

Presentación

Comunicación y Salud

Sylvia Hortensia Gutiérrez y Vera
Ericka Ileana Escalante Izeta

El número 24 de la *Revista Iberoamericana de Comunicación* se dedica a una de las aplicaciones de transdisciplinas más promisorias: Comunicación y Salud, pasando por el campo de la política pública, tan en boga en la actualidad.

7

Comunicación y Salud o Comunicación para la Salud, como se ha llamado a este campo de cooperación y comprensión, aprovecha la condición transdisciplinar de la comunicación. El presente número de nuestra revista recoge las últimas incursiones de investigadores desde el área de la salud, en específico el campo de la nutrición y la prevención de adicciones, así como la relación que se establece entre sociedad e individuos con los mensajes de los medios masivos de comunicación, especialmente sus efectos en nuestra conducta.

Este número abre con el artículo de Joseph J. Simoni, Luis Alberto Vargas y Leticia Casillas, del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes con gran intuición y experiencia como investigadores, en 1981 eligieron trabajar con merolicos, especialistas en ventas por persuasión oral que laboran en los mercados rurales y urbanos en México. Antes de iniciar su proyecto, realizaron pruebas sobre retención de los mensajes y la práctica de sus recomendaciones en mujeres jóvenes que en esos años hacían sus compras en los mercados o acudían a las plazas públicas. Una vez que se probó la eficacia de estos “vendedores”, se les entrenó para que llevaran seis recomendaciones sobre buenas prácticas de lactancia a sus escuchas

en su lugar de trabajo (mercados y plazas). El resultado fue satisfactorio, las personas no sólo recordaban lo dicho por los merolicos, sino que sus recomendaciones fueron acatadas por la población femenina en edad reproductiva.

8 El artículo de Edith Molina, Alejandro Jiménez, Mónica Medina y Rosana Ricárdez, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), trata sobre la necesidad de implementar políticas públicas exitosas vinculando a instancias gubernamentales con las académicas. En su trabajo se analiza un proyecto interinstitucional en el que colaboraron estudiantes y profesores de la BUAP con la Dirección de Vialidad del Gobierno del Estado de Puebla; aprovechan los modelos del proceso de comunicación orientados a evitar, a partir de productos comunicativos en los medios, que la población joven maneje en estado de ebriedad.

La relación que como individuos o sociedad establecemos con los medios masivos de comunicación se estudia en el artículo escrito por las académicas Sandra González y Mariana Hernández, quienes abordan el tratamiento que el periódico *Reforma* dio al problema del retiro en los planteles escolares de la botana alta en contenido graso, con exceso de sodio y las bebidas gaseosas, que se ha comprobado incrementan el peso en los niños; el diario ocasionó más confusión que claridad en los mensajes emitidos a los padres y familiares de los infantes. Preocupa a las investigadoras que la población infantil mexicana sea obesa, por los malestares y posibles consecuencias de esta condición, que la mala salud afecte a un sector tan querido y cuidado de nuestra sociedad, y que los medios en lugar de brindar certezas, confundan.

Carmen Vargas Ares aborda la publicidad que se transmite en la televisión y su injerencia en las decisiones de compra; con esta investigación revela las conductas y rituales cotidianos, tanto de madres como de sus hijos, que conducen a la obesidad.

El tema de internet y su utilidad para transmitir información clave encaminada a disuadir a los usuarios a no excederse en el consumo de bebidas alcohólicas es el trabajo de Jorge Hidalgo Toledo, quien realizó una investigación amplia sobre el consumo de internet y su relación con

los jóvenes; a partir de los resultados, propone la creación de un sitio *web* que se convierta en referencia indispensable para quienes buscan información y/o ayuda, y que sea el vínculo con las instancias que detectan los problemas de salud.

Mariana Anzorena Lozoya aborda el caso de Lance Armstrong como construcción mediática del cuerpo, el cual ya no nos pertenece, es un cuerpo social; de ahí que Armstrong exprese en una entrevista que nunca pensó que doparse era malo o estaba prohibido, para él el triunfo estaba primero que nada y doparse es una necesidad para los deportistas de alto rendimiento.

En el artículo de Erika Escalante Izeta, Adina Radoch Sverdlin y Carmen Mena Rangel se aborda el tema del diseño de un logotipo para el programa de intervención comunitaria contra la obesidad infantil (Familias en acción) en una comunidad urbano-marginada de la Ciudad de México. Describe la forma en la que se privilegia la comunicación entre todos los participantes para diseñar un logotipo con la cualidad de manifestar simbólicamente los objetivos comunes. Una muestra de buen trabajo colectivo y colaborativo.

La colaboración de Sylvia Hortensia Gutiérrez y Vera es una invitación para que los profesores que enseñan a investigar incluyan sus resultados en los reportes o artículos científicos, que aprovechen el trabajo que realizan en colaboración con los alumnos en un tiempo acotado por las exigencias de los semestres en curso, sobre todo sí está apoyado por hipótesis, teorías y buena praxis metodológica.

Los artículos tocan temas pertinentes a la problemática actual e invitan a conocer más la forma en la que la comunicación se relaciona con los temas médicos y de protección a la salud que nos preocupan. A través de claridad en los aportes interdisciplinarios e investigación tratamos de construir conciencia que lleve a que los individuos conviertan en suya la problemática, se involucren y salgamos airoso en la prevención y mantenimiento de una sociedad sana.



Merolicos y educación de salud*

Joseph J. Simoni
Luis Alberto Vargas
Leticia Castillas

RESUMEN

Los merolicos venden preparados medicinales ofreciendo un espectáculo en la vía pública, ellos se valen de técnicas que van desde la ventriloquía hasta el espectáculo cómico para ofrecer sus productos. La investigación que a continuación se describe indica hasta qué punto los merolicos son comunicadores efectivos y la importante contribución que ofrecen a los actuales esfuerzos de educación en el campo de la salud pública.

Palabras clave: Salud, Comunicación, Merolicos, México.

ABSTRACT

The hucksters sell medicinal preparations by offering a show on the streets; they use techniques ranging from ventriloquism to the comedy show to trade their products. The research described below indicates how the hustlers are effective communicators and how important contribution they can offer to the current education efforts in the field of public health.

Keywords: Health, Communication, *Merolicos*, Mexico.

* Trabajo presentado originalmente en la xxxix Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud Pública, celebrada en Scottsdale, Arizona, del 31 de mayo al 4 de junio de 1981. Se publicó en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, en 1983. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), la Fundación Interamericana, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la Universidad de Virginia Occidental, subvencionaron las investigaciones que fundamentan el presente artículo, el cual se reproduce con la autorización de los autores y con modificaciones de acuerdo a los lineamientos editoriales de la *Revista Iberoamericana de Comunicación*.

INTRODUCCIÓN

El merolico¹ en México es una persona que vende preparados medicinales ofreciendo un espectáculo en la vía pública; en otros países en desarrollo se pueden encontrar individuos que practican una actividad semejante. Los merolicos frecuentan mercados y sitios comunes de reunión como las plazas de los pueblos y los lugares cercanos a las estaciones del metro, pero también se detienen en sitios donde no hay multitudes. Atraen al público con ventriloquía, “telepatía”, manejo de serpientes, payasadas, “recetas” medicinales y otras actividades que agradan a las personas que los escuchan, y que tienen como finalidad ofrecer varios productos medicinales.

12

La investigación sobre los merolicos comenzó en 1968, cuando uno de los autores (Simoni) pasó un año en Oaxaca, México. Mientras visitaba el famoso mercado al aire libre de esa ciudad, con frecuencia observaba a los merolicos y su público, y escuchaba muchas de sus peroratas. Casi al final de su estadía, mientras caminaba por el mercado, observó realmente lo que estaba ocurriendo y empezó a entender el significado social de todo ello. Las expresiones faciales y la total atención de la gente indicaban la seriedad con la que escuchaban; la compra de las “medicinas” del merolico señalaba que creían en las soluciones que éste les proponía. Al parecer, el merolico sabía comunicar información sobre la salud a su público de

¹ Origen de la palabra Merolico: Rafael J. Meraulyock (Merolico) fue un judío polaco que vino a México en 1879. Trabajaba en las plazuelas y las calles de escaso tránsito de entonces, erguido en una carroza muy bien adornada, y pregonaba específicos, que en su mayoría eran agua pintada o polvos inocuos para toda clase de males. También vendía yerbas, entre ellas el malvavisco, que daba muy caro por ser tan eficaz que expelía la tenia y curaba los callos. Pero su principal actividad era la de sacamuelas, en la cual tenía una verdadera destreza. Acompañaba el momento de sacar la muela de la boca con un disparo al aire que sorprendía al auditorio y anunciaba su éxito. Duró algunos años, en plena época de positivismo, y juntó buen caudal. Desapareció como había venido. Quedó su nombre como popular para todos los farsantes de su especie (Porrúa, 1976). En esta explicación se puede apreciar la actitud despectiva que se tiene hacia los merolicos, a quienes se considera “charlatanes” o “farsantes”. Esperamos que este artículo demuestre lo contrario.

manera efectiva, y en alguna forma satisfacía sus necesidades médicas. Por consiguiente, en este espacio público una persona posiblemente hacía lo que el personal de salud pública en todo el mundo ha buscado con gran gasto de tiempo y dinero y con escaso éxito: comunicar información de salud en forma efectiva a quienes más la necesitan. La idea que se le ocurrió fue que tal vez se podría usar este tipo de espectáculo callejero para fines positivos de salud pública, y que quizás los merolicos podrían proporcionar información valiosa para programas de comunicación de este sector.

Una vez que los resultados de una revisión de publicaciones demostraron la necesidad académica de un estudio sobre los merolicos mexicanos, se hicieron planes para la primera fase de trabajo de campo de este estudio. Las observaciones preliminares indicaban que mucha gente confiaba en los merolicos hasta el punto de pedirles consejo y parecían creer lo que afirmaban acerca de la salud y la enfermedad. Al parecer eran comunicadores eficaces de información de salud y se les considera como fuentes valiosas de información.

De cualquier forma, estaba claro que todo esfuerzo inicial de investigación debía dirigirse a la confirmación de la eficacia de los merolicos como transmisores de información de salud. De ahí las preguntas principales: 1) ¿eran los merolicos realmente transmisores eficaces de información de la salud?, y si así fuera, 2) ¿por qué eran eficaces? Para contestar estas interrogantes y aprender más sobre la labor y el estilo de vida de los merolicos, en 1974 se llevó a cabo la primera fase de trabajo de campo del estudio.

La investigación inicial acerca de la relación entre los merolicos y sus clientes sugirió que la comunicación mediante este tipo de espectáculo no sólo era preferida por mucha gente de recursos económicos limitados, sino que quizá fuera especialmente eficaz en combinar las ventajas persuasivas de los medios y los canales de comunicación interpersonal. Los resultados (Simoni y Ball, 1975) demostraron que los clientes de los merolicos a menudo regresan a escucharlos, y que no son meros transeúntes que se detienen a entretenerse unos minutos. Estas personas

consideran al merolico como un sujeto honrado y fiable, y estiman mucho su habilidad para dar explicaciones claras. Se observó que el merolico habla ante más o menos 250 personas, y que les vende a casi 70 clientes en un periodo de dos horas y media.

Por los datos que se obtuvieron en la investigación inicial de campo eran evidentes las posibilidades que ofrecen los espectáculos de los merolicos como parte de programas comunitarios de salud, pero no estábamos en posición de proponer medidas concretas para una implementación organizada. Además, si bien el estudio inicial explicaba algunas de las razones por las que los mexicanos de bajo nivel económico buscan información de salud y la satisfacción de sus necesidades médicas por medio del contacto con los merolicos, aún sabíamos poco acerca de los mexicanos de recursos limitados que no acuden a ellos.

14

Por consiguiente, cabría preguntarse si entre los mexicanos de bajo nivel socioeconómico habría diversidad de opiniones respecto a la salud y a las decisiones y comportamiento relacionados con la enfermedad entre los clientes de los merolicos y las personas que no lo son, y si no habría una relación entre esas diferencias y el comportamiento comercial de los clientes. Estas preguntas empíricas debían ser contestadas antes de que se pudieran emplear con éxito espectáculos semejantes a los de los merolicos para comunicar información sobre salud pública (Menzel, 1971; Lin y Burt, 1973). Responder a estas y otras preguntas relacionadas con ellas fue el objetivo principal de la segunda fase de investigación de campo en 1976.

A partir de los resultados del este último estudio, se llegó a la conclusión de que la distinción más significativa entre el auditorio de los merolicos y las personas que no acuden a ellos no depende de las ideas de unos y otros en asuntos de salud (científicas, populares tradicionales o mixtas), sino de la curiosidad y avidez de conocimientos respecto a la “medicina científica”, así como de la fe en los merolicos. Por ejemplo, los resultados indicaron que 25% de los clientes y 50% de los no clientes tenían ideas tradicionales acerca de la salud; sin embargo, los clientes son definitivamente distintos a la población que no es cliente en cuanto

al interés de los primeros por captar más “medicina científica” de los merolicos (Simoni y Ball, 1977a).

En 1977 y 1978 se adoptaron las decisiones políticas básicas que facilitarían el proceso de la investigación. En los primeros momentos se tropezó con diversas objeciones tradicionales. A los merolicos se les ha calificado de excéntricos e incluso sociópatas. Estos prejuicios, profundamente arraigados, impidieron el estudio objetivo del hecho real: que los métodos de los merolicos podían ser útiles.

Sin embargo en el curso de esos años se presentaron seminarios, se publicaron artículos, tanto en Estados Unidos como en México (Simoni y Ball, 1977b, 1977c y 1978), y se obtuvo el apoyo de importantes personas y organizaciones. Estos acontecimientos condujeron a la preparación de la propuesta de un proyecto piloto que fue sometida por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), institución que la aprobó. En enero de 1979 se recibió el apoyo económico de Conacyt que, junto con el apoyo financiero de la Fundación Interamericana, la UNAM y la Universidad de Virginia occidental (Estados Unidos), permitieron que iniciara el proyecto piloto.

El objetivo principal de este proyecto era confirmar que el método de comunicación “espectáculo médico” podría ser una importante contribución a los programas de salud pública. Específicamente, deseábamos saber si los merolicos eran capaces de conseguir que cambiasen los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de su público.

MÉTODOS

Selección de comunidades

Para el proyecto se seleccionaron doce comunidades, seis de estudio y el resto como testigos. Todas ellas estaban ubicadas en el Distrito Federal, y los estados de Michoacán y Oaxaca; seis eran comunidades rurales, las otras eran asentamientos periurbanos de Morelia, Oaxaca y la Ciudad

de México. Se eligieron estos lugares debido a que: a) eran una muestra bastante representativa de una buena parte de la población mexicana, b) el equipo de estudio tenía gran experiencia de investigación en las tres zonas, y c) se tenían excelentes relaciones con merolicos de esos sitios.

Las doce comunidades se eligieron siguiendo criterios específicos: a) era necesario que todas fueran más o menos autosuficientes y/o demasiado extensas, de amplitud adecuada para la implantación y la evaluación del proyecto; b) era indispensable que en las comunidades no hubiesen antecedentes de intentos interpersonales localizados de impartir el tipo de educación nutricional que iba a ser difundida como parte del proyecto.

16

Selección de los merolicos

Se seleccionaron cinco merolicos para trabajar en el proyecto: se eligieron con base en: a) pericia observada, b) la experiencia en las regiones escogidas, c) su honradez en tratos anteriores con uno de los coautores (Simoni), y d) el interés que manifestasen por contribuir al trabajo de mejorar la educación en salud pública.

Contenido del mensaje

Se decidió enfocar el mensaje hacia la nutrición adecuada de los lactantes hasta un año de edad, en parte porque 1979 era el Año Internacional del Niño, y porque dos de los coautores (Vargas y Casillas) eran expertos en el campo general de la nutrición y crecimiento. Durante la fase de preparación del mensaje se instruyó a los merolicos para que insistieran en lo siguiente:

1. Valor de amamantar al bebé hasta la edad de un año, por lo menos.
2. Nombre y función de la primera secreción mamaria, el calostro.
3. Conveniencia de que las madres se asearan los pezones con té de manzanilla antes de cada amamantamiento.
4. Importancia de la alimentación suplementaria temprana del lactante, junto con la lactancia continuada. Entre los alimentos suplementarios indicados figuraban: a) jugos de fruta (naranja,

manzana, tomate) a los 15 días de edad; b) fruta a los dos meses; c) un “plato mágico” puré de frijoles, el caldo de los mismos y algún otro alimento como tortilla o galleta salada a los tres meses; d) hortalizas a los cuatro meses, e) yema de huevo a los cinco meses, y f) carne a los seis meses.

5. Valor de las vitaminas en gotas para los lactantes.
6. Funciones de las vitaminas A, C, y D.

La nutrición de los lactantes, lo que deben y no deben comer éstos y lo que las madres deben y no hacer si desean que sus hijos sean saludables, son temas populares de conversación en familias con niños pequeños. Además, la nutrición infantil mejorada y el cuidado general del niño son objetivos importantes para muchas organizaciones de salud que intentan difundir información a través de los medios de comunicación social y los canales interpersonales de comunicación. Este hecho planteaba un problema al proyecto, pues era preciso encontrar la manera de diferenciar el impacto específico de las actividades de los merolicos.

17

Se manejó el problema en tres formas. Primero, se incorporaron en el mensaje de los merolicos los datos que sabíamos que no se difundían por otros medios: la recomendación a las madres de que asearan los pezones con té de manzanilla, y la idea del “plato mágico”. Segundo, se decidió hacer hincapié en el nombre y función de la primera secreción mamaria: el calostro (pensábamos que si bien una pequeña parte del público podría saber qué es el calostro, las otras campañas de salud no ponían este dato en primer plano, y esto facilitaría la determinación de los resultados de nuestro proyecto). Por último, se hicieron planes para incorporar en los parámetros de evaluación preguntas acerca de las fuentes de información o conocimiento indicadas por las entrevistadas.

Preparación del mensaje

Esta fase del proyecto se desarrolló, en términos generales, de la siguiente manera: los merolicos trabajaron con los autores en la Ciudad de México durante tres semanas. La primera facilitó el conocimiento

mutuo y permitió a los autores aprender de los merolicos y sus formas de comunicarse con el público.

La segunda semana fue mucho más estructurada. Los merolicos asistieron a sesiones semejantes a clases en las que se impartió instrucción acerca del mensaje que debían transmitir, y aprendieron las razones (incluso científicas) por las que era importante cada uno de los segmentos del mensaje. Al final de la segunda semana se pidió a cada merolico que preparase una función que incorporase todas las partes del mensaje. Se hizo especial énfasis en la importancia de que el espectáculo se hiciera según su estilo, y sólo se buscó uniformidad en lo que respecta a la exactitud del contenido del mensaje. Por ejemplo, se les pidió que recomendaran que la administración del “plato mágico” se iniciara a los tres meses, mejor que antes o después de esa edad.

18

En el curso de la tercera semana cada merolico procedió a una presentación inicial de su espectáculo, incorporó las modificaciones propuestas en críticas constructivas por los autores y los otros merolicos, y practicó varias veces su exhibición hasta que se familiarizó con ella y se consideró en condiciones de presentarla al público. Al final de la tercera semana, cada merolico ensayó su espectáculo cerca de alguna estación del Metro de la Ciudad de México.

Comunicación del mensaje

La fase de investigación de campo, de tres meses de duración, comenzó la semana después de Pascua, a finales de abril de 1979. En Oaxaca y en el Distrito Federal los merolicos trabajaron en parejas, y en Michoacán el quinto merolico actuó solo. En cada uno de las entidades se eligieron dos sitios de prueba, una colonia marginada cerca de una ciudad y un pueblo rural. Los merolicos trabajaron en el mismo lugar una vez a la semana durante un periodo aproximado de tres horas. En cada lugar se desplazaban a diferentes ubicaciones, deteniéndose en tres puntos distintos en cada ocasión. El tiempo total dedicado a cada comunidad de prueba se limitó a un máximo de 40 horas.

Junto con los merolicos decidimos los puntos donde se detendrían en cada comunidad y se seleccionaron aquellos lugares donde sería más fácil que se congregara una multitud para el espectáculo, pues se trataba de que los merolicos trabajaran cierto número de puntos dentro de cada sitio de estudio, con el fin de que se comunicaran con la mayor cantidad posible de personas. El resultado fue que en cada localización designada se trabajó tres o cuatro veces durante el tiempo establecido.

Evaluación

Después de que los merolicos concluyeron su trabajo se dejaron transcurrir dos meses para emprender el estudio de campo para la fase de evaluación. Primero, trabajadores sociales y enfermeras, capacitados todos ellos para manejar los instrumentos de la entrevista, hicieron una encuesta en 20% de los hogares, tanto en los sitios de estudio como en los testigo, con el fin de proporcionar mediciones del primer impacto producido sobre las madres por los espectáculos de los merolicos. Inicialmente se les entrevistó dando preferencia a las madres de niños de menos de un año, y después a las de preescolares de más de un año, etcétera. En total se entrevistaron a 400 personas en las comunidades de prueba y a 344 de las testigo. Sus edades y niveles de educación se especifican en el Cuadro 1.

Después de observar el trabajo de los merolicos en las seis comunidades de prueba, se observó que algunas adolescentes ponían cierta atención a los espectáculos, que muchas de ellas pronto serían madres y que era importante saber si algo estaba cambiando en su manera de pensar respecto a la nutrición infantil. Por consiguiente, también fueron entrevistadas mujeres solteras de entre 11 y 19 años, sin hijos y que no formaban parte de las familias de las madres entrevistadas. En total, este segmento de la muestra incluyó a 108 entrevistadas de los tres sitios de estudio y a 183 de los testigo. Sus edades y niveles de educación se exponen en el Cuadro 2. Las entrevistas en las comunidades (de prueba y testigo), se terminaron entre 60 y 65 días después de haberse concluido el trabajo de los merolicos.

CUADRO 1

Edad y nivel educativo de madres entrevistadas durante la fase de evaluación de campo del proyecto de espectáculo médico

	Porcentaje entre 400 madres de las comunidades de prueba	Porcentaje entre 344 madres de las comunidades testigo
GRUPO DE EDAD		
15-19	7	8
20-39	71	79
40-59	21	13
Sin datos	1	0
Total	100	100
NIVEL EDUCATIVO		
Tercer año o menos	64	58
Cuarto, quinto o sexto año	27	33
Más de la primaria	8	8
Sin datos	1	1
Total	100	100

20

CUADRO 2

Edades y niveles educativos de jóvenes solteras y sin hijos entrevistadas durante la fase de evaluación de campo del proyecto de espectáculo médico

	Porcentaje entre 180 jóvenes de las comunidades de prueba	Porcentaje entre 183 jóvenes de las comunidades testigo
GRUPO DE EDAD		
11	0	0,5
12	1	1
13	36	35
14	22	24
15	38	37
16-17	2	2
18-19	1	0,5
Total	100	100
NIVEL EDUCATIVO		
Tercer año o menos	23	23
Cuarto, quinto o sexto año	57	43
Más de la primaria	19	34
No hay datos	1	0
Total	100	100

Hallazgos

Los hallazgos que aquí se comunican están basados en un análisis preliminar de los datos reunidos durante las entrevistas. Para apoyar los argumentos se conservan las grabaciones magnetofónicas de todos los espectáculos médicos, así como las notas de campo relativas a muchas de las exhibiciones que se observaron durante el curso del proyecto.

En términos generales, las respuestas a las preguntas relativas a la limpieza de los pezones, el “plato mágico” y el calostro dan una clara indicación del impacto de los espectáculos médicos y permiten evaluar cambios en los conocimientos, actitudes y tipos de comportamiento de las entrevistadas. Los datos correspondientes a las respuestas de las madres a esas preguntas se presentan en el Cuadro 3, y los de las jóvenes solteras y sin hijos se muestran en el Cuadro 4.

21

En lo que respecta al “plato mágico”, 24% de las madres y 18% de las solteras sin hijos conservaron memoria de su contenido. Además, los datos recogidos indican que por la acción de los merolicos aumentó 17% la proporción de madres que estaban informadas respecto al nombre o la función del calostro. En resumen, se puede afirmar que los resultados de la encuesta fueron significativos en lo que respecta a los nuevos conocimientos.

Un 19% de las madres entrevistadas y 15% de las solteras sin hijos recomendaron té de manzanilla para asear los pezones antes de amamantar. Teniendo en cuenta las respuestas que dieron los correspondientes testigos, es legítimo suponer que antes de su asistencia al espectáculo médico esos sujetos hubieran recomendado cualquier otra forma de higiene o ninguna. Por lo tanto, sus respuestas (hechas al menos dos meses después de la asistencia a los espectáculos) indicaban que los merolicos pueden, sin duda alguna, modificar las actitudes o maneras de pensar acerca de la higiene del amamantamiento.

