumadores pasivos y mostrar lo ridículo que puede ser la adicción al tabaco. Este camino puede ser particularmente fructífero teniendo en cuenta que se ha contrastado empíricamente que resulta más eficaz persuadir en torno a conductas de riesgo (consumo de alcohol en jóvenes, en este caso) con mensajes emocionales que mezclan

emociones (por ejemplo, alegría y tristeza), que cuando se basan únicamente en estimular una sola emoción negativa (tristeza) (Carrera, Caballero y Muñoz, 2008).

También sería recomendable utilizar otras estrategias de prevención basadas en la aproximación *educación-entretenimiento* y en la persuasión narrativa (véase, Green, 2006; Igartua, 2007; Igartua, Cheng y Lopes, 2003; Slater, 2002). El uso de series de ficción y largometrajes en los que se inserte un mensaje preventivo, que se impone de manera incidental para las audiencias, puede resultar de gran eficacia y utilizarse en conjunción con las estrategias publicitarias más clásicas. Se ha podido comprobar que la exposición a un largometraje de ficción que entregaban un mensaje negativo hacia la industria tabaquera (*The Insider*, o *El Dilema*, en España, véase, <http://www.imdb.com/title/tt0140352/>), provocaba actitudes más negativas hacia la misma e incluso inducía un menor deseo por seguir fumando en el futuro (Dixon, Hill, Borland y Paxton, 2001). Por otro lado, lograr cobertura informativa en los medios de comunicación en relación con el tabaco, colocando los temas más apropiados y evitando la controversia, constituye una ayuda inestimable para ganar notoriedad en la opinión pública e incrementar la percepción del tabaquismo como un problema importante (Pierce y Gilpin, 2001).

Finalmente, se necesita investigar más desde sobre la confección de los mensajes audiovisuales de prevención del tabaquismo para llegar a conocer *a priori* los criterios que garantizan la eficacia de éstos. Por ejemplo, se sabe que un mensaje audiovisual que presenta un elevado ritmo editorial (es decir, un número elevado de tomas o planos por unidad de tiempo) puede provocar altos niveles de atención pero, al mismo tiempo, puede ejercer un impacto negativo en la comprensión de sus contenidos preventivos. Por todo ello, se necesita recurrir a la investigación con las audiencias, al tiempo que basar la construcción de los mensajes en la investigación básica en comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- AYESTA, F. J. y DE LA ROSA, L. (2001). ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prevención del Tabaquismo*, 3(3), 155-160.
- BACKER, T. E., ROGERS, E. M. y SOPORY, P. (1992). *Designing health communication campaigns. What works?* Newbury Park: Sage.
- BEAUDOIN, C. E. (2002). Exploring anti-smoking ads: appeals, themes and consequences. *Journal of Health Communication*, 7, 123-137.
- BECK, K. H. y FRANKEL, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44(3), 204-217.
- BIENER, L. y TAYLOR, T. M. (2002). The continuing importance of emotion in tobacco control media campaigns: a response to Hastings and MacFadyen. *Tobacco Control*, 11, 75-77.
- BOSTER, F. J. y MONGEAU, P. (1984). Fear-arousing persuasive messages. En R. N. Bostrom (Ed.), *Communication Yearbook 8* (pp. 330-375). Beverly Hills, CA: Sage.
- BRECKLER, S. J. (1993). Emotion and attitude change. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 461-473). Nueva York: The Guilford Press.
- Canadian Cancer Society (2005a). *Evaluation of new warnings on cigarette packages - Highlights*. Toronto, Ontario: Canadian Cancer Society. Disponible en: <http://www.cancer.ca/>.
- Canadian Cancer Society (2005b). *Tobacco statistics in Canada*. Toronto, Ontario: Canadian Cancer Society. Disponible en: <http://www.cancer.ca/>.
- DE CASTRO, F. J., HERNÁNDEZ-MEZQUITA, M. A., RIVAS, J. P., GONZÁLEZ, M. T., PUERTO, M. J. y ADEVA, M. T. (2001). Publicidad del tabaco en los medios de comunicación escritos. *Prevención del Tabaquismo*, 3(3), 138-142.
- Decisión de la Comisión [C(2003) 3184] de la Unión Europea sobre el uso de fotografías en color u otras ilustraciones como advertencias sanitarias en los envases de tabaco. *Diario Oficial de la Unión Europea*. 10 de septiembre de 2003, pp. 24-26.
- DIXON, H. G., HILL, D. J., BORLAND, R. y PAXTON, S. J. (2001). Public reaction to the portrayal of the tobacco industry in the film 'The Insider'. *Tobacco Control*, 10(3), 285-291.
- FARRELLY, M. C., NIEDERDEPPE, J. y YARSEVICH, J. (2003). Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present and future directions. *Tobacco Control*, 12, 35-47.

- Framework Convention Alliance for Tobacco Control (2005). *Tobacco warning labels*. Ginebra: Framework Convention Alliance for Tobacco Control. Disponible en: [Http://www.ftc.org](http://www.ftc.org).
- GREEN, M. C. (2006). Narratives and cancer communication. *Journal of Communication*, 56 (supplement), 163-183.
- HALE, J. L. y DILLARD, J. P. (1995). Fear appeals in health promotion campaigns: too much, too little, or just right? En E. Maibach, R. L. Parrott (Eds.), *Designing health messages. Approach from communication theory and public health practice* (pp. 65-80). Thousand Oaks, CA: Sage.
- HAMMOND, D., FONG, G. T., MCDONALD, P. W., CAMERON, R. y BROWN, K. S. (2003). Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tobacco Control*, 12, 391-395.
- HASTINGS, G. y MACFADYEN, L. (2002). The limitations of fear messages. *Tobacco Control*, 11, 73-75.
- HILL, D., CHAPMAN, S. y DONOVAN, R. (1998). The return of scare tactics. *Tobacco Control*, 7, 5-8.
- HOVLAND, C. I., JANIS, I. L. y KELLEY, H. H. (1953). *Communication and persuasion*. Nueva Haven, CT: Yale University Press.
- IGARTUA, J. J. (2005). La comunicación persuasiva. En F. Moral y J. J. Igartua (Eds.), *Psicología social de la comunicación. Aspectos teóricos y prácticos* (pp. 105-123). Málaga: Ediciones Aljibe.
- IGARTUA, J. J. (2006). *Métodos cuantitativos de investigación en comunicación*. Barcelona: Bosch.
- IGARTUA, J. J. (2007). *Persuasión narrativa*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- IGARTUA, J. J., CHENG, L. y LOPES, O. (2003). To think or not to think: two pathways towards persuasion by short films on Aids prevention. *Journal of Health Communication*, 8(6), 1-16.
- JANIS, I. L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: recent developments in theory and experimental research. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 167-222.
- JANIS, I. L. y FESHBACH, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 78-92.
- KELLAR-GUENTHER, Y. (1999). The power of romance: changing the focus of AIDS education messages. En W. N. Elwood (Ed.), *Power in the blood. A handbook on AIDS, politics and communication* (pp. 215-229). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- KINSMAN, T. (2004). *Research report. 1997-2003 National Tobacco Campaign Evaluation. Response and recall measures among smokers and recent quitters*. Sydney: Australian Government Department of Health and Ageing, Research and Marketing Group, Information and Communications Division. Disponible en: <http://www.quitnow.info.au/>.
- LESHNER, G., VULTEE, F., BOLLS, P. D. y MOORE, J. (2010). When a fear appeal isn't just a fear appeal: the effects of graphic anti-tobacco messages. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 54(3), 485-507.
- LEVENTHAL, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- LEVENTHAL, H. y CAMERON, L. (1994). Persuasion and health attitudes. En S. Shavitt y T. C. Brock (Eds.), *Persuasion. Psychological insights and perspectives* (pp. 219-249). Boston: Allyn and Bacon.
- LÓPEZ, M. L., HERRERO, P., COMAS, A., LEIJS, I., CUETO, A., CHARLTON, A., Markham, W. y de Vries, H. (2004). Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising. *The European Journal of Public Health*, 14(4), 428-432.