En lo que respecta a las posibilidades que tienen los merolicos de cambiar el comportamiento, se preguntó a las madres qué es lo que estaban usando para limpiar sus pezones antes de amamantar a sus niños. Mientras que en un grupo testigo ninguna indicó que estuviese

CUADRO 3

*Respuestas a las preguntas clave de la encuesta dadas por las madres entrevistadas en zonas de prueba y testigo**

	Medio urbano		Medio rural		Total	
	Zonas de prueba	Zonas testigo	Zonas de prueba	Zonas testigo	Zonas de prueba	Zonas testigo
<i>Hablando otra vez de amamantamiento,</i>						
<i>¿ha escuchado el nombre de la primera leche materna, y sabe para qué sirve?</i>						
Entrevistas	201	165	199	179	400	344
Porcentaje que indicó el conocimiento del nombre y/o función	44	23	20	8	32	15
<i>¿Dónde escuchó el nombre o la función de esta primera leche materna?</i>						
Entrevistas	85	36	41	12	126	48
Porcentaje que indicó al merolico como fuente de este conocimiento	29	0	49	0	36	0
<i>(Para las madres que amamantaban en el momento de la entrevista)</i>						
<i>¿Qué utiliza para asearse los pezones antes de amamantar a su hijo?</i>						
Entrevistas	46	29	60	58	106	87
Porcentaje que indicó el uso de té de manzanilla	9	0	8	0	8	0
<i>(Para las madres que en el momento de la entrevista no amamantaban a sus hijos)</i>						
<i>¿Qué le aconsejaría a la madre lactante para asearse los pezones?</i>						
Entrevistas	151	129	123	105	274	234
Porcentaje que indicó té de manzanilla	15	1.5	24	0	19	1
<i>¿Cómo supo lo que la mujer debe usar para asearse los pezones antes de amamantar?</i>						
Entrevistas	164	120	129	98	293	218
Porcentaje que indicó al merolico como fuente de este conocimiento	8	1	23	0	15	0
<i>Algunas personas hablan de un famoso "plato mágico" para lactantes menores de un año, ¿me puede decir cómo se prepara esa comida?</i>						
Entrevistas	201	165	199	179	400	344
Porcentaje que sabía preparar el "plato mágico"	26	1	22	0	24	0

* Cuando ha correspondido se eliminó el número de sujetos que daba respuestas inadecuadas o no respondían.

CUADRO 4
*Respuestas a las preguntas clave de la encuesta dadas por jóvenes solteras y sin hijos
 (11-19 años) entrevistadas en zonas de prueba y testigo**

	Medio urbano		Medio rural		Total	
	Zonas de prueba	Zonas testigo	Zonas de prueba	Zonas testigo	Zonas de prueba	Zonas testigo
<i>¿Qué le aconsejaría a la madre lactante para asearse los pezones?</i>						
Entrevistas	87	91	91	92	178	183
Porcentaje que indicó té de manzanilla	6	0	23	1	15	0.5
<i>¿Cómo supo lo que la mujer debe usar para asearse los pezones antes de amamantar?</i>						
Entrevistas	61	64	63	41	124	105
Porcentaje que indicó al merolico como fuente de este conocimiento	18	0	25	0	22	0
<i>¿Algunas personas hablan de un famoso “plato mágico” para lactantes menores de un año, ¿me puede decir cómo se prepara esa comida?</i>						
Entrevistas	84	91	86	91	170	182
Porcentaje que sabía preparar el “plato mágico”	17	0	20	0	18	0

* Cuando ha correspondido se eliminó el número de sujetos que daba respuestas inadecuadas o no respondía.

23

utilizando té de manzanilla, 8% de las madres lactantes en las comunidades de prueba afirmaron que estaban usando esa infusión. Este es un ejemplo de la habilidad que los merolicos tienen para modificar el comportamiento. Además, como puede verse en los datos del Cuadro 3, esta capacidad parece ser igualmente importante en las zonas urbanas y en las rurales.

En cuanto al crédito que conscientemente se concede a los merolicos, a las entrevistadas en las seis comunidades de prueba se les preguntó: “¿Cree usted las cosas que le cuentan esos merolicos?” Si la respuesta era “sí”, a continuación se preguntaba, “¿Más concretamente, cree usted lo que le han contado acerca de la nutrición de los niños?” De las entrevistadas en las comunidades de prueba, 60% dieron una respuesta afirmativa a

la primera pregunta, y 86% respondieron afirmativamente a la segunda. Entre las entrevistadas en las comunidades urbanas de prueba, los porcentajes correspondientes fueron de 65 y 90, y en las comunidades rurales de 55 y 82.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

24 En vista de los resultados obtenidos en investigaciones anteriores y de los datos aportados por este proyecto piloto, apoyamos en forma entusiasta la idea de utilizar los espectáculos médicos en programas de salud pública. En el proyecto descrito, los merolicos mexicanos demostraron claramente su habilidad para efectuar cambios en los conocimientos, actitudes y formas de comportamiento de sus audiencias. Además, las pruebas realizadas fueron rigurosas y se requirió vencer grandes dificultades, como las siguientes:

1. La renuencia que hasta el momento habían demostrado las comunidades de prueba para cooperar con programas auspiciados por el gobierno. El organismo estatal de salud pública había retirado sus programas de uno de los sitios rurales de prueba, y una de las colonias urbanas del estudio era un asentamiento clandestino que no estaba legalmente reconocido por el gobierno local.
2. Los bajos niveles educativos. 91% de las madres y 80% de las solteras sin hijos que fueron entrevistadas no habían pasado de la primaria, y el 64 y 23 por ciento, respectivamente, no habían continuado más allá del tercer año.
3. El requerimiento de que los merolicos debían comunicar un mensaje bastante largo, de más de 10 partes.
4. La necesidad de cambiar actitudes y tipos de comportamiento muy relacionados con valores tradicionales y culturales (la nutrición infantil es un tema sobre el cual todos tienen alguna idea u opinión).

5. La necesidad de trabajar durante la época de precipitaciones. Esta circunstancia obligó a cambiar planes del proyecto, a trabajar bajo la lluvia, etcétera.
6. La limitación del tiempo. Los merolicos sólo pudieron comunicar su mensaje durante un periodo de tres meses, por lo que en cada comunidad de prueba no se trabajó más allá de 40 horas.
7. El tiempo transcurrido antes de la evaluación. Como no se realizaron entrevistas de evaluación hasta transcurridos al menos dos meses luego de la última exhibición, las entrevistadas se vieron obligadas a recordar las partes importantes del mensaje durante ese periodo de tiempo.

25

La idea de que los merolicos pueden ser útiles en programas comunitarios de salud se apoya en siete años de investigaciones y experiencia. Esa noción se justifica en razón de: a) nuestro conocimiento de ciertas subculturas y comunidades objetivo, b) el saber sobre diferentes medios de comunicación y su limitada eficacia para transmitir información de salud a esos objetivos, y c) el costo potencial relativamente bajo, en comparación con otros medios para comunicar esa información y con los posibles beneficios.

Evidentemente, los datos sobre nutrición infantil son un ejemplo de lo que se puede transmitir. Mediante espectáculos mediáticos es posible difundir información sobre enfermedades venéreas, trastornos gastrointestinales, afecciones cardiacas o cualquier otro tema relacionado con la salud. Sabemos que el pueblo escucha a los merolicos, que creen en ellos y que sus presentaciones pueden transmitir conocimientos y modificar actitudes y comportamientos. Por todas estas razones hemos llegado a la conclusión de que el merolico debe integrarse a los programas actuales de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Lin, N. y Burt, R.S. (1973). *Roles of differential information channels in the process of innovation diffusion*. Albany, NY: International Center for Social Research.
- Menzel, H. (1971). Quasi-mass communication: A neglected area. *Public Opinion Quarterly*, 35(3), 406-409.
- Porrúa. (1976). *Diccionario Porrúa. Historia, biografía y geografía de México*. México: Porrúa.
- Simoni, J.J. y Ball, R.A. (1975). Can we learn from medicine hucksters? *Journal of Communication*, 25(3), 174-181.
- 26 — (1977a). Huckster-styled communication: Its potencial role in community health programs. Documento presentado en la Reunión Anual de la Sociedad de la Sociología Rural, 2 al 5 de septiembre. Chicago.
- (1977b). La difusión de información sobre la salud: lo que los merolicos nos pueden enseñar. *Salud Pública de México*, 19(2), 273-279.
- (1977c). The mexican medicine huckster: He must be doing something right. *Work and Occupations*, 4(3), 343-365.
- (1978). Institutionalized medical exploitation: the case of the mexican medicine huckster. *Sociological Symposium*, (23), 27-40.

Comunicación para la salud: escenario de sinergia interinstitucional

Edith Molina Carmona
Alejandro Jiménez Arrazquito
Mónica del Sagrario Medina Cuevas
Rosana Carmita Ricárdez Frías

RESUMEN

27

Este artículo presenta una reflexión sobre las políticas para atender problemáticas sociales relacionadas con la salud pública, particularmente el alcoholismo. La discusión se origina a partir de un proyecto interinstitucional entre la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y la Dirección de Vialidad del Gobierno del Estado de Puebla. Se analizan dos aspectos: las representaciones sociales de las narrativas mediáticas construidas por un grupo de estudiantes, y la sistematización en los procesos de colaboración entre dichas dependencias, lo cual permite dilucidar la responsabilidad de esta institución de educación pública respecto de las demandas sociales y la sinergia que debe existir entre las instancias responsables de atenderlas. El campo de la comunicación para la salud requiere un trabajo horizontal y transdisciplinario más allá de una visión instrumental, en donde el profesional contribuya de manera integral en las diferentes expresiones sectoriales de la sociedad.

Palabras clave: Comunicación, Salud, Representaciones sociales, Alcoholismo, Interinstitucionalidad.

ABSTRACT

This article presents a reflection on policies to address social issues related to public health, particularly alcoholism. The reflection is inspired on the ongoing process for the developing of the project in collaboration between the Communication School (students and teachers) from the Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) and the Highway Administration of the State Government (for the creation of radio and television spots in order to prevent

accidents by alcohol consumption in 2012). Two aspects are analyzed: social representations of the media narrative constructed by students, and systematization in the processes of collaboration between such dependencies, allowing to elucidate the responsibility of this public education institution facing social demands, and the working relationship among institutions to solve them. Health Communication needs a transdisciplinary and horizontal work, beyond an instrumental vision where professional worker helps in a comprehensive manner to society.

Keywords: Communication, Health, Social representations, Alcoholism, Interinstitutionality.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por atender problemáticas sociales, como las adicciones, se ve reflejada en múltiples programas nacionales e internacionales en los que se involucran diversos organismos de los sectores público y privado para ofrecer soluciones que mejoren la calidad de vida de los grupos vulnerables. En el caso de México las adicciones representan uno de los ejes de acción fundamental del Gobierno Federal, expresado en el plan *Visión México 2030*, cuyo objetivo es promover la salud de la población mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención y tratamiento, así como la formación y desarrollo de recursos humanos para su control.

La comunicación para la salud es un elemento clave que busca la modificación de actitudes y valores, así como la participación conjunta e interdisciplinaria de diversos actores involucrados en la temática. Dentro de ellas, la universidad pública ha buscado adecuar sus planes y programas a las necesidades del entorno social con ética y responsabilidad. Es por ello que la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) de manera conjunta con la Dirección de Vialidad del Gobierno del Estado de Puebla, realizó un proyecto con el objetivo de producir materiales mediáticos que acompañen las presentaciones de esta entidad gubernamental ante grupos vulnerables.

En este contexto, el grupo de investigación de dicha instancia académica, “Sinestesia”, enfocado al análisis de la comunicación y la calidad de vida, inició un proyecto vinculado con el campo de la salud y las adicciones. La primera etapa del estudio consistió en el análisis de las representaciones sociales que jóvenes universitarios manifiestan en sus propuestas audiovisuales para los materiales mediáticos de la campaña.

El presente trabajo muestra un primer modelo en el que se busca integrar los sistemas de valores y creencias asociados con la problemática social del consumo del alcohol y los accidentes automovilísticos, contruidos a través de las narrativas mediáticas. Este acercamiento pretende, por un lado, nutrir lo que en el campo de la comunicación y la salud se denomina comunicación sobre los riesgos (Coe, 1998) y, por el otro, sortear las diferencias interdisciplinarias con la intención de construir propuestas efectivas que redunden en la calidad de vida de la población.

29

Para lograrlo se hizo un breve recorrido por el campo de la salud pública y las adicciones en el contexto mundial y nacional, posteriormente se describió el proceso interdisciplinario entre la Facultad de Comunicación y la Dirección de Vialidad del Gobierno del Estado de Puebla; después se expusieron los resultados del análisis del sistema de representaciones en un primer modelo denominado “Relaciones entre filtros mediáticos, fiestas y relaciones interpersonales en el consumo de alcohol”; finalmente, se presentó una breve reflexión sobre el trabajo interinstitucional y la relación entre las disciplinas, específicamente el papel y perfil del comunicólogo de esta universidad pública.

ANTECEDENTES. LA SALUD PÚBLICA, UNA DE LAS PREOCUPACIONES INSCRITAS EN EL CAMPO DE LA COMUNICACIÓN

La salud pública comprende el conjunto de actividades de la comunidad, organizadas y dirigidas a la defensa, fomento y restauración de la salud de la población (Villalbí, Aboal y González-Alonso, 2002). En 1997, con la Declaración de Yakarta, se determina que la salud pública es la

participación libre y consciente de las comunidades en las decisiones que afectan su calidad de vida. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuerda que la salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. En el informe de la OMS, en el que se acuerda su estrategia para el siglo XXI, se plantea que el nuevo papel de la salud pública ha de ser el de catalizadora del cambio y que sus funciones se concentran en tres ejes: valorar la necesidades de salud de la población, desarrollar políticas de salud para mejorarlas, y garantizar determinados servicios (Villalbí, Aboal y González-Alonso, 2002, p. 545). En el año 2000, el Movimiento por la Salud Pública la concibe como la construcción y defensa de la salud en tanto derecho fundamental y como bien público. En suma, como se ha visto, el término salud pública:

Se caracteriza por una multiplicidad de sentidos; sin embargo, es posible identificar cinco opciones: la primera, cuando la noción se equipara con el quehacer gubernamental; la segunda se enfoca a la participación de la comunidad, es decir, al público; la tercera supone la generalización de un servicio y que se contraponen a los servicios personales de salud; la cuarta a la dotación o acción de proporcionar servicios preventivos a la comunidad, en contraposición a los servicios terapéuticos proporcionados, por ejemplo, en la iniciativa privada; la quinta, a las respuestas gubernamentales y comunitarias dirigidas al combate de problemas de salud con carácter de extraordinario (Sepúlveda y López, 1989, p. 343).

Además de estas características, algunos autores añaden el concepto de análisis, evaluación y seguimiento de las medidas y decisiones gubernamentales aplicadas. Para algunos de los actores participantes en la implementación de la salud pública, ésta recae en el aparato estatal. Para otros, la participación de la comunidad en la toma de decisiones se vuelve fundamental; es decir, para hablar de salud pública se requiere del establecimiento de políticas y mecanismos que aseguren la participación de individuos, comunidades y gobierno, a fin de garantizar en conjunto la protección de la salud.

De acuerdo con Sepúlveda y López (2000), en América Latina las acciones de salud pública han estado dominadas por el interés en los programas de control, particularmente en el área de las enfermedades transmisibles, justificadas y promovidas en el ámbito internacional bajo las políticas dictadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud.

Bajo este panorama, las políticas de promoción de la salud en el país, durante los dos últimos sexenios, intentan cubrir las necesidades tanto por región como por el nivel de incidencia que tienen las afecciones en la calidad de vida de los mexicanos. El eje de la salud es uno de los que da sentido a la existencia del Estado mexicano.

31

Tradicionalmente dicho ámbito ha estado vinculado a la difusión de conocimientos, como señala Janet García González:

[...] en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales; y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello, se aborda a la comunicación vista como proceso social, de interacción y difusión, como mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública (citada por Cabañas, 2011, p. 3).

En el periodo 2007-2012, algunos de los programas a los que se les dedicó atención corresponden a salud alimentaria, prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia, prevención y reducción de la infección nosocomial, vacunación universal, entornos y comunidades saludables, hasta rabia y otras zoonosis. En general, incluyen la protección, la promoción, la prevención y la atención médica (Secretaría de Salud, 2007). Llama la atención el referido al consumo de sustancias adictivas, dentro de los cuales se encuentra el Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: 2011-2012, realizado por el Gobierno Federal, y en el cual se presentó información respecto del abuso en el consumo de alcohol por entidad federativa y por sexo.

En él se revela que Puebla se encuentra en cuarto lugar a nivel nacional; y que cerca de 27 millones de mexicanos beben en grandes cantidades. De ese número, cuatro millones son consuetudinarios.

La trascendencia del tema es que una adicción conlleva otras problemáticas: consumir una segunda droga (63.2% lo hicieron), muerte por accidentes de vehículo con motor (principal causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años), lesiones y discapacidades (una de las diez principales causas de discapacidad según la Comisión Nacional contra las Adicciones, en 2012).

ALCOHOLISMO EN PAÍSES DESARROLLADOS Y LATINOAMÉRICA

Desde 1977, la Organización Mundial de la Salud patrocina publicaciones que dan cuentas actualizadas de las políticas recomendadas para prevenir y tratar los problemas con el alcohol, pero es desde la década de 1990 que países desarrollados, principalmente de Europa y Norteamérica, toman medidas respecto del control en su ingesta. La educación sobre el consumo en las escuelas y en las etiquetas de advertencia, así como el mejoramiento en los conocimientos y las prácticas de consumo, son medidas adoptadas que poco a poco se incrustan en la población como prácticas cotidianas. No obstante, las estadísticas de accidentes revelan que deben tomarse mayores medidas; por ejemplo, respecto de la publicidad de bebidas alcohólicas.

Hasta el momento algunas de las medidas adoptadas por la comunidad internacional están relacionadas con el incremento al impuesto sobre el alcohol, el aumento de límite de edad para su compra legal, la regulación del monopolio estatal de comercialización de alcohol, la reducción de horas o días de venta, la legislación vigente para la expedición de licencias para venta de alcohol, las pruebas de aliento de los conductores, la baja del límite de concentración de alcohol en sangre para conducir y la restricción para la expedición de licencias para los conductores novatos.

En lo que a Latinoamérica respecta, el tema de los daños relacionados con el alcohol no está del todo asociado con políticas públicas eficaces, a pesar de su existencia. Algunos países tienen respuestas políticas sofisticadas y desarrolladas para las consecuencias sociales y sanitarias del uso perjudicial del alcohol, aunque su implementación en el país varía de un estado a otro, e incluso de una región a otra. La mayoría de los países tiene políticas compatibles con las últimas evidencias de las investigaciones, pero no se aplican.

México, de acuerdo con el Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, 2011-2012, tiene una importante participación en la “Estrategia mundial para la reducción del uso nocivo de alcohol” de la OMS, en la que se compromete a desarrollar un plan de acción enfocado a disminuir el uso nocivo de dicha sustancia y atender la problemática derivada del mismo. Por ello se alienta la coordinación entre el Sector Salud y la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, a través del cual se beneficia a diversos sectores de la población por medio de información y prestación de servicios. También el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (Cenapra) de la Secretaría de Salud, enfoca esfuerzos para la capacitación en programas de alcoholimetría, una vez identificados los municipios con altos índices de accidentes de tránsito.

En lo que a políticas públicas se refiere, las que se implementan en México están relacionadas con la reducción del uso nocivo de alcohol, las medidas contra la conducción bajo sus efectos, la regulación de la disponibilidad de alcohol y de la publicidad de bebidas alcohólicas, las políticas de precios, la disminución de problemas asociados al uso nocivo del alcohol, la reducción del impacto en la salud pública del alcohol lícito y el alcohol de producción informal, así como el seguimiento y vigilancia.

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ALCOHOLISMO EN PUEBLA

En Puebla la política pública enfocada a la prevención del alcoholismo está vinculada con la política nacional que a su vez se basa en los documentos del Consejo Nacional Contra las Adicciones (Lima, 2011), cuya misión es:

[...] promover y proteger la salud de la población mediante la definición y conducción de la política nacional, en materias de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social (Conadic, 2012).

34

Esta misión, en concordancia con las expresiones que tanto en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* como en el *Programa Nacional de Salud* para el mismo periodo, precisan las visiones que orientan el quehacer de quienes trabajan en el Gobierno Federal y de quienes lo integran en la Secretaría de Salud de cada entidad.

En Puebla, esta política tomó cauce desde hace tres años, cuando el Gobierno Federal otorgó 10 millones de pesos de presupuesto para cada entidad federativa (antes se contaba, según la fuente de información, con un millón anual). En este marco, se busca la vinculación estratégica con otras instancias para el desarrollo de proyectos que apoyen en la solución del alcoholismo como problema de salud pública.

PROYECTO VIALIDAD DEL ESTADO DE PUEBLA - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Miembros de la Dirección de Vialidad del Estado de Puebla se acercaron a la Facultad de Ciencias de Comunicación (FCC) de la BUAP con el fin de establecer un convenio de colaboración para la producción de materiales audiovisuales, sonoros e impresos, orientados a prevenir accidentes viales provocados por conductores ebrios en el estado de Puebla. Dicha

dependencia, adscrita a la Secretaría de Seguridad Pública del Gobierno del Estado, carece de presupuesto para generar material de apoyo para el cumplimiento de sus funciones de capacitación. Luego de diversas pláticas y la firma de un convenio de colaboración, profesores y alumnos de segundo, cuarto y sexto cuatrimestre de la Licenciatura en Comunicación se involucraron en la elaboración de los productos.

De febrero a mayo de 2012 se realizaron los *spots* de radio y televisión, y los carteles. La mecánica de las producciones comenzó con información insuficiente ya que sólo hubo un par de pláticas y una entrevista con los encargados del Departamento de Servicios Educativos de la Dirección de Vialidad. A partir de ello, los estudiantes iniciaron —junto con los profesores a cargo de las materias de Comunicación visual, Producción en radio y televisión y Taller de producción audiovisual— la búsqueda de información sobre el tema para desarrollar su propuesta.

35

Durante el proceso de producción, Sinestesia, grupo de investigación en comunicación y calidad de vida, revisó periódicamente los materiales con la Dirección de Vialidad para recibir opiniones sobre los mismos. Para la selección final de los trabajos se establecieron criterios tanto de los profesores y los representantes de la Facultad, como de los encargados de la Dirección.

Los objetivos de las diferentes áreas atravesaron por un proceso de reflexión y discusión para llegar a un consenso interdisciplinario. A partir de las producciones realizadas se observaron las representaciones sociales expresadas por los estudiantes y las manifestaciones del quehacer académico.

EL ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LAS NARRATIVAS AUDIOVISUALES

Las narrativas audiovisuales, entendidas como actos de comunicación en los que se relatan y construyen historias, que al mismo tiempo se convierten en elementos estructurados y estructurantes, y son escenarios en los

que se manifiestan las representaciones sociales. Su proceso de narración es similar al de la escritura; su diferencia estriba en el apoyo visual, ya que las imágenes cuentan la historia a partir de elementos como el sonido. Importa qué y cómo se narra. Michel Chion dice que “la combinación contrastada de los dos [imagen y sonido] tiene, generalmente, un poder evocador y expresivo más fuerte” (1993, p. 179).

36 Las narrativas audiovisuales se transforman de manera permanente y a ello contribuyen los avances tecnológicos que posibilitan variadas formas de realizarlas, gestionarlas y consumirlas. Como dicen Francisco García y Mario Rajas en la introducción de *Narrativas audiovisuales: mediación y convergencia* titulada “La era de las convergencias narrativas” (2011), la “implementación de los nuevos desarrollos tecnológicos digitales [...] trae consigo el cambio radical de los modelos imperantes en cuanto a la producción, distribución y exhibición de relatos” (pp. 9-11). Sin embargo, dado que son elementos estructurantes, es decir, que participan de la “educación” sobre cómo se ve y se mira el entorno, pueden convertirse en dispositivos de control que limitan la narración y la expresión de quien las construye.

De esta forma, las representaciones sociales, comprendidas como modalidades del pensamiento de sentido común que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos (Rodríguez, 2009, p. 15), implican una red de creencias e imágenes que emergen en el marco de una comunidad cultural local o un grupo social específico (p. 24); estas representaciones permiten a las personas hacer inteligible la realidad física y social y, como señala Serge Moscovici (1979), comunicarse con los demás.

Es en las narrativas donde se ven los significados, símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata, sobre todo porque la forma de conocimiento del sentido común, propio a las sociedades modernas, las caracteriza el hecho de estar bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación de masas (María Banchs, citada por Domínguez, 2006).

Bajo estas perspectivas, el análisis de las narrativas en ocho *spots* de televisión de 20 segundos de un total de 40 producciones, se hizo a partir de la propuesta de Casetti y Di Chio (1991): descomponer (que implica describir) y recomponer (que conlleva interpretar). La descomposición implicó dividir el audiovisual linealmente y estratificarlo o dividirlo transversalmente. La recomposición implicó: enumerar (catalogar todos los elementos encontrados), ordenar (evidenciar el lugar de cada elemento en el audiovisual), reagrupar (llegar a la síntesis) y modelizar, esto es, crear un modelo o representación que permitiera, además de terminar de sintetizar lo investigado, explicarlo.

Los criterios de selección fueron el interés de la Dirección de Vialidad del Estado de Puebla, la calidad técnica y la diversidad de maneras de abordar el tema en función del propósito del estudio.

Se revisaron las siguientes categorías: ficha técnica, punto de vista (omnisciente, de personaje, múltiples personajes o personal), personajes (edad, rol social, nivel socioeconómico, estado anímico y rasgos raciales), lenguaje verbal (oral y escrito), situaciones (espacio-tiempo y actividades), lenguaje audiovisual (planos de encuadre, ángulos y movimientos de cámara, composición, temporalidad, elementos sonoros) y construcción de la realidad (elementos simbólicos).

Sobre la validez del análisis existen diferentes criterios, sin embargo, Casetti y Di Chio (1991) destacan los cuatro siguientes: profundidad (captar su esencia más oculta), extensión (revisar la mayor cantidad de elementos hasta el límite que sería la posible saturación), economía (alcanzar la síntesis extrema de lo analizado) y elegancia (registrar las cualidades estéticas y ornamentales).

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REPRESENTACIONES SOCIALES

Como resultado del análisis (descomposición y recomposición) de los materiales audiovisuales se identificaron tres elementos clave que sirven para diseñar el primer modelo: el ámbito festivo, las relaciones interperso-

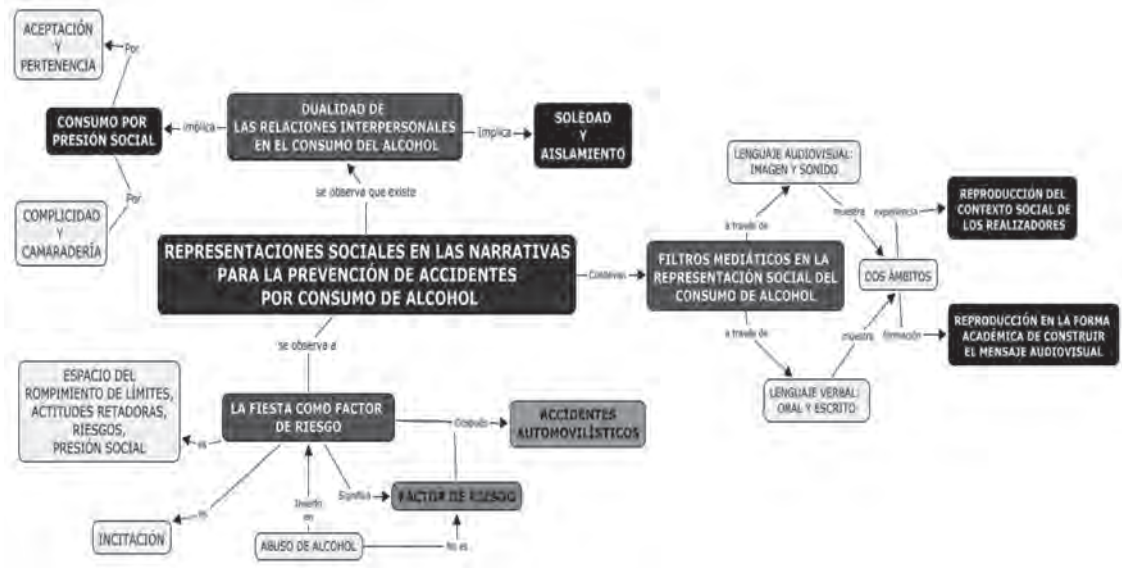
nales y la construcción narrativa. A través de ellos se explica la manera en que los realizadores expresan los sistemas de valores e ideas compartidos sobre el fenómeno de los accidentes automovilísticos asociados con el consumo del alcohol.

Con el propósito de sintetizar lo expresado, cada elemento del modelo se nombra de la siguiente manera: la fiesta como factor de riesgo, la dualidad de las relaciones interpersonales y los filtros mediáticos en la representación social del consumo del alcohol, y los accidentes automovilísticos.

En la Figura 1 se muestran en gris, las representaciones de esos elementos; en color claro, los ámbitos que llevan a esa definición; y en negro, algunos aspectos detonadores o que sustentan la representación.

38

FIGURA 1



Fuente: elaboración propia.

Se señala que el *ambiente festivo* es visto como el factor de riesgo que deriva en los accidentes automovilísticos. Es decir, no son el consumo ni el abuso del alcohol los causantes de un accidente de auto, sino la libertad, la alegría y el descontrol del ambiente en el que están insertos. Por lo tanto, la fiesta y lo que en ella ocurre son el agente incitador. Durante la fiesta predominan, como es previsible, el estado de alegría, diversión y bienestar. El contexto presentado evoca el rompimiento de límites, la liberación, las actitudes retadoras, el riesgo, las relaciones de amistad y noviazgo, la camaradería y la presión social, entre otras.

Si se toma en cuenta que los *spots* buscan la prevención y advertencia sobre los accidentes viales asociados con el consumo de alcohol, entonces se nota que la fiesta en estos mensajes es satanizada y condenada.

39

También se identifica que la representación sobre el consumo de alcohol se construye bajo una *dualidad temporal y relacional en ámbitos íntimos y sociales*. Es una dualidad temporal porque la representación involucra un antes, un durante y un después del consumo de alcohol; pero también relacional porque en esa línea de tiempo están involucrados, o se ausentan, personajes pertenecientes al entorno del joven.

En cuanto a la línea temporal, la dualidad de la representación se construye y emerge en ámbitos de configuración de lo íntimo y de lo social. Lo social se encuentra en el espacio de convivencia, donde las relaciones de amistad y noviazgo como elementos de presión para la aceptación y pertenencia y, a su vez, de complicidad y camaradería. En las narrativas de este ámbito de lo social se muestra un distanciamiento, rechazo o exclusión de otros estilos de vida, regularmente los saludables.

La contraparte del ámbito social, y de ahí la dualidad, es la presencia de lo íntimo en sus narrativas. Las representaciones de lo íntimo son escenificadas bajo un entorno cargado de sentimientos negativos, culpa, arrepentimiento, soledad y aislamiento, entre otras.

En las representaciones se conocen y saben las consecuencias inmediatas, pero al mismo tiempo se desconocen los diferentes actores involucrados en situaciones de riesgo o accidentes, por lo que el foco de atención está centrado en quien consume alcohol y en la víctima

(victimario/víctima). No se abordan los efectos, que van desde cárcel, quiebra económica, separación familiar, pérdida del empleo y, en general, trastocamiento de su calidad de vida.

40 Tras identificar que la fiesta es considerada factor de riesgo en el consumo de alcohol y que es en ella, o a partir de ella, que se manifiesta una dualidad de las relaciones interpersonales, es claro que las *narrativas audiovisuales están mediatizadas* por filtros como la formación académica en comunicación audiovisual y la experiencia como espectadores de los discursos visuales y sonoros. Los personajes son una proyección del espacio relacional del productor en su contexto socioeconómico. Asimismo, se nota que los partícipes de la fiesta están estereotipados en el perfil social y cultural del grupo al que pertenecen los estudiantes. Tanto en el lenguaje verbal, oral, escrito y en el audiovisual se entrelazan conceptos como el juego y la responsabilidad bajo un esquema narrativo lineal de causa-efecto, cuyas consecuencias son asociadas a una dualidad entre “lo bueno y lo malo”.

En cuanto a lo audiovisual, para contar la historia se utilizan dos puntos de vista: el narrador omnisciente, quien ve al problema desde fuera y tiene la capacidad para valorar lo sucedido (éste representa una dirección para leer el texto audiovisual y calificar las acciones); y el protagonista, involucrado en la trama y por sí mismo relata los hechos.

Sus representaciones están montadas en el drama como género audiovisual, por medio del cual se muestra una reflexión sobre las implicaciones del consumo de alcohol y el acto de conducir. Se apela a que el argumento dramático resulta más persuasivo y, por lo tanto, más adecuado para generar no sólo interés en la historia, sino para potencializar el impacto del conflicto. De la misma forma, se identifica que los productos audiovisuales utilizan cierto tono de voz que genera una advertencia y representa una figura de autoridad en el relato.

CONCLUSIONES

El campo de estudio de la comunicación relacionado con temas de salud es relativamente nuevo si se considera que la primera revista académica que lo aborda, *Health Communication*, surge en 1989 y el *Journal of Health Communication* aparece en 1996 (Cuesta, Menéndez y Ugarte, 2011). Diferentes denominaciones se dan a este vínculo, entre ellas: comunicación y salud o comunicación para la salud, cada una con diferentes implicaciones pues en el fondo depende de la perspectiva con la que sea observado el fenómeno.

El término “comunicación y salud” se refiere al paradigma difusionista, mientras que “comunicación para la salud” al de comunicación para el desarrollo. Algunas de las características que marcan esta perspectiva son: la transmisión de información de manera lineal; la importancia otorgada al emisor como productor de sentido y, por tanto, la devaluación del receptor como una instancia pasiva; el énfasis en los medios masivos y en los códigos; la producción y repetición de mensajes como base de la estrategia; además de la actuación desde una sola disciplina (Cuesta *et al.*, 2011).

El paradigma de la comunicación para el desarrollo, basado en las teorías para el desarrollo y el cambio social, centra su atención no en los productores de los mensajes ni en los medios, sino en las mediaciones. Se trata de un paradigma sistémico que considera las mediaciones sociales de grupos como la familia, la escuela, los amigos, los compañeros de trabajo, etcétera. Además de ser un modelo transdisciplinar, que más allá de difundir información convoca a la participación de los agentes sociales en una dimensión relacional para construir el cambio.

Ante este panorama, la BUAP, en tanto institución pública, asume

[...] con responsabilidad las transformaciones que le permiten adecuar los procesos educativos a las necesidades contemporáneas con realismo, sentido práctico instrumental y con más eficiencia en la ejecución de las soluciones concretas [y promueve] el desarrollo de la investigación básica y aplicada [para]

contribuir al desarrollo científico y tecnológico, así como el desarrollo de la cultura e identidad nacional, entre otros (BUAP, 2009, p. 9).

Es así que a través de proyectos interinstitucionales, sea con instancias públicas o privadas, esta universidad pública cumple con su función social al convertirse en un foro de discusión, de instituciones diversas, que permite la búsqueda de estrategias conjuntas y la elaboración de soluciones a los problemas sociales a través del diálogo.

42 La reflexión a partir del proceso y de los resultados generados en el proyecto realizado por los estudiantes de la Facultad de Comunicación, conduce a cuestionar la visión instrumental que tanto los comunicólogos en formación como los organismos gubernamentales tienen sobre este campo de estudio. Se observa al especialista de la comunicación como un agente productor de mensajes mediáticos, que maneja o domina las herramientas técnicas para generar materiales de buena calidad en cuanto a la forma. Es decir, se habla de una perspectiva vertical, de un paradigma difusionista.

Lamentablemente no se considera a la comunicación parte fundamental del proceso de cambio inmersa en cualquier sistema social, por lo tanto, el experto en comunicación no es considerado capaz de llevar a cabo un diagnóstico comunicativo sobre el fenómeno, en este caso el alcoholismo y los accidentes viales, ni de proponer una estrategia de intervención más allá del uso de productos mediáticos como los que así se solicitan y se producen *a priori*. Lo que puede ser más cercano a un flujo de comunicación horizontal, más participativo, dialogante y más efectivo en sus resultados.

Aun en el caso de considerar al comunicólogo desde una visión instrumental, es importante que, tanto dentro como fuera de la academia, se observe la producción de mensajes desde la articulación de contenidos que cuenten con un fundamento, cuyo objetivo no sólo sea persuadir, sino apelar a la reflexión, la toma de consciencia, la construcción de argumentos, y quizá así se propicie el cambio de comportamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). (s/f). Integración social. En *Modelo Universitario Minerva (MUM)*, recuperado de [<http://bit.ly/1doGITr>].
- Cabañas, P. (2011). Los medios de comunicación masiva y la salud. Ponencia presentada en el xiv Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca: INSP, recuperado de [<http://bit.ly/18jIFTz>].
- Casetti, F. y Di Chio, F. (1991). *Cómo analizar un film*. Barcelona: Paidós.
- Chion, M. (1993). *La audiovisión. Introducción a un análisis conjunto de la imagen y el sonido*. Barcelona: Paidós.
- Coe, G. (1998). Comunicación en Salud. Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui*, (63), recuperado de [<http://bit.ly/1doGoPo>], fecha de consulta: 27 de junio de 2011.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic). (2011). *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud, disponible en [<http://bit.ly/18jAl6l>], fecha de consulta: 27 de junio de 2012.
- (2012). *Programa de acción específico. Prevención y tratamiento de las adicciones. Actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud, disponible en [<http://bit.ly/18jAbvN>].
- Cuesta, U., Menéndez, T. y Ugarte, A. (coords.). (2011). *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Complutense.
- Domínguez, S. (2006). Las representaciones sociales en los procesos de comunicación de la ciencia. Ponencia presentada en el I Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Sociedad e Innovación, Palacio de Minería. México, DF.
- García, F. y Rajas, M. (coords.). (2011). *Narrativas audiovisuales, mediación y convergencia*. Madrid: Icono14.
- Lima, C. (2011). Versión estenográfica de la entrevista a los miembros de Sinestesia, grupo de investigación en comunicación y calidad de vida de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 1993. *Revista Española de Salud Pública*, 69(5), 361-383, disponible en [<http://bit.ly/18jKn7x>], fecha de consulta: 27 de junio de 2012.
- (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS, disponible en [<http://bit.ly/1doT34I>], fecha de consulta: 27 de junio de 2012.
- Rodríguez, T. (2009). Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación. *Comunicación y Sociedad*, (11), 11-36.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.
- 44 Sepúlveda, J. y López, M. (1989). La transición epidemiológica en México. Mitos y realidades. En G. Soberón, J. Kumate y J. Laguna (comps.), *La salud en México: testimonios*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (2000). La salud pública en México. En Hugo Aréchiga y Luis Benítez (coords.), *Un siglo de ciencias de la salud en México* (pp. 315-347). México: Fondo de Cultura Económica.
- Villalbí, J.R., Aboal, X.L. y González-Alonso, J. (2002). Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En J.M. Cabases, C. Aibar y J.R. Villalbí (eds.), *La salud y el sistema sanitario en España. Informe ESPAS 2002* (pp. 545-564). Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

¡Recuérdame!

La obesidad infantil debatida y olvidada en los medios

Sandra P. González Santos

Mariana Hernández Domínguez

RESUMEN

El presente trabajo ofrece un análisis cualitativo sobre la manera en que el periódico *Reforma* cubrió el tema de la obesidad infantil y la propuesta presentada por la Cámara de Diputados para eliminar ciertos productos comestibles de las cooperativas escolares. Se utilizaron como marco teórico y metodológico los estudios críticos de comunicación, y como objetivos específicos se planteó entender cómo dicho tema fue enmarcado en las notas, identificar de quiénes eran las voces presentadas y analizar qué se decía sobre el problema y las soluciones propuestas. Los resultados obtenidos sugirieron que el trabajo periodístico realizado por los autores de las notas analizadas es pobre, superficial, acrítico y confuso.

Palabras clave: Estudios críticos de comunicación, Obesidad y medios, Salud y medios, Estudios de encuadres.

45

ABSTRACT

Drawing on the ideas and methods suggested by critical media studies, this paper presents a qualitative analysis of the media coverage given by the newspaper *Reforma* to the child obesity epidemic and the law proposal to forbid the presence of certain processed foods in schools. The main objectives of this paper were to see how the newspaper articles were framed (frame analysis) and by looking at who was given a voice and what was being said about child obesity and the solution suggested of eliminating certain food products from schools, to see if they were engaging in practices of media advocacy or agenda setting. The analysis concluded that the journalistic job done by the authors of those pieces was poor, superficial, uncritical and offered confusing information.

Keywords: Critical media studies, Obesity and the media, Health and the media, Frame analysis.

INTRODUCCIÓN

“Es necesario detener desde una temprana edad las epidemias de enfermedades [...] propiciadas por las condiciones de vida [...] así como el consumo de bebidas y hábitos alimentarios no saludables, el sobrepeso y la obesidad, la falta de actividad física” Reforma, 19 junio, Nacional p. 2

46

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como una enfermedad caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede resultar riesgosa para la salud y la registra como la segunda causa de muerte prevenible a nivel mundial (OMS, 2012). A nivel local, la última encuesta de salud y nutrición reveló que 69.5% de los adultos presentan sobrepeso u obesidad así como el 26% de los niños mexicanos de entre 5 y 11 años (INSP, 2006). A partir del año 2009 México ocupa el segundo lugar en obesidad entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), y el primer lugar de acuerdo a la OMS (Tabla 1). Los datos oficiales indican que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha triplicado desde 1980 (Tabla 2), que el costo total del sobrepeso y la obesidad se ha duplicado en los últimos ocho años, que 26.8% de la población en edad escolar presenta sobrepeso u obesidad y que los estudiantes de primaria consumen más del doble de calorías de lo que deberían (ingieren 561 calorías cuando deberían consumir máximo 275) (INSP, 2008). Así, encuestas, números, tablas y gráficas presentados por diversos grupos de expertos nos indican lo que claramente vemos en la calle y sobre todo en el espejo: estamos gordos.

En respuesta a este problema, desde hace varios años México se ha dado a la tarea de generar programas e iniciativas que buscan combatir el sobrepeso, la obesidad y las consecuencias de salud que estas condiciones tienen, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Con el fin de atacar este problema, a principio del año 2009, la Cámara de Diputados comenzó a trabajar sobre una nueva iniciativa de ley para restringir la oferta y el consumo de algunos productos comestibles en el entorno

TABLA 1
Comparativo de índices de sobrepeso y obesidad en niños y adultos en diferentes países

Adultos*		Niños**	
2000	2010	2009	
Estados Unidos 31%	México 69.5%	Estados Unidos 31.0%	
Chile 25%	Estados Unidos 67.7%	México 26.8%	
México 24%	Nueva Zelanda 62.6%	Nueva Zelanda 23.2%	

Los datos presentados en la columna de niños varían dependiendo de la fuente. El Instituto Nacional de Salud Pública y algunos artículos del periódico *Reforma* (por ejemplo: 20 agosto, Suplemento Especial) establecen que México ocupa el primer lugar en obesidad infantil. Sin embargo, no se otorgan las cifras de los países que están por debajo de México. Fuente: OMS* (2012), INSP* (2006), OCDE** (2011).

47

TABLA 2
Principales causas de muerte, datos de desnutrición infantil, sobrepeso y obesidad en niños y adultos

1980	1997	2006
1. Infecciosas y parasitarias	1. Enfermedades del corazón	1. Enfermedades del corazón
2. Enfermedades del corazón	2. Cáncer	2. Diabetes Mellitus
3. Enfermedades respiratorias	3. Accidentes vehiculares	3. Cáncer
<i>Desnutrición infantil</i>		
29.2% (estimado)	16.05%	9.9%
<i>Sobrepeso y obesidad infantil</i>		
9.6% (estimado)	18.6%	26.8%
<i>Sobrepeso y obesidad en adultos</i>		
23.1% (estimado)	58.5% (1993)	69.5%

Fuente: INEGI (2010), INSP (1997), Conapo (2010), INSP (2006), INCMNSZ (2003).

escolar. Tomó varios meses el que dicha iniciativa se enviara al Ejecutivo Federal y a la Secretaría de Educación Pública para su aprobación (7 de abril de 2010) y aún más tiempo para que se aprobara (27 de abril de 2011). El presente trabajo ofrece un análisis cualitativo de la cobertura mediática que se le dio al proceso.

Existen estudios que demuestran que los medios de comunicación tienen un papel importante en la conformación de la opinión y acción de los individuos cuando se trata de temas de salud, a veces incluso

mayor que la de los profesionales de la salud (Linden, 2003; Roy *et al.*, 2011; Mercado *et al.*, 2001; Alcalay y Mendoza, 2000). Otros estudios han concluido que la cobertura mediática de temas de salud y ciencia en Latinoamérica, incluyendo México, dejan mucho que desear por su imprecisión, su falta de análisis y su pobre perspectiva crítica (Alcalay y Mendoza, 2000; Mercado *et al.*, 2001; Massarani *et al.*, 2005; Llaguno, *et al.*, 2008; Peimbert, 2007; Veneu, Amorim y Massarani, 2008; Roy *et al.*, 2011). Considerando lo anterior, nos pareció importante analizar la cobertura mediática que se dio al problema de la obesidad y la diabetes, así como a la propuesta presentada por la Cámara de Diputados para eliminar ciertos productos comestibles de las cooperativas escolares. Revisamos notas publicadas entre enero y agosto de 2010 en el periódico *Reforma*, reunidas a través del buscador del diario, empleando “obesidad” y “diabetes” como palabras clave. Elegimos a ese medio impreso, primero, por tener cobertura nacional, pues el tema en cuestión afecta a toda la nación. Segundo, porque declara tener independencia periodística, es decir, no tiene que favorecer a sus anunciantes. Esto era importante ya que el tema de estudio afecta los intereses de la industria panificadora y la refresquera, las cuales dominan el espacio publicitario. Tercero, cuenta con una sección dedicada exclusivamente a la ciencia, lo cual suponía la posibilidad de cubrir el tema desde varias perspectivas: científica, social, económica, etcétera. El diseño de la investigación incluyó: conocer la frecuencia con la que aparecían notas sobre obesidad y diabetes y la sección en la que aparecían; identificar el tipo de información y el tono en el que se presentaba, así como la manera en la que ésta se enmarcaba; por último, analizamos cuáles fueron los actores a los que se les prestó mayor atención, qué papel y responsabilidad se les asignaba y cómo fueron caracterizados. Estos rubros fueron analizados tanto en el sistema de encabezados (encabezado, sub-encabezado, sub-sub-encabezado), como en el contenido de las notas.

Respondiendo a los objetivos planteados, elegimos como marco teórico-metodológico los estudios críticos sobre la comunicación (otros ejemplos son Roy *et al.*, 2011; Llaguno *et al.*, 2008) específicamente

la rama que mira la cobertura mediática de temas de salud (Gibson, 2010). Estos estudios buscan, entre otras cosas, conocer qué reportan los medios sobre los aspectos de salud, si promueven o no conductas y elecciones saludables y las características de la información presentada. Los medios de comunicación masiva son considerados importantes en la estructuración de las sociedades contemporáneas, porque son

un recurso de poder, un instrumento potencial de influencia, control e innovación en la sociedad [...] una fuente importante de definiciones e imágenes de la realidad social [...] un lugar donde se construye, almacena y expresa de manera visible la cultura y los valores cambiantes de las sociedades [...] el origen de un sistema de significados, ordenados y públicos que proporciona un patrón de lo que es normal, empírica y subjetivamente, donde se señalan las desviaciones y se hacen comparaciones en función de esta versión pública de la normalidad (McQuail, 2001, p. 28).

49

Dicho de otra manera, los medios de comunicación reflejan e influyen las normas sociales y las políticas públicas al impulsar agendas y argumentos específicos; grupos de interés los emplean para transmitir mensajes específicos sobre temas concretos, con el propósito de influir la manera en la que el público piensa sobre dichos temas (Gardner, Geierstanger y Brindis, 2010; Llaguno *et al.*, 2008). A este uso de los medios se le conoce como *agenda setting* (Gibson, 2010; Marks *et al.*, 2007; Roy *et al.*, 2011). Esta práctica parte de la idea de que el grado y tipo de atención que los medios le dan a un tema influirá en el grado de importancia que se le asigne en ese contexto social particular. Los mensajes producidos y reproducidos por los medios son incorporados al entramado social, informando al público sobre qué y cómo pensar los distintos temas que tocan, particularmente cuando se trata de aquellos relacionados a la ciencia, la tecnología y la salud. Además son portadores de mensajes sobre prevención de enfermedades (Marks *et al.*, 2007; Mercado *et al.*, 2001; Michelle, 2007; Mini, 2005; Nelkin, 1996; Nisbet y Lewenstein, 2002; Petersen, 2001; Roy *et al.*, 2011; Alacay y Mendoza, 2000).

Otro uso de los medios, el *media advocacy*, parte de la idea de que los éstos son capaces de influir en la dinámica de plantear, aceptar y ejecutar políticas públicas (Gibson, 2010), utilizando los medios como plataforma para promoverlas entre los tomadores de decisiones, a través de presentárselas al público en general (Gardner *et al.*, 2010). La diferencia entre *agenda setting* y *media advocacy* es el objetivo específico y el público meta. En el caso de *agenda setting* el público meta es la población en general y lo que se busca es cambiar conductas individuales; mientras que en el caso de *media advocacy* el público meta son los tomadores de decisiones y lo que se busca es cambiar las políticas públicas. Por ejemplo, autores como Dorfman, Wallack y Woodruff (citados en Gibson, 2010) sugieren que los medios son una herramienta poderosa para colocar temas de salud —como la obesidad infantil— en la agenda pública y gubernamental con el fin de lograr cambios estructurales, como serían la falta de accesibilidad a áreas verdes, pocas oportunidades para hacer ejercicio dentro y fuera de la escuela, y el fácil acceso a productos de bajo costo y alto contenido de grasas, azúcares y sales.

Una forma de identificar la manera en la que se están utilizando los medios es viendo cómo se enmarcan los temas en las notas. Las imágenes que se usan, el tipo de verbos y adjetivos que se emplean en los encabezados, y la narrativa que se sigue en la pieza, si se presenta el tema de manera positiva o negativa, como preocupante o neutral, como algo nuevo o viejo. En breve, la manera en la que se enmarca un tema resalta ciertos aspectos del él y opaca otros (Goffman, 1974). Esto a su vez es transmitido al público lector influyendo sus percepciones, ideas y actitudes respecto al tema, por ejemplo, como más o menos riesgoso, urgente o alarmante (Solvic, 2001, citado por Marks *et al.*, 2007).