- MARÍN, D. (2003). Empaquetado de tabaco: información de consumo versus imagen de marca. *Prevención del Tabaquismo*, 5(2), 100-1007.
- MAYORDOMO, S., ZLOBINA, A., IGARTUA, J. J. y PÁEZ, D. (2003). Persuasión y cambio de actitudes. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos y S. Yubero (Eds.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 341-363). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- MORALES, F. J., REBOLLOSO, E. y MOYA, M. (1994). Mensajes persuasivos y cambio de actitudes. En J. F. Morales (Coord.), *Psicología social* (pp. 525-553). Madrid: McGraw-Hill.
- MURRAY-JOHNSON, L., WITTE, K., LIU, W. Y. Y HUBBELL, A. P. (2001). Addressing cultural orientations in fear appeals: promoting Aids-protective behaviors among Mexican immigrant and African American adolescents and American and Taiwanese college students. *Journal of Health Communication*, 6, 335-358.
- NISBETT, R. Y ROSS, L. (1980). *Human inference. Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- PERLOFF, R. M. (1993). *The dynamics of persuasion*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- PERLOFF, R. M. (2001). *Persuading people to have safer sex. Applications of social science to the AIDS crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- PETTY, R. E. Y CACIOPPO, J. T. (1986). *Communication and persuasion. Central and peripheral routes to attitude change*. Nueva York: Springer-Verlag.
- PIERCE, J. P. y GILPIN, E. A. (2001). News media coverage of smoking and health is associated with changes in population rates of smoking cessation but not initiation. *Tobacco Control*, 10, 145-153.
- RICE, R. E. y ATKIN, C. K. (2002). Communication campaigns: theory, design, implementation, and evaluation. En J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media effects. Advances in theory and research* (pp. 427-451). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ROGERS, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- ROGERS, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J. T. Cacioppo y R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology. A sourcebook* (pp. 153-176). Nueva York: The Guilford Press.
- SARRÍA, A. y CORTÉS, M. (2002). La publicidad del tabaco en Internet. *Prevención del Tabaquismo*, 43(3), 142-146.
- SLATER, M. D. (2002). Entertainment education and the persuasive impact of narratives. En M. C. Green, J. J. Strange y T. C. Brock (Eds.), *Narrative impact. Social and cognitive foundations* (pp. 157-181). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- SHOPLAND, D. R. y BROWN, C. (1987). Toward the 1990 objectives for smoking: measuring the progress with NHIS data. *Public Health Reports*, 102, 68-73.
- Special Eurobarometer (2003). *Smoking and the environment: action and attitudes*. Bruselas: European Union, European Opinion Research Group. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_en.pdf.
- STRAHAN, E. J., WHITE, K., FONG, G. T., FABRIGAR, L. R., ZANNA, M. P. y CAMERON, R. (2002). Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. *Tobacco Control*, 11, 183-190.
- STROEBE, W. y JONAS, K. (1990). Actitudes II: estrategias de cambio de actitud. En M. Hewstone, W. Stroebe, J. P. Codol y G. M. Stephenson (Coords.), *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea* (pp. 171-197). Barcelona: Ariel.