Queda claro que los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad respecto a la información que ofrecen y cómo la presentan, ya que además de informar, modelan la opinión e influyen en las políticas públicas. Por lo mismo, merecen ser estudiados de manera sistemática y crítica. Los pocos estudios sobre el periodismo científico en México concluyen que las notas relacionadas a la ciencia (entre ellas las que

cubren aspectos de salud) carecen de una visión crítica. Lo cual es particularmente importante si se tiene en cuenta que en México a los medios de comunicación se les considera poco objetivos y tendenciosos en su forma de reportar temas de orden político y social (Mercado *et al.*, 2001, p. 236), así como en temas relacionados a la salud (Mercado *et al.*, 2001; Llaguno *et al.*, 2008; Peimbert, 2007; Veneu *et al.*, 2008). El presente trabajo es un esfuerzo por estudiar de manera crítica la cobertura que hace el periódico *Reforma* sobre un tema de salud particular: la obesidad. En el momento en el que dicho tema se encontraba envuelto en una controversia de orden político, social y económico. Los estudios críticos de la comunicación plantean que conocer cómo los medios cubren los temas de salud, puede servir de guía para mejorar dicha cobertura y que ésta sea una herramienta útil para el público (Alcalay y Mendoza, 2000).

51

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LAS NOTAS

Se obtuvieron un total de 698 notas publicadas entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2010, que contenían “obesidad” o “diabetes” ya sea en los encabezados o en el texto (ver tablas 3 y 4). Si únicamente consideramos los encabezados, que es lo más leído por la gente, de este total solamente en 7% se utilizan alguno de los dos términos, pero en ninguno de los casos aparecen juntos. Esto no promueve la idea de que la obesidad y la diabetes están relacionadas. Algo similar sucede si consideramos el contenido del texto además de los encabezados. Como podemos ver en la Tabla 4, entre enero y agosto, el término obesidad aparece en 59.45% de las notas, y el término diabetes en el 28%, mientras que en sólo 12.46% aparecen ambos términos. Lo preocupante de esto es que la obesidad por sí misma no es el problema importante, sino las consecuencias de salud que conlleva, por ejemplo, la diabetes. Si esta relación no es presentada claramente, ¿qué idea se estará llevando la gente de porqué es importante combatir la obesidad? La poca importancia que se le dio a la diabetes en las notas analizadas refleja lo que Mercado y sus colegas (2001) encontraron

52 en su estudio. Entre otras cosas, buscaban conocer la importancia que la prensa le daba a las enfermedades crónicas (principalmente diabetes). Analizaron 23 422 artículos relacionados a la salud presentados en doce periódicos nacionales entre 1992 y 1996. Encontraron que sólo 14.2% de las notas hablaban de enfermedades crónicas, 1 986 hablaban sobre SIDA, 448 sobre cáncer, y solamente 157 hablaban de diabetes. Sin embargo, enfermedades relacionadas con la obesidad, como la diabetes, las enfermedades del corazón y la hipertensión, son las principales causas de muerte desde hace más de 10 años (diabetes 14%, enfermedades isquémicas del corazón 11.1%, hipertensión 2.9%), mientras que el SIDA representa sólo el 1% de las muertes (Secretaría de Salud, 2008). Es decir, lo que reportan los medios no refleja lo que informa el gobierno respecto a las principales causas de mortalidad.

Respecto a la distribución de las notas podemos decir que el tema de la obesidad era recurrente en discusiones de diversa índole que alcanzaron espacios mediáticos distintos. Se encontraron notas en las secciones: Nacional, Estado, Ciudad, Negocios, Opinión y en algunos suplementos. Sin embargo, durante el tiempo sondeado no aparecieron notas en la sección de Ciencias. Curiosamente, desde 1993 a la fecha solamente se publicaron 32 artículos sobre diabetes en la sección Ciencias, el último fue el 4 de diciembre de 2008, y sobre obesidad solamente se encontraron 10, de nuevo el más reciente se publicó el 4 de diciembre de 2008. Por otro lado, se encontraron muchas notas en la sección Estado. Esto puede deberse a que el Estado de México prestó especial atención a su situación de obesidad infantil ya que: “Supera la obesidad promedios nacionales / Registra EdoMex mayores índices que resto del país” (28 de enero, Estado).

TABLA 3

Notas por mes que arrojó el buscador empleando los términos “obesidad” y “diabetes”

Enero	122	Mayo	93
Febrero	86	Junio	68
Marzo	78	Julio	71
Abril	66	Agosto	114
		Total	698

Fecha de búsqueda: 7 y 28 de septiembre.

TABLA 4

Notas en las que el término “diabetes” y “obesidad” son usados en encabezados o en texto y encabezados

	Encabezado	Texto y Encabezado
Obesidad	46	415
Diabetes	3	196
Obesidad y diabetes	0	87
Total	49	698

Fecha de búsqueda: 7 y 28 de septiembre.

DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES:

SUS RESPONSABILIDADES, PAPELES Y ENTORNOS

Se identificaron siete grupos de actores principales: el gobierno, la escuela, la familia, la industria, el mexicano obeso, el ciudadano y el experto. En algunos de estos grupos hay subcategorías de actores, como es el caso del gobierno, el cual incluye, entre otros, a la Secretaría de Salud (ssa), la Secretaría de Educación Pública (sep) y las cámaras de Diputados y la de Senadores; o en la industria que contiene a las industrias panificadora y la refresquera; o el mexicano obeso, que puede ser un adulto o un niño. Todos los actores confluyen en espacios, momentos y fenómenos específicos, por ejemplo, la obesidad, la cooperativa escolar, el entorno familiar, y otros que analizaremos más adelante. Cada uno de estos actores juega un papel específico, es representado con una o varias máscaras, y se le asigna o adquiere responsabilidades particulares. Sin embargo, los papeles que juegan, las máscaras que portan y las responsabilidades que tienen no siempre están claramente determinados ni permanecen estáticos a lo largo del periodo analizado.

Comenzaremos por analizar cómo es presentada la obesidad, ya que es el punto nodal en el que confluyen y desde el cual se articulan los

otros actores. La obesidad es descrita como un problema de salud relativamente reciente, que afecta tanto a adultos como a jóvenes y niños, que va en aumento y que genera problemas de salud como discapacidad, discriminación, diabetes, problemas cardiovasculares y muerte, así como problemas económicos para el país debido al alto costo de sus tratamientos y al incremento en el número de pacientes que los requieren. La mayoría de las notas designan a los hábitos alimenticios y la cantidad de actividad física como los responsables de la obesidad. Finalmente, se plantea que es un problema que puede ser tratado y que urge atender antes de que las consecuencias económicas que tiene para el país sean devastadoras.

54

Quien padece el problema en carne propia es el mexicano obeso, quien es caracterizado como pasivo, con poca posibilidad de cambiar su situación, sujeto a lo que se le ofrece, sin poder político y sin voz. El mexicano obeso puede ser un adulto, un ciudadano de a pie, un militar o un policía, pero en la mayoría de las notas analizadas el mexicano obeso era el niño en edad escolar, esto posiblemente como respuesta a los datos arrojados por la OCDE y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INSP, 2006), donde se califica a la obesidad infantil como un problema alarmante y que fue presentado como un caso particular que requiere soluciones específicas. El niño obeso se ubica como el receptor de los dulces ofrecidos durante las fiestas navideñas o el consumidor de ciertos productos comestibles industrializados dentro del entorno escolar, un hijo de familia que recibe dinero para comprar en la cooperativa o en los puestos y tiendas al salir de clase, y el comensal de aquello que cocina su madre. En estos momentos y espacios, el escolar y el familiar, el niño obeso es presentado como víctima y lo es por las características del entorno escolar, es decir, de la oferta de productos comestibles de las cooperativas, puestos y tiendas, de la falta de agua potable y del reducido espacio en las escuelas que le impide hacer ejercicio; es víctima de la poca atención y posibilidades de sus padres; es el sujeto de los debates y negociaciones políticas entre las distintas agencias del gobierno (SSA y SEP), entre el gobierno y las industrias panificadora y refresquera, y entre

la escuela y la familia. Al final es un sujeto sin voz, afectado por todo lo anterior, pero olvidado por todos.

En general las notas hablan de tres responsables de la epidemia de obesidad infantil los cuales están presentes en el entorno escolar: los productos comestibles industrializados, las bebidas gaseosas y endulzadas y la falta de actividad física. Los productos comestibles, generalmente llamados “chatarra”, fueron descritos como alimentos procesados industrialmente, con un alto contenido de azúcar, grasas y sal, y con un gran aporte calórico y poco valor nutrimental. Por ello, algunos buscan que sean eliminados de las cooperativas escolares. Ciertos actores también les atribuyen cualidades adictivas, por lo que, como las drogas, consideran que su consumo no se debe dejar al criterio de los niños (17 enero, Calvillo Unna). En algunos momentos se buscó incluir en el debate a los productos “light” (11 y 26 de enero, Nacional, p. 7), así como algunos productos no industrializados, como los tacos, las tortillas y las tortas.

55

Se proponen tres maneras para controlar que los niños no consuman estos productos: a través de retirarlos de las cooperativas escolares, mediante un sistema de etiquetado y, por último (la que menos se menciona en los medios), regulando la publicidad de estos productos dirigida a la población infantil. La industria que los produce respondió sugiriendo un cambio en el tamaño de los paquetes, argumentando que al reducir la porción, disminuye el contenido calórico que el consumidor ingiere por paquete. Analicemos como se presentan cada una de las propuestas de solución.

Para poder retirar los productos de las cooperativas era necesario establecer cuáles serían los prohibidos y cuáles los permitidos. Para esto se sugirió realizar una lista de todos ellos. En momentos dicha lista era de productos prohibidos, mientras que en otros era de los permitidos. La diferencia entre cada una de estas versiones es importante ya que repercute directamente en cómo son presentados (en términos de qué tan positivos o negativos se ven) los productos que se excluyen de la lista y por ende de las cooperativas, ya sea por estar prohibidos o por no ser permitidos. De hecho, hay notas en las que la industria aparece reclamando que al

ubicar sus productos en la lista, están siendo estigmatizados. Leyendo las notas, no queda claro si la lista se concretó o no. Aparece como una nebulosa en la que la SSA, la SEP, el gobierno, la industria y las cooperativas luchan una batalla que cada vez más parece una guerra política y no una preocupación por la salud pública.

56 Respecto al etiquetado, se proponía hacer obligatorio el que los productos comestibles con alto valor calórico y poco aporte nutrimental tuvieran que portar leyendas de alerta en las que se especificaran los riesgos que dicho producto podía implicar para la salud. Se sugería que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) aplicara sanciones a la industria que no cumpliera con el etiquetado o que diera a conocer información falsa. Sin embargo, tanto la propuesta de generar una lista de productos permitidos/prohibidos en las cooperativas escolares, como la de un etiquetado de alerta, quedaron en eso, en propuestas. Por último, se habló sobre regular la publicidad de los productos, se sugería eliminarla del entorno escolar, pero en las notas no se le da seguimiento al tema.

Cuando se introduce el argumento sobre la poca actividad física como causante de la obesidad infantil, se sugiere implementar de manera obligatoria, para todos los alumnos de primaria, una rutina diaria de ejercicio durante 30 minutos (26 de enero, Nacional, p. 7; 27 de enero, Nacional, p. 3). Poco tiempo después esta propuesta se suavizó. Se dice que no es necesario que los 30 minutos sean continuos y luego se introduce el concepto de “activación física” el cual consiste en realizar ejercicios de estiramiento durante unos pocos minutos (lo que dura una canción). Sin embargo, la literatura médica indica que esta rutina no tiene efecto alguno en el combate al sobrepeso y obesidad. 20 minutos de ejercicio físico continuo durante al menos cuatro meses, sirven apenas para reducir riesgos cardiovasculares, pero no son suficientes para disminuir el sobrepeso (Perichart *et al.*, 2008).

Se mencionan principalmente dos espacios en los que el niño obeso entra en contacto con estos productos comestibles, el escolar y el familiar, siendo el espacio escolar el que recibe la mayor atención en los medios.

La manera en la que se describen los diferentes espacios sugiere las posibilidades y obstáculos que tienen para contribuir a la resolución del problema de la obesidad infantil. Por ejemplo, en el entorno escolar se señalan cuatro espacios principales: la cooperativa, las instalaciones, el agua potable y las intermediaciones. La cooperativa es presentada como un espacio que “debe tener una función eminentemente social y educativa” (17 de enero) la cual contribuya a “instruir a los niños en sus alimentos”, pero a la vez tiene intereses económicos por lo que busca vender los productos que generan más ventas (por ejemplo, los industrializados). Aunado a esto, la cooperativa aparece como un espacio no regulado ni vigilado en donde se vende cualquier producto. “Se ha encontrado que los expendios de alimentos en escuelas no están regulados y se atienden las disposiciones de salubridad de manera voluntaria. De hecho, no se conoce con exactitud la calidad ni el tipo de alimentos que ahí se ofertan” (16 de abril, Nacional, p. 2). Se mencionan dos tipos de productos que merecen atención, por un lado los procesados industrialmente y, por el otro, los preparados en la misma cooperativa, los cuáles según el secretario de salud, corresponden al 80% de lo que se vende en las cooperativas (18 de junio, Nacional, p. 18). Es justamente en esta distinción donde la industria panificadora y de productos procesados encuentra su salida, la cual les es dada por el secretario de Salud al decir que: “Realmente la parte que corresponde a lo industrializado es nada más un 20 por ciento, donde tenemos que hacer un gran cambio es cómo se están preparando los alimentos, de tal manera que no se agreguen componentes que tengan grasas saturadas, que se agreguen lo mínimo de componentes que tengan colesterol y que no se agregue sal o azúcar añadida” (18 de junio, Nacional, p. 18).

57

Por otro lado, se mencionan casos en los que las instalaciones de las escuelas dificultan la actividad física, ya que muchas veces los espacios destinados al recreo son insuficientes o inapropiados. Lo mismo sucede con la disponibilidad de agua potable. Se plantea que, como no todas las escuelas tienen acceso a agua potable en sus instalaciones, preparar productos como frutas o verduras que requieren lavarse resulta problemático,

por lo que no se sugiere su venta en las cooperativas. Asimismo, la falta de agua potable no embotellada hace que los niños únicamente beban agua envasada, refrescos o jugos industriales. Se habló también sobre regular la venta de productos en las inmediaciones escolares. Durante los primeros meses del año, en el Estado de México, se discutió sobre sancionar a los vendedores de “comida chatarra dentro de las escuelas y fuera de ellas en un radio mínimo de 50 metros” (5 de febrero, Estado, p. 10). Sin embargo, este tema no se volvió a tocar después.

58

En abril los medios reportaron que la Asamblea Legislativa había aprobado las reformas a la Ley para la prevención de la obesidad y trastornos alimenticios, que propone realizar censos de peso y talla en las escuelas primarias del Distrito Federal, usando el espacio escolar como lugar de vigilancia médica. Sumando todo esto, el entorno escolar se dibuja como un ámbito con buenas intenciones de educar, pero dadas sus malas condiciones resulta más bien apto para engordar, un espacio donde los niños tienen acceso a productos que promueven la obesidad, que según algunos actores no son en su mayoría productos industrializados y donde, dadas las condiciones del mismo, no tienen la posibilidad de ejercitarse.

Las industrias panificadora y refresquera son colocadas como la antagonista de la salud de los niños y como la víctima de las leyes que buscan regular la presencia de sus productos en las cooperativas escolares. En pocas notas se habla de la industria con nombre propio (excepto por ejemplo el 25 de enero, Nacional, p. 2; 21 de julio, Nacional, p. 12; 28 de junio, Nacional, p. 2). Por lo general Bimbo, Barcel, Danone, Nestlé, Hershey's, Pepsico y Coca-Cola permanecen anónimos y agrupados bajo los genéricos de industria panificadora e industria refresquera, como integrantes del Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo (ConMéxico), de la Asociación Nacional de Productores de Refrescos y Aguas Carbonatadas (ANPRAC) o de la Cámara Nacional de la Industria de Transformación (Canacintra). Estas empresas, junto con la industria lechera, movilizaron diferentes estrategias legales para evitar que se llevara a cabo un recorte de la oferta de sus productos dentro de las escuelas,

por ejemplo, apelando al artículo 5 de la *Constitución* donde se habla de la libertad de comercio e industria (21 de julio, Nacional, p. 12). En general la industria argumenta que están “conscientes del problema de la obesidad en los niños y adolescentes” (21 de julio, Nacional, p. 12), pero que no es un problema que se deba al consumo de sus productos, sino a la falta de actividad física dentro y fuera del entorno escolar.

El grupo de actores relacionados al gobierno es extenso. Están las cámaras de Diputados y Senadores, la SSA, la SEP y las comisiones y organismos como la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Cofemer) y la Cofepris. La SSA y la SEP son presentados como capaces de ofrecer soluciones al problema, aunque en momentos sus capacidades sean limitadas por razones económicas y de infraestructura. La SEP siempre está con “duda” y “titubea” sobre qué hacer respecto a la “demanda” y “exigencia” que le hacen para “prohibir” o cuando menos “regular” la oferta de productos en las cooperativas escolares. Frecuentemente se le “urge” que defina cuáles son los productos que no se pueden vender en las cooperativas y que elabore la lista de productos aceptados y prohibidos. El debate tomó vuelo a partir del mes de febrero y comenzaron a aparecer más frecuentemente la Cofemer y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

La Cofemer dice que “no decidirá que alimentos y bebidas podrán venderse y cuáles no” (30 de julio, Nacional, p. 14). Por otro lado la Cámara de Diputados y la de Senadores aparecen en los medios como los responsables de “frenar la reforma en materia de salud y educación para combatir y prevenir la obesidad infantil. Bajo el argumento de que es necesario realizar más foros de discusión” (16 de agosto, Nacional, p. 2). La Cámara de Diputados “flexibilizó” el acuerdo referente a la actividad física con el argumento de que “la propuesta no se puede imponer como norma obligatoria porque no todas las escuelas tienen la infraestructura necesaria y se puede afectar el desempeño académico” (13 de abril, Nacional, p. 3), y luego aprobó “reformas legales para prevenir la obesidad infantil, pero sin prohibir explícitamente la venta en las cooperativas escolares de la llamada comida chatarra” (14 de abril, Primera Plana).

En todos estos casos, las notas publicadas sugieren “enfrentamientos entre panistas y priistas integrantes de la comisión de salud” (13 de abril, Nacional, p. 3).

60 El ciudadano como actor, es a la vez un ciudadano organizado en asociaciones civiles, como El Poder del Consumidor, un lector del periódico, o una madre o padre entrevistado por el reportero. Las posturas de cada uno de estos subgrupos son interesantes. Por un lado, son las asociaciones civiles quienes más directamente señalan y atacan el que una cuestión de salud en la que los niños son los principales afectados, sea tratada como una cuestión económico-política en la que la industria se coloca como la afectada. Por el otro, entre los lectores se encuentran quejas contra el tono o postura de “paternalismo y autoritarismo” del gobierno al prohibir productos en las escuelas, así como incredulidad de que esta medida sea útil para combatir el sobrepeso y la obesidad (20 de enero, Nacional, p. 4). En general favorecen la postura de aumentar la actividad física en lugar de restringir la ingesta de este tipo de productos (21 de julio, Nacional, p. 12; 14 de abril, Opinión, p. 17; 16 de abril, Opinión, p. 16). Es difícil establecer si esta tendencia refleja los juicios del público lector en general o si sólo se eligieron tales opiniones sobre otras para ser publicadas.

Finalmente está el experto, el cuál puede ser un médico practicante, un médico funcionario público o un investigador. Por lo general aparece como el vocero de la verdad científica, estadística y epidemiológica. En ocasiones aboga por eliminar los productos industrializados y refrescos de las cooperativas, mientras que en otros momentos sugiere que estos productos no contribuyen de manera significativa a la obesidad: Eduardo García García, director de la Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de Nutrición, “rechazó que el acelerado aumento de la obesidad y el sobrepeso en México esté condicionado por mayor presencia de la comida chatarra” (6 de junio, Nacional, p. 14).

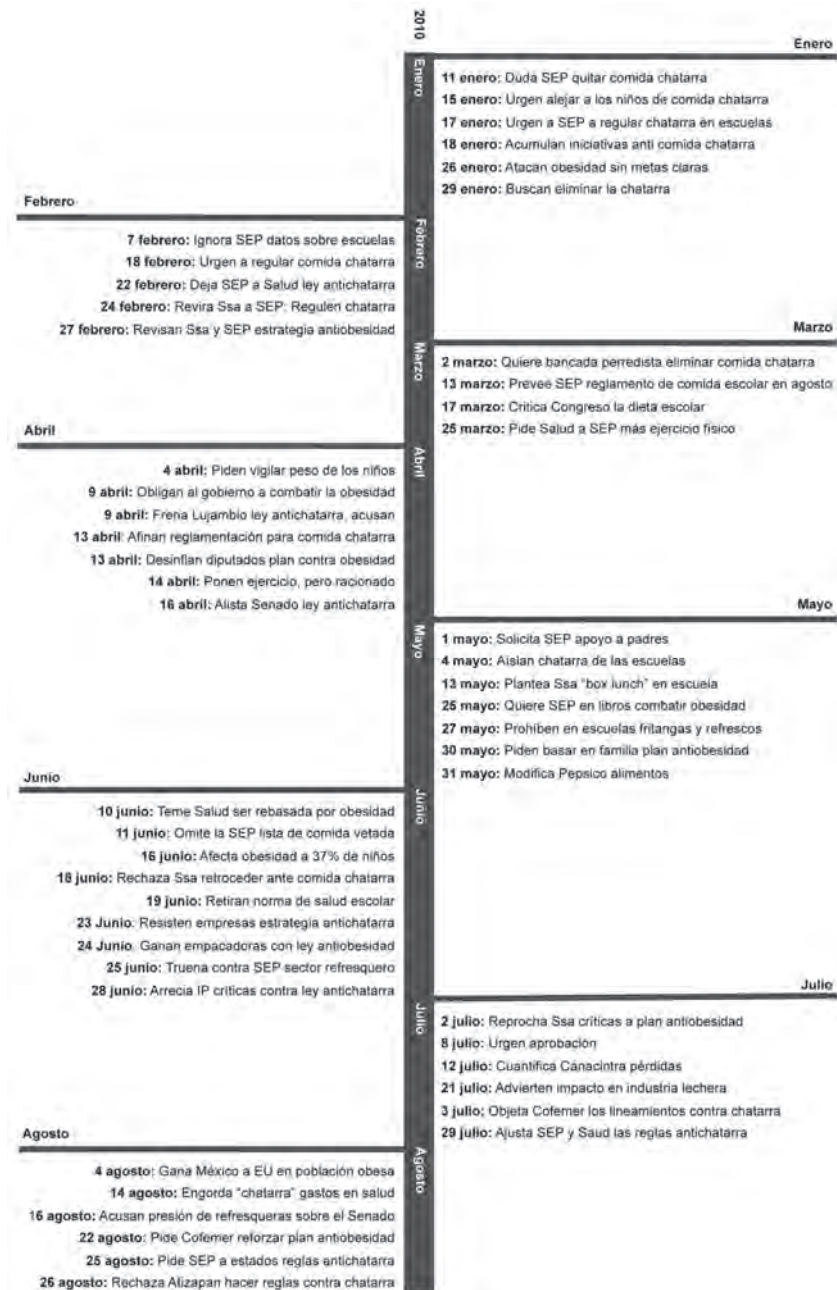
DINÁMICA Y ARGUMENTOS

“Los refrescos cubren necesidades básicas de hidratación al ser fuente confiable de agua potable [...] La ANPRAC manifiesta su desacuerdo con afirmaciones sin sustento, que directa o indirectamente califican a los refrescos como productos no saludables y por tanto no permitidos [...] Por ello, no aceptamos ningún trato o calificativo que discrimine y/o estigmatice sin sustento científico válido a los productos de esta industria [la ANPRAC] aseguró que retirar los refrescos de las escuelas no termina con el problema de obesidad” (ANPRAC, 25 de junio, Nacional, p. 17).

Analizando de manera cronológica la información presentada en las notas se genera una narrativa interesante (Figura 1). El problema de la obesidad es identificado al comenzar el año y se reconoce la urgencia de hacer algo al respecto. Las autoridades empiezan a asignar responsables y se acumulan iniciativas (18 de enero). La SEP y la SSA son oficialmente quienes deben tomar los lineamientos en sus manos (11, 16, 17 y 28 de enero, 7, 22, 24 y 27 de febrero). Pronto, las reglas contra la comida “chatarra” empiezan a tomar forma y el tema se politiza, lo cual invoca la participación de políticos, instancias gubernamentales, el congreso, las escuelas y distintos tipos de expertos en salud. Para mayo la industria alimentaria está luchando por evitar que se prohíba o limite la presencia de sus productos en las cooperativas escolares (31 de mayo, 23, 25, 28 y 30 de junio). Para agosto, lo que era urgente en enero deja de serlo, la inminente reglamentación se torna no tan necesaria y el cumplimiento de los cambios resulta en propuestas que podrían o no aplicarse a mediano plazo.

En las notas se detecta un constante vaivén entre las causas de la obesidad —alimentos frente a actividad física—, entre las soluciones propuestas —prohibir de manera obligatoria, sugerir los productos que se pueden vender, reducir el tamaño de los empaques o educar el consumo—, entre los responsables del problema —el entorno escolar o el entorno familiar— y entre los actores con posibilidad de proponer y

FIGURA I



ejecutar soluciones —la SSA, la SEP— las cámaras, las escuelas, etcétera. Asimismo, se detecta la dilución de las soluciones, pero no del problema. Se pasó de prohibir a sugerir, de eliminar la presencia de estos productos a sólo reducir el tamaño de sus presentaciones, de 30 minutos continuos de actividad física a bloques de tres a cinco minutos de “activación física”. La lucha contra la obesidad se convierte en la lucha contra la presencia de “comida chatarra” en las escuelas, dejando de ser una lucha en el campo de la salud pública y volviéndose una lucha político-económica contra la industria que produce este tipo de alimentos. Esta lucha tiene varios aspectos, la batalla por el armado de la lista de productos prohibidos y permitidos por un lado, y por el otro, el supervisar que los lineamientos se acaten en las cooperativas. Estas dos responsabilidades son jugadas entre la SEP y la SSA como partido de tenis, donde finalmente nadie asume la responsabilidad de manera total. La industria logra despojarse de su papel de antagonista de la salud infantil, gracias a notas que dicen cosas como que sólo 20% de lo que se vende en las cooperativas son sus productos, o que la obesidad se debe a la falta de actividad física o, como se señala en el fragmento que introduce esta sección, que sus productos son más higiénicos y seguros que el agua del grifo. Sin embargo, ofrecen reducir los tamaños de sus empaques.

63

Estudios previos han sugerido que la gente “está buscando información sobre salud que presente ideas claras de lo que puede ser hecho para mantener, mejorar y reivindicar estilos de vida saludables en forma individual y colectiva” (Alcalay y Mendoza, 2000, p. 1). Sin embargo, dada la poca consistencia y claridad de la información así como el movimiento del tema a lo largo de notas publicadas en las distintas secciones del periódico y entre los distintos tipos de notas, se complica el seguimiento del tema a lo largo de los días, meses y años, así como la obtención de información útil. Ejemplo de ello fue la complicación que implicó darle seguimiento al estado de la discusión de la ley y de la lista de productos mencionada anteriormente. Esta dificultad puede tener consecuencias en la opinión del público sobre el tema, aspecto que sería interesante indagar a profundidad.

Podemos notar que la manera en la que se cubrió el tema presenta una falta de perspectiva histórica. Con la excepción de una pequeña nota publicada el 18 de enero en la sección Nacional (p. 10), no hay otras que hagan referencia a las más de 70 iniciativas de ley que desde hace varios años se han presentado ante el Congreso con el fin de combatir la obesidad infantil (Cámara de Diputados, 2010). Esta omisión tiene varias consecuencias. Primero, presenta la idea de regular la oferta de productos comestibles en las primarias como algo nuevo, borrando de nuestra percepción el papel que han jugado la industria, los medios y el gobierno en la no resolución del problema. Segundo, no se habla de cómo se debatió en ocasiones anteriores el tema, no se informa sobre cuáles fueron los acuerdos a los que se llegó, los compromisos que se tomaron y los que se rompieron. Por ende, no hay manera de evaluar las resoluciones del pasado. En breve, esta omisión enmarca el debate como si esta fuese una batalla reciente y no una que ha sido peleada en muchos campos, por muchos años y que, por lo tanto, tiene ya una gran lista de intentos fallidos.

Los actores presentes en este debate utilizan argumentos similares para sustentar sus puntos y que son, por lo general, de orden científico-médico y económico, así como la construcción de la obesidad como un “problema multifactorial” para el cual se tienen que “implementar medidas multifactoriales” (30 de julio, Nacional, p. 14), dibujando así un escenario complejo y difícil de manejar. Los que están a favor de retirar los productos industrializados y los productos “light” de las cooperativas dicen que hay evidencia científica que demuestra que éstos contribuyen en gran medida a la obesidad, así como a otros problemas de salud (13 de agosto, Nacional, p. 2), mientras que los que buscan detener esta acción argumentan que “ni la SEP ni la SSA lograron fundamentar adecuadamente, con más bases científicas, las medidas que proponen” (César Rocha, coordinador Cofemer, 30 de julio, Nacional, p. 14). “La evidencia médica y nutricional, las estadísticas y los cambios en nuestros estilos de vida demuestran que los refrescos no son los causantes del problema” (Octavio Reyes, 17 de agosto, Negocios, p. 6).

Ejemplo similar es el argumento económico. Unos dicen que “anualmente el gobierno gasta 74 mil 827 millones de pesos en ese combate” (14 de agosto, Primera Plana), que las “enfermedades derivadas de la obesidad y el sobrepeso ‘se comen’ ya un tercio del gasto del Gobierno Federal destinado a los servicios de salud” (26 de enero, Nacional, p. 7), que “el 25% de las incapacidades que se reportan son por enfermedades relacionadas a la obesidad” (Ahued, 13 de agosto, Nacional, p. 2) y que “México ahorraría casi la mitad de su gasto para combatir la obesidad y enfermedades asociadas de aplicarse los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en las escuelas”. Al mismo tiempo otros reportan que “la entrada en vigor de esta regulación provocará a las empresas costos totales por más de 10 mil millones de pesos para adecuar y reformular sus productos, así como sus procesos de elaboración” (22 de agosto, Nacional p. 2). Lo anterior demuestra que todos los actores invocaron argumentos científicos y económicos similares para sostener sus puntos de vista, aun cuando éstos son opuestos.

65

Por último, se emplean conceptos ambiguos y difíciles de entender si no se es experto, por ejemplo: “densidad energética”, “contenido calórico”, “light”, “bajo en calorías” y “porción”. Este último tiene varios significados según el contexto en que se use. Por un lado, el *Diccionario de la Lengua Española* define una porción como la cantidad que corresponde a cada partícipe en un reparto, lo que resulta ambiguo cuando se habla de cuidar las porciones de los alimentos que las personas deben consumir, ya que si se sigue la definición estricta, la ración varía entre el número de partícipes y no hay una medida que delimite el consumo. Para los no expertos una porción es la cantidad de alimento que consumen sin importar si esa es la medida que necesitan ingerir. Sin embargo, el término porción tiene una definición precisa en el contexto de la nutrición, a la cual se le considera una ración estandarizada de alimento en base a una cantidad específica de calorías, hidratos de carbono, proteínas y grasas. Por ejemplo, una manzana, medio plátano, tres higos y una taza de papaya, todos contienen aproximadamente 60 calorías, 0 gramos de proteína, 0 gramos de grasa y 15 gramos de hidratos de carbono, y todos

equivalen a una porción de fruta. El Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (Pérez-Lizaúr *et al.*, 2008) ofrece una guía en donde los alimentos son clasificados en grupos que comparten propiedades similares (por ejemplo, calorías, proteínas, grasa e hidratos de carbono) y se establecen raciones de alimentos cuyo aporte nutrimental es similar a los del mismo grupo. La estandarización de la porción pretendía poner a disposición de la población planes de nutrición adecuados a cada persona y facilitar el manejo de alimentos en medidas caseras (es decir, piezas, tazas y cucharadas), así como permitir la unificación del tamaño de las raciones que aparecen en las etiquetas de los productos. Sin embargo, el uso específico del término porción se utiliza exclusivamente por especialistas de la salud, principalmente nutriólogos, por lo que el grueso de la población desconoce lo que implica una porción en términos de alimentación. Esta distinción en el significado del concepto no se menciona en los artículos.

CONCLUSIÓN

Comparando lo que se encontró en este estudio con lo reportado por Mercado Martínez y sus colegas en 2001, se puede concluir que las cosas han cambiado poco (ver también Massarani y Buys, 2007; Massarani *et al.*, 2005). La manera en la que se reportan los temas de salud, particularmente aquellos relacionados con enfermedades crónicas, es insuficiente, parcial y confusa, y la voz de aquellos afectados no puede ser escuchada por el constante parloteo de los actores políticos e industriales. Las notas no ofrecieron información clara sobre ninguno de los siguientes temas: los efectos que tienen los refrescos y productos procesados en la salud, la importancia de mantener un peso corporal adecuado, los beneficios de realizar ejercicio rutinariamente, qué es la diabetes, cómo detectarla y controlarla, los efectos que tiene en la salud el sobrepeso y la obesidad.

Posiblemente hay elementos positivos y rescatables de este enjambre de mensajes, y es probable que la constante referencia al tema logre hacer

consciente al público. Para saberlo, será necesario realizar otro estudio. Por el momento, haciendo un balance entre las voces que se escuchan y las que permanecen calladas, entre lo que se enfatiza y lo que no, y entre lo que se analiza y critica y lo que no se cuestiona, se puede sospechar que hay un intento por generar conciencia y acción por parte de aquellos preocupados por el incremento en el número de niños con obesidad (*agenda setting*) y que hay un esfuerzo por parte de algunos actores por contrarrestar la prohibición de estos productos en el entorno escolar (*media advocacy*). Lo que no se detecta es trabajo crítico y profundo de investigación periodística ni de divulgación científica o de comunicación de temas de salud. Hacen falta notas en las que se analice la problemática, en las que la voz de los afectados y expertos sea identificada, en las que se le hagan las preguntas incómodas a quienes son responsables y los que pueden tomar acción. Desgraciadamente, así como a los políticos, a los comerciantes y a los industriales se les olvidó el niño que padece de obesidad, también se le olvidó a la prensa.

67

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalay, R. y Mendoza, C. (2000). *Proyecto COMSALUD. Un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Cámara de Diputados. (2010). Gaceta. Marzo. *Gaceta Parlamentaria*, II(2975).
- Conrad, P. (1997). Public Eyes and Private Genes: Historical Frames, News Constructions and Social Problems. *Social Problems*, 44(2), 139-154.
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2010). *Principales causas de mortalidad en México, 1980-2008*. México: Conapo.
- Gardner, A., Geierstanger, S. y Brindis, C. (2010). Clinic Consortia Media Advocacy Capacity: partnering with the Media and Increasing Policy Awareness. *Journal of Health Communication*, (15), 293-306.
- Gibson, T.A. (2010). The Limits of Media Advocacy. *Communication, Culture and Critique*, (3), 44-65.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis*. Nueva York: Harper and Row.

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). (2003). *Epidemiología de la obesidad*. México: Secretaría de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Principales causas de muerte en México*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (1997). *Estadísticas de mortalidad en México. Causas de muerte*. México: INSP.
- (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: INSP.
- (2008). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares, 2008*. México: INSP.
- Linden, T. (2003). Book Review. Medical Journalism: Exposing Fact, Fiction, Fraud. *Public Understanding of Science*, (12), 110.
- Llaguno-Aguilar, S.E., Dorantes-Alonso, A.C., Thrasher, J.F., Villalobos, V. y Besely, J.C. (2008). Análisis de la cobertura del tema de tabaco en medios impresos mexicanos. *Salud Pública de México*, (50), 348-354.
- Marks, L.A, Kalaitzandonakes, N., Wilkins, L. y Zakharova, L. (2007). Mass Media Framing of Biotechnology News. *Public Understanding of Science*, (16), 183.
- Massarani, L. y Buys, B. (2007). La ciencia en la prensa de América Latina. Un estudio en 9 países. X Reunión de la Red de Popularización de la Ciencia y la Tecnología en América Latina y el Caribe y IV Taller Ciencia, comunicación y sociedad. 9 al 11 de mayo. San José, Costa Rica.
- Massarani, L., Buys, B., Amorim, L.H. y Veneu, F. (2005). Science Journalism in Latin America: A Case Study of Seven Newspapers in the Region. *Journal of Science Communication*, 4(3), 1-8.
- McQuail, D. (2001). *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*. México: Paidós Comunicación.
- Mercado-Martinez, F.J., Robles-Silva, L., Moreno-Leal, N. y Franco-Almazán, C. (2001). Inconsistent Journalism: The Coverage of Chronic Diseases in the Mexican Press. *Journal of Health Communication*, (6), 235-247.
- Michelle, C. (2007). Human Clones Talk about their Lives: Media Representations of Assisted Reproductive and Biogenetic Techniques. *Media Culture Society*, (29), 639.
- Mini, S. (2005). Genetics and Biotechnologies in Italian Mass Media. *Journal of Science Communication*, 4(3), 1-13.
- Nelkin, D. (1996). An Uneasy Relationship: The Tension Between Medicine and the Media. *The Lancet*, (347), 1600-1603.

- Nisbet, M. y Lewenstein, B. (2002). Biotechnology and The American Media: The Policy Process and the Elite Press, 1970-1999. *Science Communication*, 23(4), 359-391.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Obesidad y sobrepeso. *Nota descriptiva*, (311), recuperado de [<http://bit.ly/18jXSEb>], fecha de consulta: 30 de octubre de 2012.
- Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). (2011). Overweight and Obesity. En *OECD Factbook 2011-2012. Economic, Environmental and Social Statistics*. París: OCDE.
- Pérez-Lizaúr, A.B., Palacios González, B. y Castro Becerra, A.L. (2008). *Sistema mexicano de alimentos equivalentes*. México: Fomento de Nutrición y Salud AC.
- Perichart-Perera, O., Balas-Nakash, M., Ortiz-Rodríguez, V., Morán-Zenteno, J., Guerrero-Ortiz, J. y Vadillo-Ortega, F. (2008). Programa para mejorar marcadores de riesgo cardiovascular en escolares mexicanos. *Revista de Salud Pública de México*, 50(3), 218-226.
- Petersen, A. (2001). Biofantasies: Genetics and Medicine in the Print News Media. *Social Science & Medicine*, 52(8), 1255-1268.
- Piembert Reyes, A. (2007). La agenda periodística sobre políticas y programas de salud sexual y reproductiva, Diciembre 2000-Diciembre 2001. *Comunicación e ciudadanía*, (1), 1-6.
- Roy, S., Gaulkner, G., Simone, E. y Finalay, S.J. (2011). A Weighty Matter? Reporting of Obesity Research in the Canadian Press. *Journal of Communications Research*, 2(1), 1-14.
- Secretaría de Salud. (2008). Sistema Nacional de Información en salud. México: Secretaría de Salud, recuperado de [<http://bit.ly/18jXV35>].
- Veneu, F., Amorim, L.M. y Massarani, L. (2008). Science journalism in Latin America: how the scientific information from a scientific source is accommodated when it is transformed into a journalistic story. *Journal of Science Communication*, 7(1), 1-9.



Publicidad y alimentación saludable. Un acercamiento a las percepciones de niños y amas de casa*

Ma. Carmen Vargas Ares

RESUMEN

Este documento explora si las percepciones de niños y amas de casa sobre “alimentación saludable” provienen de la televisión y cómo la publicidad televisiva afecta su decisión de compra; mediante el uso de una metodología mixta en la que las entrevistas en profundidad y análisis de contenido de anuncios de alimentos y bebidas no alcohólicas permitieron triangular la información teórica que se sustenta en cuatro ejes: percepción, publicidad, alimentación saludable y consumo; buscando el punto de convergencia entre los discursos de la publicidad con las referencias conceptuales de “alimentación saludable” de los entrevistados y sus preferencias de consumo. Este trabajo presenta una aportación para la investigación en salud debido a que da una panorámica de la metodología y la perspectiva sobre el funcionamiento y dirección de las campañas de orientación alimentaria, donde la suma de profesiones y acciones puede resultar indispensable para la trascendencia de mensajes en materia de alimentación adecuada.

Palabras clave: Publicidad, Alimentación, Consumo, Amas de casa, Niños.

ABSTRACT

This paper examines if the perception of mothers and children about “Healthy diet” comes from television and how advertising affects their purchase decision. Through a combination of methodologies, where the deep interview and the advertising content analysis allow

71

* Agradezco a la Dra. Sylvia Gutiérrez y Vera por la retroalimentación y apoyo para realizar el trabajo de tesis del que se deriva el presente artículo.

the explanation of the theoretical information that is supported on four axes: perception, advertising, healthy diet, and consumption; looking for the convergence point between the advertising speech and the interviewees conception of “healthy diet” and their consumption decision. This investigation presents a contribution for the health research, because of the methodology, the perspective of the direction and functionality of the nutritional education campaigns, where the sum of professions and actions could be vital for the conveying of the messages in terms of healthy diet.

Keywords: Advertising, Diet, Consumption, Housewives, Children.

INTRODUCCIÓN

Hipócrates, considerado el padre de la medicina, hace más de dos mil años sentenció: “que tu alimento sea tu mejor medicamento”. Se entiende a la alimentación como un elemento indispensable para cubrir necesidades fisiológicas; no obstante, al paso de los años, se ha vuelto desequilibrada o inadecuada y se ha convertido en uno de los enemigos más importantes de la salud pública, trayendo consigo, entre otras enfermedades, al sobrepeso, la obesidad y sus complicaciones. Es preciso recalcar que la causa fundamental de estas enfermedades es un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto de calorías. Uno de los factores más importantes de esta asimetría es la modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingestión de alimentos con alta densidad energética, ricos en grasas y azúcares, pero con escaso aporte de vitaminas y minerales.

Los problemas de sobrepeso y obesidad están relacionados con un costo tanto de salud —por las complicaciones que provocan—, como de tipo económico para el enfermo y sus familias; incluso en la actualidad los niños con obesidad son más propensos a maltrato por parte de sus compañeros, lo que derivaría en un costo social y psicológico importante. No obstante, se desconoce la percepción que tienen las amas de casa y los niños de lo que es la salud alimentaria, así como el papel de la publicidad que ven en la televisión sobre esta concepción y su influencia

en la decisión de compra. De esta manera, si no se conoce el papel de la publicidad televisiva de productos alimentarios en relación a la percepción de las personas sobre lo que es saludable y su decisión de compra, se carece de argumentos que permitan regular la publicidad en cuanto a contenidos o generar campañas enfocadas a mejorar los patrones de alimentación que ayuden a mitigar los problemas relacionados a una inadecuada ingesta de alimentos procesados.

REVISIÓN DE LITERATURA

El único modo de hacer frente al problema de sobrepeso y obesidad es el cambio de hábitos de consumo inadecuados y llevar un estilo de vida más saludable. Los medios de comunicación podrían ser instrumentos idóneos para este fin, ya que los niños y jóvenes figuran entre los que más tiempo pasan frente a la televisión, escuchando la radio, viendo avisos publicitarios en folletos, revistas o en Internet. Se considera que la televisión es uno de los medios de mayor alcance en la formación de opiniones y conductas de la población (Sauri, 2003, p. 2), por lo que ha sido ampliamente estudiado el efecto que produce en las audiencias (Schramm, Lyle y Parker, 1961; Martín, 1987; Lull, 1988; Orozco, 1994 y 1996; García y Ramos, 1998).

73

Televisión

El estudio de los efectos y consecuencias del consumo de la televisión es un tema complejo que se ha estudiado desde el nacimiento de este medio de comunicación. Las primeras investigaciones en torno a la relación entre los niños y la televisión comenzó a finales de la década de 1950 con los dos primeros trabajos monográficos que abordaron la cuestión: *Televisión and the child* (Himmelweit, Oppenheim y Vince, 1958), y *Televisión in the lives of our children* (Schramm, Lyle y Parker, 1961). Ambos estudios fueron el referente para una buena parte de la investigación que se realizaría en la década siguiente.

La mayoría de los trabajos realizados sobre la influencia de los contenidos de la televisión en la población (Schramm *et al.*, 1961; Martín, 1987; Lull, 1988; Orozco, 1994 y 1996; García y Ramos, 1998), están orientados a medir los efectos de los mensajes transmitidos por la televisión en la conducta de los niños y adolescentes en aspectos como la sexualidad, la violencia y el consumo de productos nocivos para la salud (alcohol, tabaco y drogas).

Algunos trabajos (Malagamba, 1986; Thompson, 1991; Aguilar, Molinari *et al.*, 2000, en Sauri, 2003), se ocupan de analizar el papel de los mensajes transmitidos por la televisión en la construcción de la identidad cultural, su injerencia en la socialización de las generaciones de renuevo y la subordinación de valores, tradiciones y creencias a estos mensajes.

74

Sobrepeso y obesidad

En México, en el periodo comprendido entre 1999 y 2006, hubo un incremento importante en la prevalencia de obesidad en todos los grupos de población. Según la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut) (INSP, 2006), las enfermedades relacionadas con malos hábitos de consumo alimentario son el problema de sobrepeso y obesidad, lo cual afecta al 70% de la población adulta y 26% de la infantil; considerándose así el problema de salud pública más importante de los últimos tiempos.

Televisión y salud

Desde la perspectiva médica el problema tiene dos tendencias: el balance energético y el consumo alimentario; sin embargo, en ninguno de los casos se realizan mediciones a largo plazo sobre consumo, preferencias alimentarias y formación de hábitos de alimentación. En este campo destacan los trabajos relacionados con el consumo televisivo y sus consecuencias en el balance de energía del cuerpo (Dietz y Gortmaker, 1985; Mendelson *et al.*, 1990; Bernard-Bonnin *et al.*, 1991; Wong *et al.*, 1992; Klesges *et al.*, 1993; Robinson *et al.*, 1993; Torrent, 2008; Harris y Bargh, 2009). La mayoría de los trabajos se enfocan en estudiar el consumo

televisivo a partir del número de horas que el niño o adolescente dedica a mirar televisión, el consumo alimentario en términos nutricionales, el tiempo dedicado a la realización de actividad física y la relación de éstos con el peso y algunas enfermedades metabólicas.

Televisión y alimentación

La relación que guarda el discurso publicitario de la televisión con la construcción de los hábitos alimentarios de los niños y adolescentes se ha estudiado poco en México o al menos eso parece, dado que sólo se localizaron dos trabajos (Anaya *et al.*, 1984), que es resultado de la colaboración del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund: Unicef) y el gobierno de México en materia de nutrición y alimentación. Este trabajo es una síntesis de los resultados obtenidos en el estudio del impacto de la televisión (especialmente de la publicidad comercial en la compra de alimentos) en los hábitos alimentarios de la población de cinco comunidades vírgenes (término relacionado a las señales televisivas) entre las que se encuentra Valladolid, Yucatán. El otro trabajo encontrado es una tesis de Maestría en Ecología Humana (Sauri, 2003), en la que se analiza la relación de la publicidad, el consumo de comida “chatarra” y sus efectos en el índice de masa corporal, obteniendo como resultado una relación no significativa.

Sin embargo, existe evidencia que afirma que el ver televisión afecta los hábitos de consumo alimentario ya que modelan las preferencias hacia los alimentos que se les ofrecen (Scammon y Christopher, 1981; Signorielli y Lears, 1992; Stroebele y De Castro, 2004; Chamberlain, Wang y Robinson, 2006; Wiecha *et al.*, 2006; Buijzen, Schuurman y Bomhof, 2008). Las causas que argumentan y exploran se basan en el hecho de que a lo largo de la barra infantil la transmisión de publicidad de alimentos con altas cantidades de grasa, azúcar y calorías es más elevada que en cualquier otro horario, haciendo susceptibles a los niños y adolescentes de transformar sus creencias y conductas hacia los alimentos. Sin embargo, al ser la obesidad una causa multifactorial no se pudo establecer una relación directa entre sobrepeso, obesidad y publicidad de

alimentos, sino únicamente como un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad, junto con la herencia, los hábitos de consumo y el sedentarismo.

Televisión y obesidad

76 Diversos estudios han demostrado la asociación entre la actividad física, el tiempo de ver televisión y la obesidad (Dietz y Gortmaker, 1985; Mendelson *et al.*, 1990; Bernard-Bonnin *et al.*, 1991; Wong *et al.*, 1992; Klesges *et al.*, 1993; Robinson *et al.*, 1993; Torrent, 2008; Harris y Bargh, 2009); dichos estudios mencionan que el ver televisión durante muchas horas puede aumentar el riesgo de obesidad por la reducción en el gasto de energía o por cambios en la dieta. También existe evidencia sobre la influencia de los contenidos publicitarios en televisión dirigidos a la población y los efectos de los mensajes transmitidos en aspectos como la sexualidad, la violencia y el consumo de productos nocivos para la salud (alcohol, tabaco y drogas). La mayoría de los trabajos se abocan a estudiar el consumo televisivo a partir del número de horas que los individuos dedican a mirar televisión, sin embargo, la relación que tiene el discurso publicitario de la televisión en la construcción de hábitos alimentarios se ha explorado poco.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para este estudio utilizó una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa); para resolver la pregunta de investigación se usó la técnica de análisis de contenido y entrevistas a profundidad, esto permitió una triangulación entre los resultados obtenidos de los sujetos de estudio.

Análisis de contenido

Se grabaron 32 horas de transmisión de los canales 2, 5, 7 y 13, del 20 al 23 de febrero de 2012; considerando en los canales 5 y 7 el horario de 14:00 a 20:30 horas, y en los canales 2 y 13 de 8:00 a 13:00 y de las 17:00 a las 22:00 horas.

Sujetos de estudio

Las personas que participaron en el estudio de caso fueron seleccionadas por muestreo opinático,¹ considerando las variables limitantes de edad, género y condición laboral de la ama de casa; de esta manera la muestra fue conformada por ocho personas de las cuales cuatro son mujeres con hijos y el resto son escolares de entre 8 y 13 años; a su vez las madres se dividieron por su perfil laboral: turno completo, medio turno, por horas y sin actividad laboral; se eligieron dos niños y dos niñas a fin de conocer las diferencias entre las percepciones de éstos por género. Se asumió que todos ven televisión, pero se consideró el tiempo que lo hacen para el análisis y las conclusiones. Las razones por las que se consideraron estos sujetos se describen a continuación:

77

a. Madres de familia

En el contexto cultural mexicano la madre de familia es el agente social de mayor peso en el ámbito doméstico y, por ende, la interacción madre-hijos es el proceso más influyente en la recepción televisiva de estos últimos (Orozco, 1992).