- SUTTON, S. R. (1982). Fear-arousing communications: a critical examination of theory and research. En J. R. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine* (pp. 303-337). Nueva York: Wiley.
- SUTTON, S. R. y Eiser, J. R. (1984). The effects of fear-arousing communications on cigarette smoking: an expectancy-value approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 13-33.
- WITTE, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.
- WITTE, K. (1998). Fear as motivator, fear as inhibitor. Using the Extended Parallel Process Model to explain fear appeal successes and failures. En P. Anderson y L Guerrero (Eds.), *Handbook of communication and emotion* (pp. 423-450). San Diego: Academic Press.
- WITTE, K. y ALLEN, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior*, 27(5), 608-632.
- ZIMBARDO, P. G. Y LEIPPE, M. R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. Nueva York: McGraw-Hill.

Epílogo

AITOR UGARTE ITURRIZAGA

Este libro que el lector tiene en sus manos *Comunicación y Salud: Nuevos Escenarios y Tendencias* llega en un momento especialmente interesante para el futuro de este emergente campo de investigación científica. Cuando el Grupo de Palo Alto y algunos otros pioneros del estudio sistemático de la comunicación como herramienta para mejorar la salud de las personas y las poblaciones iniciaron sus investigaciones en los años 50 y 60 del pasado siglo, quizá poco podían prever que en la primera década del siglo XXI la *health communication* se iba a convertir en uno de los sectores más en auge dentro de los estudios de comunicación en el ámbito anglosajón. Ejemplos de esta efervescencia son la proliferación de estudios monográficos de grado y posgrado, con la consiguiente demanda de profesores especializados en la materia; la gran cantidad de presupuesto público asignado a investigar diferentes aspectos relacionados con la comunicación y salud; el ascenso del *Journal of Health Communication* hasta el top 5 de las revistas científicas de comunicación (atendiendo a su factor de impacto), o el incremento de los artículos sobre comunicación presentes en las publicaciones académicas de salud y, viceversa, de artículos sobre salud en las dedicadas a la comunicación.

Este significativo avance de la *health communication* anglosajona durante los últimos 50 años, a duras penas se ha visto reflejado en el ámbito iberoamericano. Excepto por el esfuerzo de pocos, y por tanto admirables profesionales y académicos, la “Comunicación y Salud” —el nombre que más me gusta para traducir a nuestro idioma el término inglés *health communication*— no ha tenido un papel relevante en castellano y portugués. En los últimos 5 ó 10 años, por fortuna, la tendencia está cambiando. La Comunicación y Salud entendida de forma integral va logrando alcanzar las cotas de protagonismo que en nuestro ámbito estaban reservadas, si acaso, al periodismo sanitario y su lucha con los gabinetes de prensa y agencias de comunicación. Ya, por fin, se multiplican las voces que solicitan campañas de publicidad y marketing de salud más evaluadas, testadas y soportadas sobre bases

psico-sociales científicas; los profesionales sanitarios en general, y los médicos en particular, reconocen la importancia de las habilidades de comunicación interpersonal para ser eficaces en su trabajo; las actividades de salud grupal y comunitarias comienzan a dar cabida al cuidado de las relaciones y las interacciones con los diferentes públicos...

De estas cuestiones recién citadas y otras más trata *Comunicación y Salud: Nuevos Escenarios y Tendencias*, que al fin y al cabo es una publicación que da continuidad a los proyectos editoriales, formativos y científicos anteriores del grupo de personas que desde hace ya más de 6 años trabajamos juntos en Comunicación y Salud, al amparo académico de la Universidad Complutense de Madrid, y con el apoyo de la Fundación Abbott y de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). Hemos de reconocer que para nosotros este año ha sido especialmente intenso porque hemos logrado la consolidación del título de posgrado “Experto en Comunicación y Salud”, por la edición de este libro y por la puesta en marcha de una asociación sin ánimo de lucro, el Instituto Internacional de Comunicación y Salud (INICyS), con la que pretendemos aumentar nuestro servicio a la comunidad profesional y académica iberoamericana. El primer proyecto de INICyS ya es una realidad. Hemos puesto en marcha Revista de Comunicación y Salud, la primera publicación científica de nuestra disciplina en castellano y portugués, revisada por pares, semestral y que se puede encontrar en formato *open access* en la web www.revistadecomunicacionysalud.org.

No quiero cerrar estas líneas sin dar las gracias a todos los autores que participan en el libro y sin hacer un llamamiento a la colaboración y a la cooperación de todos aquellos que quieran aportar su granito de arena en la consolidación del campo de estudio de la Comunicación y Salud en Iberoamérica. Solo desde el trabajo conjunto de equipos no solo multidisciplinares sino también multiculturales se podrá lograr el salto adelante que nuestro emergente campo de trabajo y de estudio requiere. Espero vuestros intercambios y sugerencias en aitorugarte@revistadecomunicacionysalud.org.