En la estrategia de creación de mercados se desarrolla una nueva manera de ver a las mujeres, una nueva óptica: la cuidadora del hogar, madre y gestora de lo doméstico que se transforma en mujer consumidora. Desde este punto de vista las “decisiones de compra” deben ser inteligentes para que pueda lograrse el bienestar de los miembros de la familia y esta responsabilidad recae sobre las mujeres. Las mujeres comienzan a ser vistas como las líderes indiscutibles en consumo puesto que 80% de las decisiones de compra del hogar las toman ellas; son negocio seguro (Carosio, 2008, p. 139).

¹ La selección de los elementos se realiza en función del juicio que respecto a la obtención de una muestra tiene quien la diseña. El fundamento de selección es subjetivo y resulta adecuado si quien define la selección dispone de criterios que le permitan reproducir la población muestra. Cuando la población es pequeña y los elementos se pueden ordenar según un criterio o son fácilmente distinguibles los resultados pueden ser satisfactorios (Vivanco, 2005, p. 191).

b. Niños y niñas escolares de entre 8 y 13 años

Los niños de ocho a trece años de edad, denominados “tweens”,² manejan una gran cantidad de información y una opinión drástica y clara respecto a los acontecimientos y situaciones que los rodean; también se encuentran completamente incorporados al mundo del dinero y la elección de las compras familiares, es decir, manejan ciertas sumas y representan un importante poder de consumo, ya sea a escala individual o familiar. Los *tweens* se encuentran en la etapa de formación de identidad, por lo que pueden ser bastante influenciados por los modelos sociales que los rodean; por esto, el rol de la televisión y de la publicidad es muy importante ya que funcionan como mecanismos que reproducen lo que es aceptado, valorado y deseado dentro de la sociedad (Del Valle *et al.*, 2010).

78

Según la *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008* (INSP, 2008), en México 25% de los escolares informaron que dedican menos de 7 horas a la semana frente a la pantalla viendo programas televisivos, películas o jugando videojuegos, lo cual se considera adecuado.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas

Se registraron 32 horas de grabación, de las cuales 76% corresponde a programación y 24% a la publicidad (7:49:05 horas). Los anuncios se clasificaron en nueve categorías, 21% corresponde a la clasificación de alimentos y bebidas no alcohólicas (1:36:14 horas), los cuales tienen una duración promedio de 18 segundos y un mayor tiempo de exposición en los canales 2 y 13 (133 y 122 respectivamente).

Adaptando la clasificación de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas planteada por Pérez, Rivera y Ortiz (2010), se obtuvo un

² La palabra anglosajona *between*, significa “entre”, de ella se deriva el término *tweens*, que se usa para referirse al grupo que se encuentra entre los 8 y 13 años de edad (Del Valle *et al.*, 2010, p. 421).

TABLA I

*Clasificación de anuncios de alimentos y bebidas no alcohólicas**

<i>Clasificación</i>	<i>Total de anuncios</i>	<i>Tiempo utilizado</i>	<i>Distribución porcentual**</i>
Bebidas con azúcar	17	00:05:36	6
Bebidas sin azúcar	15	00:05:10	5
Dulces y chocolates	49	00:15:40	16
Botanas	23	00:06:01	6
Grasas y aceites	14	00:03:49	4
Cereales con azúcar***	34	00:09:12	10
Cereales sin azúcar	36	00:11:50	12
Alimentos infantiles	19	00:05:48	6
Restaurantes	7	00:01:25	3
Lácteos (queso, leche y yogurt)	35	00:10:10	11
Sazonadores	24	00:09:02	9
Polvos con azúcar	8	00:02:24	2
Polvos sin azúcar	15	00:04:58	5
Sorteos, cortinillas e institucionales	25	00:05:10	5
Totales	321	01:36:15	100

* El desglose por canal se puede observar en Vargas (2012, p. 138).

** Se tomó como total las 1:36:14 horas de pauta publicitaria destinada a alimentos y bebidas no alcohólicas.

*** Entiéndase como cereales al grupo de alimentos que engloba los productos harinosos ricos en carbohidratos.

79

mayor porcentaje en la categoría de Dulces y chocolates (16%), seguido por Cereales sin azúcar y Lácteos (13 y 11% respectivamente) (Tabla 1).

Se analizaron 296 anuncios que corresponden a 94 marcas, a razón de una repetición promedio de 3 anuncios por marca, aunque las pautas van desde 1 hasta 11 que es la mayor repetición (Gerber). Con base en la revisión teórica (Saborit, 1988, p. 38) se analizó la pauta obteniendo los siguientes resultados:³

- 53% de los anuncios (50) tienen el objetivo de informar, mientras que 24 y 23% corresponden a convencer y recordar, respectivamente. Ante una gran oferta de productos, las marcas tienden a

³ El concentrado de datos se encuentra en Vargas (2012, p. 141).

informar sus beneficios o incluso ofrecer las nuevas presentaciones o sabores, esto responde a la falta de fidelidad de los consumidores.

- 33% de los anuncios (31) venden la necesidad de “satisfacción del yo”, mientras que 18% (17) corresponde a “sensación de arraigo” y en igual porcentaje 12 (11) están la “afirmación del propio valor” y “objetos de amor”. En materia de alimentación se puede entender este resultado debido a que recompensa diversos niveles dejando como último el nutricional, por ello satisfacer al “yo” está cumpliendo con el término de “alimentación adecuada” a gustos y necesidades individuales. Por otro lado, apelar a la sensación de arraigo corresponde al punto anterior de generar consumidores fieles; finalmente se observó que en cuanto a la afirmación del propio valor y objetos de amor, están íntimamente ligados a aquellos productos que le ofrecen a la mujer alimentos que la ayudarán al cuidado de su familia, y al ser algo socialmente correcto motiva la aprobación de la acción.
- Los anuncios refuerzan sus mensajes con “familias felices” en primer lugar, seguidos de situaciones fantásticas “sueños y fantasías” y “estilos de vida” (29, 24 y 21 por ciento respectivamente). Se observó que en las familias felices, cuando son de tres miembros, siempre el más joven es varón y cuando es de más personas antes de incluir a un niño y una niña, se incluyen a los abuelos u otros miembros adultos. Al saber que los anuncios pueden ser parte de la formación de estereotipos, no existe una identificación infantil femenina como parte de la creación de identidad de las niñas y únicamente promueven la adopción de la condición presentada como “la madre que cuida”. La creación de espacios fantásticos a través de la televisión es parte de una característica intrínseca y se da más comúnmente en los productos catalogados en el rubro de “Dulces y golosinas” y en algunos “Cereales con azúcar”; evidentemente anuncios que tienen como destinatario primario el niño.
- El “relato” es la técnica de emisión de mensaje más comúnmente utilizada (80%), es decir no existe una interacción con el tele-

vidente, solo una interacción con el objeto que promueve y la audiencia únicamente observa lo bien que le funcionaría porque a otros les es favorable, o lo bueno del producto para alguien más. El 20% restante, corresponde a un “discurso-relato”, en donde al inicio se dirige el emisor al espectador, pero termina demostrando e interactuando con el producto; no a razón de demostración sino como integración a una historia establecida.

- Los mensajes de los productos de alimentos y bebidas no alcohólicas están dirigidos principalmente a las “amas de casa/mujeres” (43%); se sigue la tendencia de que a la mujer es a quien se debe convencer para comprar el producto; 27% se dirige a “adolescentes/adultos”, sean hombres o mujeres, esto podría ser el resultado de la supuesta “publicidad responsable dirigida a niños” en donde el mensaje puede ser atractivo para los infantes, pero no se promueve la apropiación total a través de las imágenes, aunque no es mucho menor la emisión mensajes que se identifican abiertamente destinados a “niños/niñas” 22%, tan solo 5% menos, lo que representa cuatro anuncios de diferencia.
- Complementando el punto anterior, los emisores de estos mensajes son en un 30% “Adolescentes/adultos”, 20% son “Imágenes/diagramas/animaciones” y 18% son “Niños/niñas”. La interpretación es el hecho de que los jóvenes y niños les dicen a las amas de casa lo que les gustaría que les compraran, partiendo de que ellas son quienes deciden la compra; esta interpretación se retomará después de las entrevistas.
- En cuanto a los mensajes que emiten los anuncios, en su mayoría dan una atractiva descripción de lo que contienen, generando así objetos de deseo a los consumidores. Los que más identifican son: 1) salud, nutrición y bienestar en un 26%, 2) lo natural en un 5%, y 3) sabor en un 26%; cabe mencionar que 4% son la combinación del punto 1 y 3. Estos objetos de deseo son provocados por el relato y/o por la historia o imágenes del anuncio, generados por las asociaciones dadas por los mensajes las cuales

retomo de la clasificación hecha por Pérez, Rivera y Ortiz (2010), las asociaciones a los mensajes del producto están dadas en 15% a aceptación y superioridad, seguido en 13% sobre ingredientes naturales (lo que es sinónimo de saludable para las personas) y 12% para experiencias extraordinarias y productos prácticos.

82

- Si se cruza la información de las asociaciones con la de los objetos de deseo, se puede interpretar que los productos que promueven en sus mensajes “sabor” y “salud y/o nutrición”, son asociados con superioridad sobre otros; se observó que se correlacionan positivamente aquellas asociaciones de “beneficios a la salud”, “peso saludable”, “valores nutrimentales” e “ingredientes naturales” (en suma 29%) con los objetos de deseo relacionados con “salud, nutrición, bienestar” y “lo natural” (en suma 31%); es decir casi los mismos anuncios que dan esa asociación generan por consiguiente esos objetos de deseo.
- Las leyendas inferiores son ambiguas y casi imperceptibles, algunos mensajes son: “Come bien”, “Vive saludable” o “Brinca la reata” (que se retoman en las entrevistas). En esta parte se encontró que 43% hace referencia a alimentarse bien, equilibrado o sanamente, 17% promueven la realización de ejercicio, sobre todo estas leyendas se encuentran en alimentos con alto contenido calórico como dulces, refrescos o chocolates; 5% hacen ambas referencias (alimentación y ejercicio) y 35% habla de recomendaciones diversas entre las que están “Come en familia”, “Come pollo”, “Come avena”, etcétera.
- En 35% de los anuncios se expresan, como parte de su diálogo o a través de sus imágenes, mensajes específicos de beneficios a la salud y/o nutrición entre los que se encuentran “Salud del corazón”, “Salud intestinal”, “Nutrición para tu familia” o “Más nutrición”, aunque no se dé explicación, como si el producto por sí solo nutriera a la persona (Corn Flakes y Nesquik en polvo). Estos mensajes son los que más se buscaron en las entrevistas para conocer la interpretación del consumidor.

Consumidores

Se realizaron ocho entrevistas dirigidas por la “Guía de entrevista” y se analizaron con ayuda del *software* NVivo 9.⁴ Para el análisis se clasificaron las respuestas en nodos⁵ que corresponden a la agrupación de respuestas correspondientes a los tópicos de análisis. Analizando la teoría con los conceptos y percepciones de los entrevistados, se tienen las siguientes afirmaciones:

- La definición de salud se expresa en términos positivistas, es decir, los entrevistados consideran y relacionan a la salud como la ausencia de enfermedad o al conjunto de diversas variables que ayudan a no tener una enfermedad; esta definición es muy similar entre niñas(os) y amas de casa; cabe destacar que para las niñas(os) la felicidad es parte de la salud y para los adultos el bienestar emocional o la ausencia de depresión están presentes en algunas definiciones.
- Lo que determina un buen estado de salud para la mayoría de los entrevistados es la alimentación y el ejercicio; cuando hablan de la alimentación mencionan directamente el no consumir comida “chatarra”, pero en cuanto al ejercicio no hay un determinante de tiempo o frecuencia. La higiene se relaciona de manera directa con la aparición de enfermedades. El evitar vicios es algo que las amas de casa mencionan —como el cigarro o el alcohol—, porque reconocen los daños que producen.
- Con base a la descripción de “Alimentación saludable”, los términos alimentación y nutrición son utilizados indistintamente con referencia al consumo de alimentos o al decir “que no te alimentan” refiriéndose a que no contienen sustancias nutritivas para el

⁴ *Software* de análisis de cualitativo de datos que ayuda a explorar, analizar y comprender la información de documentos, archivos PDF, videos, encuestas, fotografías y audio. Disponible en [<http://bit.ly/18mc3Zu>], fecha de consulta: 18 de mayo de 2012.

⁵ Un nodo es un conjunto de referencias sobre un tema en específico de interés. Disponible en [<http://bit.ly/18mceE9>], fecha de consulta: 21 de mayo de 2012.

organismo. Evidentemente para los entrevistados una alimentación saludable es aquella que no contenga “chatarra” e incluya frutas y verduras. Se observó una diferencia entre las concepciones de las niñas(os) y las amas de casa:

84

- Las niñas(os) hablan en términos de moderación del consumo, conceptos tan ambiguos que al preguntar ¿a qué te refieres con los límites?, ellos contesten en modo casi obvio “una ración adecuada”, e indagando ¿cuánto es una ración adecuada? lo muestren con sus manos juntas haciendo un tazón para señalar la porción adecuada.
- Las amas de casa hablan de variedad y balance con respecto a los alimentos, consideran a las frutas y verduras como indispensables, aunque que sean ellas quienes preparen la comida o no, es un elemento que debe incluirse en los platillos. Es interesante el hecho de que las amas de casa mientras más tiempo pasan con sus hijos se sienten más comprometidas y conformes con lo que comen. Cuando mencionan la “variedad”, hacen referencia a la dificultad de que sus hijos coman dos veces el mismo guisado y no necesariamente por el hecho del término en materia de orientación alimentaria,⁶ aunque en definitiva ésta es una cuestión más de concepción técnica que de práctica. Las amas de casa refieren que los hábitos que promueven en sus hijos son los aprendidos por sus madres y los consideran adecuados; esto corresponde positivamente al hecho de que los hábitos alimentarios son construcciones sociales que se producen y reproducen.
- El concepto anterior llevó a los entrevistados casi en su totalidad a seguir el diálogo sobre la “comida chatarra”, la unanimidad dicta que son principalmente las “papas” y hay diferentes adiciones como “dulces, gomitas, churrumais, cheetos, chocolates”, es decir casi

⁶Variado: que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas según la Norma Oficial Mexicana 043 de la Secretaría de Salud (NOM 043 SSA 1).

todas las botanas y golosinas. La concepción de comida denominada “chatarra” es bastante adecuada, en general mencionaron alimentos de alto contenido energético y pobres en nutrimentos, e incluso, aunque no saben que contenido nutrimental tenga el producto, sí hacen referencia a este punto como un “daño a la salud”. Con base en esta concepción, es bastante adecuada la definición de la Secretaría de Salud “alimentos con bajo o nulo valor nutrimental”, ya que ningún entrevistado hace referencia a la cantidad de energía o calorías que pudieran tener; incluso podría pensarse que consideran más “comida chatarra” a los productos con alto contenido en grasa que a los de alto contenido en azúcar, ya que el refresco no es un producto que de primera mano piensen como “chatarra”, y cuando lo piensan o se les pregunta afirman que pudiera serlo, pero por el gas, lo que los lleva a consumir otros productos sin gas, pero con el mismo contenido de azúcar.

85

- La clasificación de un producto “sano” o “no sano”, está ligado al contenido de grasa o a los efectos a la salud que tengan, sean positivos o negativos; aunque el ejemplo muy claro de “alimento no sano” es la “comida chatarra”, pero dentro de la “comida chatarra” también puede haber opciones para los entrevistados como las “papas bajas en grasa”. Es evidente la confusión que existe en los parámetros para distinguir un alimento “sano” y “no sano”, y es claro que dependiendo de la percepción y el entorno de la persona un mismo producto podría considerarse “sano” o “no sano”.
- Aunque la “comida chatarra” está relacionada con una categoría de alimentos percibidos socialmente como no saludables, las niñas(os) y la mayoría de las amas de casa aceptan, con un poco de pena, que consumen regularmente algún producto catalogado como “comida chatarra” e incluso después de que lo aceptan se justifican:
 - Las amas de casa consideran que si sus hijos no tienen sobrepeso u obesidad pueden darse el lujo de que la “comida chatarra” forme parte de su dieta, es decir permiten y aceptan el consumo y quizá el determinante más importante de que sí permitan la

inclusión de “comida chatarra” sea el hecho de que en casa se come “comida sana”.

- Se sabe que los niños escolares tienen mayor libertad de elegir alimentos y durante esta etapa hacen al menos una comida fuera del hogar, esta selección, así como la decisión de consumir bocadillos impactan en su calidad dietética; la comida fuera del hogar es principalmente la del colegio, y todas las niñas(os) afirman que sí llegan a comprar “comida chatarra”, incluso si les mandan refrigerio lo hacen a la hora de la salida; a media tarde, después de comer, sería otro momento “controlado” por la madre de consumo de este tipo de productos. Es notable que sin importar que la madre lo permita, las niñas(os) hacen esta compra pues, como se mencionó anteriormente, el hombre se puede ver como un animal social adaptado a las normas de su cultura, ello implica que estos productos sean consumidos atendiendo a atributos de carácter psicológico y social que les adscriben sus usuarios.
- La oferta de “comida chatarra” en los colegios es difícil de regular, ya que las madres acceden a que sea un momento para que los consuman o, aunque no lo permitan en la institución, los mismos alumnos los llevan, también existe una motivación sociocultural que determina la compra.
- En el análisis de contenido se observó que la “satisfacción del yo” es un elemento recurrente en los mensajes de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, coincidiendo con las razones por lo que en consumo de “comida chatarra” todas las respuestas obtenidas son sobre la autosatisfacción del producto.
- Con base a los premios y regalos de los productos, los niños tienen diferentes fuentes para enterarse; es decir socializan lo que la televisión les informa. Las niñas(os), pueden comprar un producto por el premio, pero en su mayoría no es un incentivo primario para consumirlo; es más fuerte, por lo menos en esta edad, el intercambio social que tienen con sus compañeros de la escuela y amigos.

- Las leyendas promotoras de conductas saludables que aparecen en los comerciales, las que más recuerdan son: “Come bien”, “haz 30 minutos de ejercicio al día” o “Nútrete bien”; las amas de casa afirman no prestarles mucha atención y el que mencionaron fue “Come frutas y verduras” que también puede ser un remanente cultivado de su infancia pues dicha leyenda actualmente casi no aparece, pero la recuerdan.
- De las referencias que hacen los niños, corresponden a lo revisado en el análisis de contenido (43% dice alimentarse bien, equilibrado o sanamente, 17% promueven la realización de ejercicio), pero al insistir en lo que representa para ellos resultan confusas: “Nútrete bien, que significa comer bien y no estar enfermo, que comas y no comas tanta chatarra o tantas cosas malas”, “Yo creo que lo que quieren decir es que no comas lo que anuncian, o más bien que no comas mucho de eso porque puedes engordar, hay unos que dicen haz ejercicio y es para no engordar”; para las amas de casa, aunque mencionan no prestarles atención, tienen sus ideas al respecto: “si la gente les pusiera atención comería sano y yo veo que en México no comen sano, se enfocan más en las papitas que están anunciando que en lo de come frutas y verduras”, “es inconsistente el mensaje” o bien asumen que son leyendas que aparecen por normas ya que las asocian a productos clasificados como “no saludables”. Hay que recordar que el niño y al parecer los adultos también, prestan atención a la información más relevante del producto presentado en un comercial de televisión y la leyenda pasa a segundo término, por lo que el buscar una iniciativa de mayor permanencia de las leyendas en los anuncios no resultaría efectivo.
- La percepción de “alimentación saludable” para las amas de casa está asociada directamente a los productos que consume, siendo las proteínas lo que más cuesta en el mercado de los alimentos, es por ello que por muchos años las dietas a base de “carne, huevo y leche” eran las ideales para el crecimiento de los niños, porque

social y económicamente eran suficientes y adecuadas. Hoy esto no resulta muy diferente ya que las prioridades de compra para las amas de casa son: yogurt, jamón, leche, huevo, queso y pescado; y finalmente frutas. El orden de importancia siempre manda a las frutas al final y las verduras figuran poco; por lo que, siguiendo el punto anterior, no apoyan ese mensaje que recuerdan de “come frutas y verduras”.

88

- La compra suele variar cuando las amas de casa asisten con sus hijos, esto puede ser parte de la evidencia de que la publicidad televisiva influye en los patrones de consumo a corto plazo, ya que los productos que suelen pedir son aquellos que se publicitan en la televisión o bien la oferta y presentación de los productos en el almacén invitan a su compra; las amas de casa en su mayoría acceden a los antojos de sus hijos, pero en definitiva es una lucha de poder sobre la alimentación.
- Finalmente, existe una reprobación al ama de casa que necesita trabajar todo el día, y son directamente proporcionales las justificaciones sobre el consumo considerado como inadecuado con las horas que trabajan; es decir el ama de casa que trabaja turno completo fue la que más se disculpó.

CONCLUSIONES

Cuando se trabaja en el campo de la orientación alimentaria se asumen y presuponen muchas cosas que no siempre son adecuadas; lo cierto es que la industria de alimentos y bebidas conoce perfectamente a sus consumidores y sabe la manera transmitir un mensaje certero, contundente y memorable. Los profesionales de la salud no conocemos a los que llamamos “población objetivo o pacientes”, pero si queremos realmente unificar un concepto de “alimentación saludable” y “comida chatarra”, es necesario generar programas de comunicación para la salud que resulten realmente significativos.

El reconocimiento al área de la comunicación debe ser indispensable si se desea incidir en políticas públicas asociadas a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, ya que los programas que existen para educar en materia de alimentación han resultado ambiguos y poco contundentes.

La percepción de las amas de casa y los niños sobre “alimentación saludable” es no incluir “comida chatarra” y generar una gran duda sobre lo “bueno” y lo “malo”, siendo absolutamente categóricos en estas afirmaciones y no ayudando a un real aprendizaje. La televisión es un medio que puede ayudar a emitir mensajes, sin embargo la decisión de compra no está totalmente dada por este medio, el entorno y la socialización familiar y escolar tienen mayor influencia.

89

Las percepciones sobre un producto saludable están basadas en la experiencia del individuo más que en la información del anuncio de televisión, incluso un mismo producto puede resultar saludable para una persona y no saludable para otra, aun cuando en el mensaje del anuncio se resalten conceptos que pueden resultar positivos para el consumidor como el contenido de vitaminas y minerales.

Este trabajo es un punto de reflexión para que los profesionales de la salud puedan identificar más sentidamente las necesidades de la población en materia de promoción a la salud y hablar un mismo lenguaje, dejar de lado parcialmente las referencias numéricas para dar paso a las opiniones, percepciones y estrategias reales para la promoción de hábitos más adecuados, dejar de ser ambiguos y dar sentido a la intención de los conceptos propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- Anaya, V., Delhumeau, A. y Knochenhauer, G. (coords.). (1984). *El impacto de la TV en cinco comunidades vírgenes de México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Aguilar, P. (2000). La antropología en el estudio y solución de problemas de alimentación y nutrición. *Diario de Campo*, (9), 15-18.
- Bernard-Bonnin, A.C., Gilbert, S., Rousseau, E., Masson, P. y Maheux, B. (1991). Television and 3- to 10-year-old child. *Pediatrics*, 88(1), 48-54.
- Buijzen, M., Schuurman, J. y Bomhof, E. (2008). Associations between children's television advertising exposure and their food consumption patterns. *Appetite*, (50), 231-239.
- Carosio, A. (2008). El género del consumo en la sociedad de consumo. *La ventana*, (27), 130-169.
- Chamberlain, L.J., Wang, Y. y Robinson, T.N. (2006). Does children's screen time predict requests for advertised products? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, (160), 363-368.
- Del Valle, C., Vásquez, L., Denegri, M. y Sepúlveda, J. (2010). Concepciones de *tweens* chilenos respecto a la publicidad emitida por televisión. *Signo y Pensamiento*, 29(57), 418-429.
- Dietz, W. y Gortmaker, S. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75(5), 807-812.
- García, S. y Ramos, L. (1998). *Medios de comunicación y violencia*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría/Fondo de Cultura Económica.
- Harris, J.L. y Bargh, J.A. (2009). Television Viewing and Unhealthy Diet: Implications for Children and Media Interventions. *Health Communication*, 24(7), 660- 673.
- Himmelweit, H.T., Oppenheim, A.N. y Vince, P. (1958). *Television and the child: an empirical study of the effect of television on the young*. Londres: Nuffield Foundation by Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: INSP.
- (2008). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares, 2008*. México: INSP.

- Klesges, R.C., Shelton, M.L. y Klesges, L.M. (1993). Effects of television on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. *Pediatrics*, 91(2), 281-286.
- Lull, J. (1988). *World families watch television*. Newbury Park, CA: Sage.
- Malagamba, A. (1986). *La televisión y su impacto en la población infantil de Tijuana*. Tijuana: Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México.
- Martín Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones. Comunicación cultural y hegemonía*. México: Gustavo Gili.
- Mendelson, R.A., Dietz, W.H., Karp, S., Patton, L., Shelov, S., Stern, L.M., Hauck, R.C. y Strasburger, V.C. (1990). Children, Adolescents, and television. *Pediatrics*, 85(6), 1119-1120.
- Orozco, G. (1992). *Hablan los televidentes. Estudios de recepción en varios países*. Vol. 4 de Cuadernos de comunicación y prácticas sociales. México: Universidad Iberoamericana.
- (1994). *Televidencia. Perspectivas para el análisis de los procesos de recepción televisiva*. Vol. 6 de Cuadernos de comunicación y prácticas sociales. México: Universidad Iberoamericana.
- (1996). La tv a fin de milenio: un medio poderoso cuyo límite es la audiencia. En Guillermo Orozco (coord.), *Miradas latinoamericanas a la televisión* (pp. 17-32). México: Universidad Iberoamericana.
- Pérez, D., Rivera, J.A. y Ortiz, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud pública México*, 52(2), 119-126. Disponible en: [http://bit.ly/1fk0GVK], fecha de consulta: 16 de julio de 2011.
- Robinson, T.N., Hammer, L.D., Killen, J.D., Kraemer, H.C., Wilson, D.M., Hayward, C. y Taylor, C.B. (1993). Does television viewing increase obesity and reduce physical activity? Cross-sectional and longitudinal analyses among adolescent girl. *Pediatrics*, 91(2), 273-280.
- Saborit, J. (1988). *La imagen publicitaria en televisión*. Madrid: Cátedra, Signo e imagen.
- Sauri, M. (2003). *Publicidad televisiva, hábitos alimentarios y salud en adolescentes de la Ciudad de Mérida, Yucatán, México*. Tesis de Maestría en Ciencias, Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Unidad Mérida.
- Scammon, D. y Christopher, C. (1981). Nutrition education with children via television: a review. *Journal of Advertising*, 10(2), 26-36.

- Schramm, W., Lyle, J. y Parker, E.B. (1961). *Television in the lives of our children*. Londres: Oxford University Press.
- Signorielli, N. y Lears, M. (1992). Televisión and Childrens Conceptions of Nutrition: Unhealthy Messages. *Health Communication*, 4(4), 245-257.
- Stroebele, N. y De Castro, J.M. (2004). Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. *Appetite*, (42), 111-113.
- Thompson, J. (1991). La comunicación masiva y la cultura moderna. Contribución a una teoría crítica de la ideología. *Versión. Estudios de Comunicación y Política*, 1(1), 127-129.
- Torrent, J. (2008). Infancia comercializada. *Comunicar*, 31(xvi), 305-309.
- Vargas, M.C. (2012). Publicidad y salud alimentaria: un acercamiento a las percepciones de niños y amas de casa. Tesis de Maestría en Comunicación. México: Universidad Iberoamericana.
- 92
- Vivanco, M. (2005). *Muestreo estadístico, diseño y aplicaciones*. Chile: Universitaria.
- Wiecha, J.L., Peterson, K.E., Ludwig, D.S., Kim, J., Sobol, A. y Gortmaker S.L. (2006). When children eat what they watch. Impact of television viewing on dietary intake in youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(4), 436-442.
- Wong, N.D., Hei, T.K., Qaqundah, P.Y., Davidson, D.M., Bassin, S.L. y Gold, K.V. (1992). Television viewing and pediatrics hypercholesterolemia. *Pediatrics*, 90(1), 75-79.

Internet y prevención: uso y apropiación de la *web* en la comunicación para la salud

Jorge Alberto Hidalgo Toledo

RESUMEN

¿De qué manera puede contribuir Internet a la promoción de la salud?, ¿cómo medir la efectividad de una campaña a favor de la responsabilidad y la moderación ante el consumo de alcohol transmitida vía *web*?, ¿qué tipo de herramientas interactivas debe incluir? La presente investigación de comunicación aplicada presenta el panorama actual del consumo de bebidas con alcohol en la población juvenil y el desarrollo de un portal de Internet para la promoción de la responsabilidad ante el consumo de bebidas con alcohol y la sana convivencia entre dicha población vulnerable al consumo excesivo.

Palabras clave: Internet, Comunicación para la salud, Nuevos medios.

ABSTRACT

How Internet can contribute to the promotion of health? How to measure the effectiveness of a campaign of responsibility and moderation in alcohol consumption transmitted via the web? What kind of interactive tools should include? This applied communication research presents the current situation of drinking alcohol in youth population and the development of an Internet portal to promote accountability to the consumption of alcoholic beverages and healthy coexistence among this population.

Keywords: Internet, Health communication, New media.

93

INTRODUCCIÓN

94

¿Qué papel juega Internet en el contexto de una campaña 360^{o1} de mercadotecnia social dirigida a la toma de conciencia por parte de los jóvenes?, ¿qué tipo de información buscan en Internet?, ¿contribuye la *web* a la sensibilización, toma de conciencia y cambio conductual ante el consumo de bebidas con alcohol? Tras el diagnóstico del uso y consumo de medios de la población juvenil y la búsqueda de información que hacen los menores de edad, padres de familia, educadores y población en general, se identificaron medios como Internet, *videocasting*, *podcasting*, *phonecasting*, *blogs*, foros de discusión y bibliotecas virtuales como los vehículos de comunicación más adecuados para la promoción de temáticas que sirvieran a la Fundación de Investigaciones Sociales, AC (FISAC) para generar un diálogo interactivo con los principales públicos a los que desea formar en la materia.

CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

Según cifras publicadas en México por la *Encuesta Nacional de Adicciones* (ENA) (INEGI, 2002), 41.7% de la población ubicada entre los 12 y 29 años se declaran bebedores actuales, lo que representa que en el último año al menos una ocasión han bebido un promedio de hasta 5 copas. La cifra, sin lugar a dudas, llama doblemente la atención cuando se observa que 25.8%, corresponde a menores de 17 años y que 40.4% de los consumidores entre los 18 y 29 años, son mujeres. El consumo de alcohol en menores y el incremento en la población femenina por imitación del patrón de abuso de los varones, es una situación que preocupa a todos los sectores de la población, desde los padres de familia,

¹ Estrategia de comunicación integrada y estratégica que contempla el envío de mensajes clave a todos los públicos posibles, a través de todos los medios, canales y soportes empleando la mayor diversidad de narrativas.

educadores, instituciones de salud pública e incluso, a la misma industria de bebidas con alcohol. Más aún, si se considera que la media de inicio en el consumo se da entre los 12 y los 13.5 años. Entre las principales causas y motivaciones para el consumo y abuso de bebidas en menores de edad se encontró: 1) que en su casa o familia beben, 2) la familia y la sociedad lo ven como una práctica normal, 3) es parte de la cultura en la que están inmersos los jóvenes, y 4) los padres son tolerantes y permisivos ante el consumo de bebidas (Hidalgo y Vega, 2007).

En México, al consumo de alcohol en menores hay que sumar el problema derivado de los accidentes viales debido al abuso de estas bebidas. Actualmente, según cifras publicadas por el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2007), los accidentes viales son la séptima causa de muerte de la población en general y la primera entre los jóvenes. Considerando que 90% de los accidentes de tránsito son producto de una conducta humana y otros factores de riesgo como falta de pericia, conducir cansados o el exceso de velocidad; y que, 55% de los varones y 90% de las mujeres mexicanas beben con niveles de bajo riesgo o son abstemias, equivale a que 51.8 millones de mexicanos requieren de planes de prevención universal (Córdova, 2008) que les permitan mantenerse en bajo riesgo de consumo, moderación o abstinencia. FISAC emprendió una campaña de mercadotecnia social de 360° apostando por la educación para la prevención, el cambio de actitudes, hábitos y prácticas en torno al consumo moderado de bebidas con alcohol.

Las preguntas clave son, ¿qué medios de comunicación deben emplearse para el diseño de una campaña efectiva de comunicación para la prevención, considerando la edad y consumo tecnológico de las poblaciones más vulnerables?, ¿podría Internet ofrecer una forma diferente de aproximar a los jóvenes a la problemática del abuso en las bebidas con alcohol?, ¿qué porcentaje de la población realmente se beneficiaría con el uso de herramientas tecnológicas para la promoción de la salud?

POBLACIÓN VULNERABLE EN MÉXICO

96 En México existen casi 67 millones de personas que van de los 0 a los 34 años de edad (51% mujeres y 49% hombres), todas ellas base de la pirámide poblacional y con mayor exposición al suministro y consumo de bebidas con alcohol (INEGI, 2005). De dicha población tenemos que poco más de 40 millones se ubican en la minoría de edad y casi el 50% están ubicadas en las edades más vulnerables (y en la minoría de edad) para una iniciación temprana en el consumo de bebidas con alcohol como lo señala la ENA 2002. Analizando el patrón de consumo reportado por la *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, se ubicaron como edades vulnerables aquellas menores de edad que se encuentran entre los grupos de que van de los 10 a los 14 años y de los 15 a 19; teniendo así una población total de poco más de 21 millones de menores de edad.

USO Y CONSUMO DE MEDIOS EN LA POBLACIÓN JUVENIL MEXICANA

Para definir los medios y estrategias de comunicación a emplear para garantizar el acceso de los jóvenes a la información objetiva y válida sobre todos los aspectos de prevención, responsabilidad y moderación, fue necesario identificar los medios y recursos tecnológicos que poseen para localizar información que garantice un valor agregado a su vida. Carlos Penna (2008), de Consulta Mitofsky, explicó que 39 de cada 40 mexicanos tienen televisión en su casa y la mitad tiene más de un aparato receptor; 40% de la población cuenta con teléfono celular; algo similar ocurre con los reproductores tipo iPod o MP3 (uno de cada cinco mexicanos los posee); mayor es la proporción de mexicanos que cuentan con una consola de videojuegos (una sexta parte). Así tenemos que uno de cada 11 mexicanos posee las cuatro principales tecnologías de convergencia y la proporción aumenta con los que poseen tres de ellas —uno de cada cinco—. Así, se buscó identificar la apropiación de medios a través de un estudio cuantitativo propio para identificar los dispositivos tecnológicos empleados por los jóvenes, con el fin de diseñar

los contenidos que dieran forma a una campañas mediática de 360°. Así, se identificaron los siguientes hallazgos² (Hidalgo y Vega, 2008):

1. Los medios de mayor uso entre los jóvenes de 11 y 25 años son: Internet (22%), teléfonos celulares (16%), televisión (15%), y televisión de paga (13%).
2. Las mujeres usan mayoritariamente: Internet (20.9%), teléfono celular (17.9%), televisión abierta (13.5%), televisión de paga (13.5%), radio (9.51%), e iPod (7.02%). En comparación, los hombres consumen principalmente: Internet (22.5%), televisión abierta (17.1%), teléfono celular (13.6%), televisión de paga (12.6%), radio (8.71%), e iPod (7.02%).
3. En consumo por edad tenemos que:
 - a. De los 11 a los 15 los medios más usados son: Internet (20.77%), televisión abierta (17.99%), teléfono celular (16.06%), televisión de paga (10.92%).
 - b. De los 16 a los 18 años aumenta el consumo de Internet (22.23%) y el consumo de televisión abierta (18.44%), desciende el consumo de telefonía celular (14.3%), incrementa sustancialmente la radio (11.84%), y disminuye la televisión de paga (9.83%).
 - c. De los 19 a los 21 años: baja el uso de Internet (21.37%), aumenta el uso de teléfonos celulares (17.41%), se dispara el uso de televisión de paga (16.05%), disminuye en gran medida la televisión abierta (12.09%) y se reduce el consumo radiofónico (7.64%).
 - d. De los 22 en adelante: Internet se mantiene arriba (21.77%), desciende la telefonía celular (15.8%), baja la televisión de paga (14.84%), asciende la televisión abierta (12.72%) y se recupera la radio (9.82%). El iPod es quizá la tecnología más estable

² Estudio realizado entre 1 500 jóvenes de 11 a 25 años de la República Mexicana, en instituciones de educación tanto públicas como privadas.

ya que osciló entre el 7.70% y 7.12% reportando su altibajo entre los 16 y 18 años (6.25%).

4. Los medios a los que más tiempo dedican son: teléfono celular (11 a 12 horas diarias), Internet (8 horas), televisión de paga (4 horas), iPod (2.5 horas), radio y televisión (2 horas), revistas (1.5%), periódicos (1 hora).

CIBERNAUTAS EN MÉXICO

98

Considerando el uso y consumo de medios en la población monitoreada, es claramente identificable la apropiación que existe de Internet por parte de los jóvenes y menores de edad. En el terreno nacional se tiene que Internet es actualmente el tercer medio de mayor exposición después de la televisión (4h:30m) y la radio (3h:48m), por encima de las revistas (1h:54m) y los diarios (54m). 92% de los usuarios consideran a Internet más indispensable por encima del celular y la televisión; siendo que 96% de los internautas poseen un celular (Consejo de Investigación de Medios, 2006). Cifras publicadas en el estudio de la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) *Hábitos de los Usuarios de Internet en México* (Peña, 2007) reportan la existencia de 23.7 millones de internautas que representan 25.6% de penetración nacional en personas mayores de 6 años; y 36.6% en las zonas urbanas. El crecimiento en el uso de computadoras personales con acceso a Internet ha sido exponencial, de 2006 a 2007 creció 17.5% pese a que sólo existen 14.8 millones de computadoras (59% de ellas con conexión a Internet y acceso vía banda ancha en un 78%). Es importante saber que el 48% de las personas ingresan desde sus hogares, 35% desde un café internet, 18% desde sus trabajos, 9% desde su lugar de estudio y 2% desde casa de algún amigo. 55% de los internautas son hombres y 40% del total de usuarios pertenecen a los niveles ABC+.³ La composición de edad del universo de usuarios registra

³ Los segmentos de mayor crecimiento han sido los D+ y D/E. La distribución poblacional es la siguiente: ABC+ 40%, C 20%, D+ 27% y D/E 14%. Lo cual habla de una mayor democratización del uso y consumo de Internet.

un 48% de los jóvenes mexicanos entre los 12 y los 19 años, segmento de la población que representa el 23% de los mexicanos. La composición del universo de internautas por edad ubicando aquellas que se consideran vulnerables es la siguiente: 35% entre los 12 y 19 años; 20% entre los 20 y 24; 24% entre los 25 y 34%.⁴ Así, se tiene que 55% de los jóvenes mexicanos entre los 12 y 24 años están en Internet, de los que 92.4% viven en zonas urbanas y 46% son estudiantes.

Las actividades realizadas en línea oscilan entre la lectura de noticias nacionales (38%), leer diarios (12%), escuchar radio (9%), leer revistas (6%) y consultar algo visto en televisión (5%). 77% de los cibernautas gustan de consultar *blogs*, descargar *podcasts* (22%), acceder a comunidades virtuales (15%), descargar y ver videos (84%), participar en foros de discusión (44%). En promedio los navegantes invierten 2 horas 42 minutos para consultar información de lunes a viernes, conectándose en promedio 2 o 3 veces por semana. Los temas consultados (Peña, 2006) tienen que ver con salud (29%),⁵ investigación personal (68%) y visitar sitios de educación/aprendizaje (46%). 1% de los suscritos a *podcast* buscan temas de salud.

99

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA MODERACIÓN EN INTERNET

En términos de comunicación para la prevención, Internet ha supuesto un fenómeno social que repercute de manera directa en la comunicación de la salud. Miles de sitios en la red ofrecen contenidos de formación, información y servicio dirigidos a todos los públicos.

A diferencia de los medios tradicionales, Internet permite “mayor interactividad entre el usuario y las fuentes de información, la personalización de los contenidos, el acceso a bases de datos, la inmediatez en las actualizaciones, la información a demanda del usuario las 24 horas,

⁴ El resto de la población se distribuye de la siguiente manera: 13% entre los 35 y 44 años; 7% entre los 45 y 54; y 2% entre los 55 y 64 años.

⁵ El año previo los usuarios (31%) reportaron haber consultado material de salud en los últimos 30 días.

365 días del año, el acceso universal desde cualquier dispositivo [...] la comunicación bidireccional, la gratuidad de la mayoría de los contenidos” (Quiroga, 2006, p. 145), traducción de textos, servicio de noticias, boletines informativos, páginas relacionadas y el ahorro de tiempo que posibilitan los robots de búsqueda. La facilidad y operatividad de Internet la ha convertido una herramienta única. El rápido acceso a las fuentes directas permiten al interesado mayor nivel de información sistematizada sobre el tema que está solicitando; lo que repercute en una actitud más activa al decidir y actuar sobre su condición de salud.

100

Puede notarse que la información vinculada con temas de salud es una de las más solicitadas por los internautas en los buscadores internacionales. Cifras que se ven reforzadas por las conclusiones publicadas en la revista *Archives of internal Medicine* (Hesse *et al.*, 2005) que muestra cómo Internet se ha convertido en el medio de información de referencia en temas de salud y medicina en Estados Unidos, lugar donde 61% de los usuarios entre los 18 y 34 años dijeron usar esta tecnología para consultar información sobre salud. En España ocurre un fenómeno similar, aunque en menor proporción, ahí 28% de los navegantes ente los 15 y 24 años son quienes mantienen presencia en el ciberespacio vinculándose con temas que repercuten de manera directa con su salud.

Sin lugar a duda, es notable la evolución que ha ofrecido la red para la consulta de materiales especializados gracias a que el sector salud profesional es uno de los que más información genera, evoluciona y se actualiza; de ahí que en 1999 se acuñara el término *e-Health* para definir todas aquellas actividades que se desarrollan en Internet y que se refieren a los servicios de salud que ofrecen las áreas de informática médica, salud pública, laboratorios, organizaciones civiles, fundaciones, centros de investigación y empresas privadas. Gunther Eysenbach (2001), editor del *Journal of Medical Internet Research*, incluye, como parte de la definición de *e-Salud*, la nueva forma de pensar, actuar, comportarse y comprometerse con la sensibilización, responsabilidad, concientización y mejora de la salud local, regional y mundial mediante el uso de las tecnologías de información. Este cambio de hábitos tiene que ver con los

conceptos publicados por Eysenbach y que han mutado en la redacción del decálogo por él escrito y que se retoman adaptados a los últimos hallazgos:

- *Efficiency (eficacia)*: reducción de costes de procedimientos para obtener la información de primera mano. Ello amplificado por la facilidad de acceso.
- *Embanking quality (aumento de la calidad)*: tanto de la información como de los servicios ofrecidos.
- *Evidence based (basada en evidencia)*: con mayor frecuencia aparecen en la red documentos con fuentes verídicas y de gran rigor científico.
- *Empowerment (empoderamiento y autorización)*: el usuario permite cada vez, con mayor facilidad, el almacenamiento y auto-publicación de datos personales de salud.
- *Econcouragement (estímulo y colaboración)*: la arquitectura de participación posibilita mayor apertura en la red y facilita la toma de decisiones de manera compartida.
- *Education (educación)*: tanto la alfabetización para la salud de los usuarios como el surgimiento de herramientas para una ultra-alfabetización de los profesionales de salud han ayudado al desarrollo conjunto, por parte de instancias privadas y públicas, de materiales para la educación y prevención.
- *Enabling (permitiendo)*: referido al intercambio fluido y estandarizado de información entre todos los implicados en la promoción de la salud.
- *Extending (ampliando)*: alude al enriquecimiento de los servicios tanto en materia de acceso universal a la información, como a los medios enriquecidos multimediáticamente.
- *Ethics (ética)*: vinculado con el creciente compromiso por parte de médicos, laboratorios e instituciones que, asumiendo su responsabilidad social, cuidan la integridad informativa y velan por un mejor tratamiento de la dignidad de cada usuario.

- *Equity (equidad)*: con el fin de reducir las brechas sociales, económicas y digitales se ha tratado de poner en red el patrimonio informativo y así contribuir a que los más desfavorecidos se beneficien del desarrollo.

102

Juan Blanco Coronado en su texto “Internet y salud” (2006) señala otros aspectos facilitadores vinculados con el acceso y la sistematización de la información para beneficio del usuario como son: inmediatez, acceso libre y gratuito a bases de datos, sistemas de clasificación, orden de interés e importancia profesional, nivel de especialización de la información, uso de lenguaje comprensible en los materiales publicados, seguridad, confidencialidad de la información proporcionada por los usuarios, diversidad en los recursos multimedia para ampliar y complementar la documentación y algunos más sofisticados como programas de formación en línea, libros y publicaciones electrónicas, alertas electrónicas, tarjetas sanitarias inteligentes, teleconsultas, telediagnósticos, recetas electrónicas, historia clínica informatizada y telemedicina. Dado que cada vez es más habitual encontrar sitios *web* y portales con información especializada y campañas de prevención y educación, Internet se ha convertido en fuente de información no sólo para usuarios comunes, sino también para medios de comunicación tradicionales que buscan encontrar en la red documentos que alimenten la necesidad informativa de sus públicos preocupados por su bienestar, calidad de vida y la vivencia de prácticas de conducta saludable. Aunque actualmente gran parte de los esfuerzos que existen encaminados a la e-Salud van dirigidos al público en general, cada vez son más los materiales encaminados a públicos jóvenes a los que se podría educar y formar aprovechando que existe en ellos una particular afición por la inmersión informativa vía *web*.

COMUNIDADES VIRTUALES Y SERVICIOS *WEB*

El gran reto de la comunicación de salud está en el paso de la exposición a la apropiación-acción de la información. Sólo en la medida que los

materiales preventivos se vuelvan parte de la experiencia interactiva de la persona se pasará del estadio de receptor pasivo a *prosumer*.⁶ Con esta misión en mente se hizo necesaria la concepción de una herramienta tecnológica que permitiera algo más que el simple intercambio de documentos, imágenes, videos y sonidos. Se buscó que el vehículo de comunicación (el portal Alcohol Infórmate) se concibiera como una plaza pública digital en la que los visitantes pudieran dialogar con otros usuarios, intercambiar ideas, documentos, archivos, informarse de los pormenores de la industria de vinos y licores y los patrones de consumo de las bebidas con alcohol, así como sus efectos. El portal ideal concebido debe operar como una comunidad virtual que ofrezca:

103

1. Las bases documentales más amplias sobre el tema del alcohol (*e-books*, antologías digitales, archivos industriales).
2. Publicaciones (artículos, boletines de prensa, notas periodísticas, *e-zines* y revistas especializadas) como material didáctico para la actualización técnica y teórica de sus visitantes, así como para que ellos las divulguen entre sus contactos.
3. Material en audio y video (*podcast* y *videocast*) que traten todo sobre el alcohol y que bajo demanda puedan suscribirse y descargarlos.
4. Consultorios en línea en los que especialistas respondan dudas e inquietudes.
5. Foros de discusión y *chats* en tiempo real para que los usuarios intercambien opiniones, reflexiones y dudas.
6. Redes sociales de especialistas en la materia que discutan académicamente sobre el tema y aprovechen al máximo los materiales de la comunidad.
7. Publicaciones virtuales, multidisciplinarias y colaborativas desarrolladas por los miembros de la comunidad.

⁶Concepto acuñado por Alvin Toffler en su libro *La Tercera Ola*, en el que mezclaba el término productor y consumidor para designar a un nuevo usuario que cumplía con ambas funciones.

8. Manuales y guías didácticas generadas por los miembros para ser publicadas y distribuidas en escuelas y universidades.
9. Equipos virtuales de trabajo dedicados a lanzar proyectos que beneficien a la comunidad.
10. Redes de asociaciones que ofrezcan proyectos y programas de acción social para los interesados en colaborar en acciones preventivas.
11. Talleres y seminarios para formar a los jóvenes, padres de familia y maestros en el tema de la responsabilidad y la moderación.

104

Con el propósito de alentar la interacción y colaboración entre los visitantes y usuarios es necesario el empleo de servicios como: 1) lista de correo y boletín informativo, 2) publicación de cartelera y agenda de eventos, 3) foro de discusión, 4) publicación de actividades que congregan a los visitantes, 5) opiniones calificadas sobre dudas generales en *blogs* especializados.

Las leyes o principios que se consideraron en la planeación estratégica fueron:

1. Que los miembros se sintieran parte de una totalidad social amplia en la que establezcan relaciones e intercambio de contenidos que tienen valor para ellos.
2. Responder a todas las necesidades planteadas por los distintos públicos mediante el compartir experiencias y dudas.
3. Facilitando el acceso a información segmentada.
4. Favoreciendo la comunicación, la adquisición e intercambio de conocimientos.
5. Estableciendo relaciones y vínculos con otras instituciones.
6. Reconociendo el trabajo intelectual de los grupos de desarrolladores de contenidos.
7. Reducir al máximo los tiempos de búsqueda.

De esta manera, el portal debe servir, formar, suscitar y apoyar de forma oportuna y adecuada a la comunidad. Por ello, se vuelve prioritario

que los mensajes sean rigurosos, objetivos, veraces, claros, transparentes y que hagan ver a todo ciudadano su responsabilidad para mantener hábitos de vida saludables. Un buen trabajo de comunicación a través de este canal informativo puede llevar a la población a: 1) sensibilizarse con la problemática de abuso de alcohol en su país, 2) hacer conciencia de los riesgos en la salud cuando se abusa del consumo de bebidas con alcohol, 3) comprender los efectos negativos del abuso, 4) autocontrolar y moderar el consumo educando la voluntad, la inteligencia y la libertad, 5) comprometiéndose a la producción y transmisión de mensajes de prevención entre los pares. Un enfoque estratégico no puede prescindir de Internet para la difusión del conocimiento y el involucramiento del público objetivo de cualquier campaña de comunicación para la salud.

105

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN APLICADA EN EL CASO FISAC

Una vez identificado el uso y consumo de medios, los patrones de navegación, las nuevas identidades hipermediáticas de los públicos vulnerables y las características base de una buena comunidad virtual, se diseñaron una serie de herramientas digitales con el fin de apoyar una campaña 360° de educación para la fomentar la responsabilidad y la moderación de bebidas con alcohol. Las herramientas digitales de apoyo a la campaña fueron:

1. Portal Alcohol infórmate [www.alcoholinformate.org.mx]: dirigido al público en general y encaminado a difundir contenidos que impacten a todos los sectores sociales para evitar el uso inadecuado y abusivo de las bebidas con alcohol. Desde su creación ha reportado casi 22 millones de visitas de toda Hispanoamérica con un promedio de 700 mil mensuales.
2. *Blog* para jóvenes [jovenes.alcoholinformate.org.mx]: espacio dirigido a adolescentes y jóvenes para que dialoguen entre sí compartiendo experiencias, consejos y recursos a través de novedosas herramientas destinadas al fomento de hábitos saludables. Reporta más de 608 561 vistas.

3. *Blog* para padres [www.padres.alcoholinformate.org.mx]: ofrece las herramientas tecnológicas más novedosas para llevar hasta el hogar la información necesaria para que los padres de familia puedan hablar responsablemente con sus hijos sobre las bebidas con alcohol. Registró 167 749 visitas de padres de familia en ocho meses de existencia.
4. *Blog* para maestros [www.maestros.alcoholinformate.org.mx]: espacio encaminado a ofrecer a directivos de escuelas, maestros, orientadores vocacionales y psicólogos, herramientas en la educación de la prevención para evitar el consumo y abuso de bebidas con alcohol entre la población estudiantil y académica. En siete meses registró la participación de 93 868 profesores.
5. *Blog* alcohol y volante [volante.alcoholinformate.org.mx]: orientado a promover un consumo responsable y los riesgos de conducir bajo los efectos del abuso del alcohol. Reportó 33 mil visitas a dos meses de su creación.
6. Boletín electrónico: diariamente se emite un boletín informativo cuyo propósito es presentar las novedades de cada *blog* y del portal. Existen 15 351 suscriptores.

¿QUÉ BUSCA LA GENTE EN LA RED?

A través de los sistemas de monitoreo y medición se ha podido identificar qué tipo de información buscan los usuarios por medio de las distintas plataformas desarrolladas por FISAC.

1. 34% solicita investigaciones descargables en formato PDF, 34% quiere ver más videos, 12% busca fotografías, 10% entrevistas, 7% artículos de opinión y 2% presentaciones en formato PPT; lo cual marca una tendencia mayoritaria a contenidos audiovisuales en los que se muestren gráficamente los efectos del abuso de bebidas con alcohol. Los profesores prefieren videos, presentaciones e investigaciones descargables en PDF.

2. Los contenidos concretos relacionados con los materiales a descargar tienen que ver con los siguientes tópicos: cursos para maestros y tutores (33%), videos y testimonios (27%), consejos para los alumnos (20%), presentaciones para educar en la moderación (13%), reglamentos escolares de prevención (7%).
3. La información es usada por los visitantes para entender la problemática (38%), cumplir con una tarea (18%), comentarla en familia (12%), difundirla en un medio de comunicación (10%), una investigación (8%), resolver dudas personales (8%), para apoyo en una clase (5%), publicarla en un *blog* personal (2%). El empleo de la información tiene una carga mayoritaria hacia la sensibilización, concientización y educación personal y comunitaria.

107

Aunado a estos hallazgos en la población mexicana, Adam Joinson⁷ y Phil Banyard publicaron en 2003 una serie de comportamientos de gran valía para comprender qué buscan los usuarios en Internet en relación a información específica de bebidas con alcohol. Así tenemos que:

1. Las personas están más dispuestas a buscar información que muestre riesgos y amenazas⁸ del consumo y abuso de bebidas con alcohol vía Internet que a través de las formas tradicionales.
2. 34% de los buscadores de información han cambiado su enfoque y forma de aproximarse al tema (Nicholas *et al.*, 2001).
3. 58% de las personas que localizan información a través de la red han podido mejorar sus condición gracias a las recomendaciones que encontraron.

⁷ Adam Joinson del Institute of Education Technology del Open University Milton Keynes y Phil Banyard, del Department of Social Sciences, Psychology Division de Nottingham Trent University, en el Reino Unido.

⁸ Entiéndase amenazadora como toda aquella información que se refiere a mostrar el diagnóstico y los efectos negativos del consumo de bebidas con alcohol.

4. Internet reduce la sensación de aislamiento y descontextualización generando un clima de bienestar emocional y “apapacho” al contar con información (Preece, 1999).
5. Los usuarios han logrado desarrollar habilidades y competencias especiales que les permiten identificar a través de códigos de lenguaje la autoridad y legitimidad de personas y contenidos (Galegher, Sproull y Kiesler, 1998).
6. La búsqueda de información vía Internet está favorecida por factores como anonimato,⁹ el rastreo de información en horarios privados y lugares que garanticen mayor privacidad (Nicholas *et al.*, 2003), por el tipo de barreras impuestas por las personas (durante un contacto cara a cara) dependiendo de la gravedad de la dolencia, tipo de malestar, el diagnóstico o tratamiento que requiere, visibilidad del problema, la baja expectativa que existe en la recuperación, grado de ansiedad que sufre el que consulta, percepción social del problema.
7. Las personas que ya se encuentran consumiendo son más propensas a buscar información que justifique su conducta, les ayude a evitar posibles efectos negativos y a reducir ansiedad consecuencia de un padecimiento futuro si mantienen su patrón de consumo.
8. Los bebedores suelen usar Internet para buscar mayor cantidad de información que favorezca el consumo (para justificar su conducta) que aquellos que no beben.
9. Aquellos que no piensan dejar de beber buscan principalmente información que promueva el consumo; los que tienen pensado reducir su patrón de consumo buscan información en la red que les convenza de no hacerlo, mientras que buscan información en papel para reducir su consumo.

⁹ Se desarrolló el concepto “search disclosure” para explicar por qué las personas moderan sus estrategias de búsqueda dependiendo de la seguridad de su anonimato y de los lugares de búsqueda.

10. El anonimato en la búsqueda y tipo de información también guarda una correlación con el comportamiento socialmente esperado que se tenga del buscador.
11. Las personas que interactúan con herramientas de investigación (encuestas, foros y consultas) son más desinhibidos, más honestos en temas socialmente deseables y sensibles, y menos políticos en sus respuestas, tienen menos prisa para responder, sus cuestionamientos y respuestas son más largas e incluyen indicaciones emocionales en el fraseo y puntuación.

CONCLUSIONES

109

La información en materia de salud es de vital importancia para las personas. Internet se ha convertido en una fuente básica para la búsqueda de documentos que puedan repercutir en el bienestar de cada persona y la sociedad en su conjunto. América Latina es la región de mayor crecimiento en la penetración de Internet y México, en particular, tiene un nivel de crecimiento prometedor en la población urbana y juvenil. Dado el impacto que hoy tiene esta tecnología de información en el uso y consumo de medios de los jóvenes, se ha identificado el potencial que tiene esta herramienta en la difusión de mensajes preventivos y formativos que impacten de modo directo a aquellos que ya se encuentran buscando en la red y que se vuelva atractivo para quienes aún no ven en Internet esa mina informativa. Reconociendo que existen aún deficiencias en la calidad informativa, los aspectos que se ofrecen a manera de recomendación para garantizar un uso adecuado de la red en la comunicación para la salud son:

1. Evitar la sobresaturación informativa en el lector, cuidando la no inclusión de datos contradictorios, alarmistas, difamatorios, de autodiagnóstico o que generen temor en la población.
2. Ofrecer contenidos que garanticen calidad (transparencia y credibilidad) en la información.

3. Desarrollar sistemas de búsqueda que tomen como referencia más que la popularidad de acceso, la reputación y certificación de los sitios.
4. Elevar los niveles de alfabetización hipermediática de los usuarios para que puedan interpretar la información de calidad.
5. Invitar a las instituciones, publicaciones y centros de investigación dedicados a la generar contenidos a que certifiquen sus sitios como puerto seguro e incluyan en sus páginas sellos de calidad informativa que ayude a los buscadores y usuarios a ubicar la información de calidad.
6. Implantar herramientas didácticas, lúdicas y educativas que permitan una mayor aproximación y apropiación de la información.
7. Garantizar que los consejos médicos y materiales altamente cualificados sean firmados por profesionales de la salud.
8. Apoyar con referencias claras en las que la fuente primaria de datos esté hipervinculada siempre a los documentos probatorios.
9. Informar en tiempo real el ritmo de actualización del sitio para garantizar que la información publicada es actual, vigente y cuenta con las evidencias objetivas y adecuadas.
10. Facilitar la búsqueda, localización y lectura de los materiales posibilitando la interacción del usuario con los autores directos de los contenidos.
11. Indicar cuando los materiales ofrecidos son patrocinados por alguna empresa u organización comercial con fines de lucro para que el lector lo considere al formarse un criterio con relación a lo leído.
12. Velar que los productos y servicios ofrecidos cumplan con las respectivas normas legales y de salud, claramente visibles para el visitante para que éste pueda distinguir los materiales educativos de aquellos que son patrocinados.
13. Recordar al lector que toda información ofrecida es sólo un complemento, nunca la única opción formativa con que cuenta e invitándole a la consulta de un especialista.

Los recientes hallazgos nos dejan ver que no existe un solo tipo de usuario o buscador de información en Internet. Ello nos obliga a entender que podemos encontrar: al que tiene problemas con su forma de beber, al que tiene un amigo, familiar o conocido con problemas, al que busca para informarse, el que busca prevenir, al que bebe y quiere dejar de beber, al que bebe y desea encontrar justificación sobre su forma de beber, al que busca prevenir, el que busca reducir daños en materia de salud pública, al que busca educar, el que busca información para alertar y justificar su actitud prohibicionista con relación al alcohol.

La diversidad de usuarios nos plantea múltiples retos para acercar información que apele a las necesidades de búsqueda de los distintos públicos. Nos obliga a pensar en las herramientas de interacción que usarán o no en virtud del anonimato y garantía de privacidad. Quizá la fragmentación de audiencias es la que nos ha permitido elevar y mantener los niveles de visitas.

Sin lugar a dudas, los tipos de búsquedas también están directamente relacionados con el tipo de materiales que se ofrecen. El uso de Internet para las campañas de educación para la salud es un tema que se debe analizar por todas las virtudes que ofrece, pero también por todos los vacíos de información con relación al conocimiento de las audiencias que hoy tenemos.

III

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco, J. (2006). Internet y salud. En S. Quiroga (coord.), *Comunicar es salud*. España: Prentice Hall/Financial Times.
- Consejo de Investigación de Medios. (2006). *Conexión Media Data 2006*. México: Consejo de Investigación en Medios.
- Córdova, J.A. (2008). Discurso del secretario de Salud durante la presentación del XIII Premio nacional universitario ANP. Recuperado de [<http://bit.ly/1fkv3LF>], fecha de consulta: 16 de abril de 2008.
- Estrada, A. y Villegas, A. (2006). *Conexión media data*. México: Consejo de Investigación en Medios.

- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical internet Research*, 3(2), recuperado de [http://bit.ly/1dRjxF4], fecha de consulta: 14 de abril de 2007.
- Galegher, J., Sproull, L. y Kiesler, S. (1998). Legitimacy, authority, and community in electronic support groups. *Written Communication*, 15(4), 493-530.
- Hesse, B., Nelson, D., Kreps, G., Croyle, R., Arora, N., Rimer, B. y Viswanath, K. (2005). The impact of the Internet and its implications for healthcare providers: findings from the First Health Information. *Archives of Internal Medicine*, (165), 2618-2624.
- Hidalgo, J. y Vega, D. (2007). *Publicidad y jóvenes: percepción de las campañas de bebidas con alcohol*. México: Universidad Anáhuac.
- (2008). *Uso y consumo de medios*. México: Universidad Anáhuac.
- 112 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: INEGI.
- (2005). *Conteo de población y vivienda 2005*. México: INEGI.
- Joinson, A.N. y Banyard, P. (2003). Seeking alcohol information on the Internet. *Aslib Proceedings: New Information Perspectives*, 55(5-6), 313-319.
- Nicholas, D., Huntingthorn, P., Williams, P. y Blackburn, P. (2001). Digital health information and health outcomes. *Journal of information Science*, 27(4), 265-274.
- Nicholas, D., Huntingthorn, P., Williams, P. y Gunter, B. (2003). Search-disclosure: a concept to aid the understanding of digital information platform preference and location in a health environment. *Journal of documentation*, 59(5), 523-539.
- Peña, A. (2006). *Hábitos de los Usuarios de Internet en México, 2006*. México: Asociación Mexicana de Internet/Dirección Comercial Televisa Digital.
- (2007). *Hábitos de los Usuarios de Internet en México, 2007*. México: Asociación Mexicana de Internet/Dirección Comercial Televisa Digital.
- Penna, C. (2008). Cuando el destino nos alcance. La tecnología cotidiana. *Revista AMAI*, 15(14), 41-45. Recuperado de [http://bit.ly/1dsiKRO], fecha de consulta: 21 de abril de 2008.
- Preece, J. (1999). Empathic communities: balancing emotional and factual communication. *Interacting with computers*, 12(1), 63-77.
- Quiroga, S. (coord.). (2006). *Comunicar es salud*. España: Prentice Hall/ Financial Times.

Una mirada ética al caso Lance Armstrong

Mariana Anzorena Lozoya

RESUMEN

Este ensayo habla sobre por qué y para qué Lance Armstrong, como deportista de alto rendimiento, se dopa en el contexto actual de hipermedicación, control social del cuerpo y construcción mediática de héroes. Para desarrollar estos puntos me apoyé en ideas expuestas por autores como Gilles Lipovetsky, Michel Foucault y Judith Butler. Analicé a Armstrong desde el hiperindividualismo del neoconsumidor planteado por Lipovetsky. También lo miré bajo la lupa del postestructuralismo del que habla la filósofa Judith Butler, donde el cuerpo del individuo se ve definido por una demanda social, o bien, como ha expuesto Foucault, el cuerpo humano ocupado directamente por el poder.

Palabras clave: Dopaje, Cuerpo, Armstrong, Competencia, Trampa.

ABSTRACT

This essay explains why and what was the intention of Lance Armstrong, as a high performance athlete, for the use of drugs in the actual context of hyper medication, social control of the body and media construction of heroes. To develop these points, I used ideas exposed by authors like Gilles Lipovetsky, Michel Foucault and Judith Butler. I analyzed Armstrong from the hyper individualism of the neo consumerism raised by Lipovetsky. I also saw it from the point of view of the post structuralism in Judith Butler's philosophy, where she says that the body is defined by a social demand or, as Foucault has said, the human body is directly occupied by the power.

Keywords: Doping, Body, Armstrong, Competition, Cheating.

113

“**M**e dopé por arrogancia y por mi insaciable instinto de victoria”, le dijo el ex ciclista a Oprah Winfrey el 17 de enero de 2013 en una contundente entrevista que cambió para siempre la visión que se tenía sobre este atleta y, quizá también, la imagen global sobre el deporte competitivo en su totalidad.

UN BUEN ATLETA

114

El joven Lance Armstrong era un buen atleta. A los 20 años formó parte del equipo de ciclismo de ruta de Estados Unidos que compitió en las olimpiadas de Barcelona 92. Un año después estaba ganando el campeonato mundial de ruta y ya era capaz de llevarse alguna etapa de La Tour de Francia, la competencia más importante del mundo del ciclismo. Pero entre ser un buen atleta y llegar a ser el mejor ciclista del mundo pasaron varias cosas. Dos fueron las principales: comenzó a doparse y enfermó de cáncer. En sus palabras: “cuando enfermé tomé la actitud de curarme a todo costo. Eso lo llevé al ciclismo; ganar a costa de lo que fuera. Y eso era malo” (Winfrey, 2013). Hoy es imposible saber hasta dónde habría llegado sin hacer trampa. “El problema consiste en decidir cuánto del éxito de estos atletas recae en su poder y dedicación personal y cuánto crédito debe dársele a los diseñadores e ingenieros”, escribió el divulgador de ciencia Pete Moore (2008) quien ha investigado ampliamente el caso de Oscar Pistorius, el deportista sudafricano a quien se le permitió competir en las más recientes olimpiadas —Londres 2012—, corriendo con dos prótesis de fibra de vidrio que remplazaban la tibia, el peroné y los pies de ambas piernas. En cambio, otros agentes externos, como la transfusión de la propia sangre tratada para mejorar la oxigenación, no es algo permitido por Comité Olímpico Internacional. Ni hablar de hormonas y esteroides. La polémica es enorme, del mismo tamaño que la disertación ética.

Conmovió al mundo la historia del buen ciclista que superó el cáncer testicular para convertirse en el mejor atleta de esa disciplina. Diagnosticado con la enfermedad a finales de 1996, Armstrong estaba

completamente curado y entrenando a plenitud para enero de 1998. Después hizo lo que nadie: ganar siete veces consecutivas (1999-2005) la más competitiva de las pruebas del ciclismo de ruta, la legendaria Tour de Francia que termina con la simbólica escena de los competidores cruzando el Arco del Triunfo que instaló Napoleón tras su victoria en Austerlitz. Curiosamente, para Napoleón el triunfo también era un objetivo a conseguirse a costa de lo que fuera.

Lance supo capitalizar sus triunfos y lo emotivo de su historia de superación del cáncer. Millones de personas alrededor del mundo compraron y portaron las pulseras de plástico amarillo que llevaban el nombre de su fundación para apoyar a otros enfermos de cáncer: Livestrong. De 2004 —año en que salieron a la venta— a la fecha, se han vendido más de 80 millones de esos brazaletes. Además, muchas marcas lo tomaron en patrocinio aprovechando su imagen. La marca deportiva Nike sacó toda una línea dedicada a él y su fundación. Su libro, *Mi vuelta a la vida* (Armstrong y Jenkins, 2000), vendió cientos de miles de copias y sirvió de inspiración a muchos de sus lectores. Para el 2009, nueve años después de su primera edición, su publicación se encontraba en el cuarto lugar entre los libros deportivos más vendidos.

Ante los señalamientos por dopaje, Lance Armstrong reaccionaba enfurecido: “estoy harto de las acusaciones” y “lamento que no crean en milagros” son algunas de las frases que con seguridad soltó frente a los micrófonos. Arremetía contra sus acusadores llamándolos mentirosos, envidiosos y demás adjetivos descalificativos. Rayando en la retórica, más que afirmar no haberse dopado, solía decir que él nunca había dado positivo en exámenes de dopaje. Y no faltaba a la verdad, en la entrevista con Oprah Winfrey (2013) confirmó el dato explicando que el dopaje se daba de manera calendarizada para poder llegar “limpio” a las pruebas. Además, en sus primeros triunfos en La Tour aún no se realizaban análisis que arrojaran información sobre el uso de eritropoyetina (EPO), una hormona que ayuda al rendimiento aeróbico. El coctel de Armstrong, como él mismo lo llamó, consistía en EPO, transfusiones de sangre previamente oxigenada y testosterona.

AL BORDE DE LA VERDAD

116

En la entrevista con Winfrey (2013), llama la atención que Armstrong le asegurara que no se sentía mal de saber que se dopaba. También respondió que al momento de hacerlo no sentía que estaba engañando o haciendo trampa. Y agregó “aunque eran sustancias prohibidas, no sentía que sacaba ventaja”. En otro momento de la conversación, el ex ciclista comparó la necesidad de doparse para competir con la de llenar las botellas con agua para hidratarse o las llantas con aire para rodar. En el ciclismo de ruta, el dopaje se habría convertido en parte de una cultura. La carrera por desarrollar nuevas sustancias no detectables pelea en una guerra fría con los nuevos exámenes antidopaje capaces de encontrar sustancias de reciente salida. La trampa se habría convertido en parte del juego.

Sin embargo, la cultura de la apariencia no apareció con Lance. Tampoco es sólo parte del ciclismo. Lipovetsky describe al ciudadano contemporáneo como una especie de Prometeo encadenado a iniciativas muy limitadas por las normas y por el aparato médico. En ese contexto “es la maquinaria tecnocientífica la que tiene las cartas en la mano y la que conduce las operaciones, ‘excluyendo’ de ellas en buena medida al sujeto” (Lipovetsky, 2010, p. 50). Esto es algo que Armstrong parece saber cuando en la ya famosa entrevista le dice a su interlocutora “yo no inventé esta cultura”, en referencia al espacio donde intervenir el cuerpo con sustancias es algo tácitamente permitido en la escalada del desarrollo científico y médico por ganar. ¿Ganar qué? Habría que preguntarse entonces. El que gana con trampa, por más generalizada que ésta sea, ¿gana de verdad?

El neoconsumidor que plantea Lipovetsky en *La felicidad paradójica*, es hiperindividualista, como Armstrong. Se trata de sujetos capaces de intervenir por adelantado en su cuerpo para así anticiparse al futuro. Pero ese cuerpo cada vez les pertenece menos, “El individuo deseoso de dirigir o rectificar a su gusto su interioridad se transforma en individuo ‘dependiente’: cuanto más reclama la plena potestad sobre su vida, más se despliegan formas nuevas de someterlo” (Lipovetsky, 2010, p. 51). Así

aparece el ex ciclista cuando le confiesa a Oprah que “detrás de él había un tirón (algo que lo jalaba): los fans, los medios, una historia que seguía”. Al decir esto, el deportista aparece como alguien que no era del todo dueño de sí mismo. Quizá sin quererlo, Armstrong suena postestructuralista; su cuerpo definido en una demanda social. Judith Butler explica: “No es posible definir primero la ontología del cuerpo y referirnos después a las significaciones sociales que asume el cuerpo [...] ser un cuerpo es estar expuesto a un modelado y a una forma de carácter social, y esto es lo que hace que la ontología del cuerpo sea una ontología social” (2010, p. 15).

El contexto histórico y el entorno de desarrollo médico-científico-tecnológico en el que se encontraba el ciclista, hace que su situación suene a una inercia incontrolable que lo tenía tomado. En nuestro tiempo no sólo se ha medicalizado el deporte (British Medical Association, 2002, p. 78), la sociedad en su totalidad ha entrado en esa dinámica. “El *Homo consumericus* camina cada vez más aprisa hacia el *Homo sanitas*: consultas, fármacos, análisis, tratamientos, todos estos consumos dan lugar a un proceso acelerado que no parece tener fin” (Lipovetsky, 2010, p. 48). Podría resultar ejemplar para este caso aquella cita de Ortega y Gasset: “yo soy yo y mi circunstancia”. Sin embargo, tras la declaración de que detrás de él había “un tirón”, Armstrong añadió: “lo controlaba todo en mi vida”. La ilusión de control de quién a su vez está bajo un dominio. “No buscamos ya la solución a nuestros males en nuestros recursos interiores, sino en la acción de tecnologías moleculares que, además, tienen efecto adictivo” (Lipovetsky, 2010, p. 50). Probablemente no exista mejor ejemplo de acción de una tecnología molecular que las drogas de diseño; en este caso las usadas para mejorar el rendimiento físico.

La frase entera de Lance Armstrong completa también la del filósofo español Ortega y Gasset. El ciclista: “yo no inventé esta cultura pero tampoco intenté detenerla. Ese fue mi error y es por lo que me arrepiento”. El filósofo: “yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”. El siete veces ganador de La Tour no pudo salvar su circunstancia, pero quizá el ser humano está comenzando a hacerlo al responsabilizarse por el engaño y la trampa.

EL CUERPO EXPROPIADO

118

El tratamiento del cuerpo como una posesión que puede corregirse o modificarse según la voluntad del individuo es propio de las últimas décadas. Las medallas olímpicas conseguidas con el apoyo del dopaje tienen una narrativa similar a los títulos de belleza que se obtienen con la ayuda de cirugías que estilizan los cuerpos. En ambos casos a pesar de los daños colaterales que puedan implicar al propio organismo. En las dos instancias se va más allá de la prohibición por el reglamento de la competencia. El honor por detrás de la fama, el dinero y los récords. Esto representa, sin duda, un problema ético que Judith Butler invita a reconocer y a preguntarnos, “qué hay que guardar contra la lesión y la violencia” (2010, p. 16), porque si pesa estar haciendo trampa al romper un reglamento, debería pesar aún más saber que se le está haciendo daño a la instancia corpórea del ser. En una importante cantidad de los casos no se conocen completamente los efectos secundarios y a largo plazo de las sustancias empleadas en el dopaje. El propio Armstrong, a pregunta expresa de Winfrey, declara no estar seguro de si las sustancias con las que se dopó, antes del cáncer que padeció, pudieran haber sido factor para enfermar.

Durante la Segunda Guerra Mundial, las potencias dedicaron importantes esfuerzos en el estudio de sustancias que mejoraran el rendimiento de sus soldados. Una vez terminada la guerra continuó el desarrollo de drogas. Al periodo entre 1950 y 1960 se le conoce como la revolución farmacológica. El uso extendido de dopaje comenzó en la década de 1970 en la Alemania del Este —República Democrática Alemana (RDA)—. Querían demostrar su superioridad respecto de la otra Alemania, la capitalista. Los atletas de la RDA tuvieron maravillosos resultados en la olimpiada de Montreal 1976. Tras la caída del muro, muchos deportistas confesaron haber sido sometidos a inyecciones desde la adolescencia. Algunos pensaban que simplemente les eran administradas vitaminas. El *coach* de atletismo femenino, Pat Connolly, que fuera con el equipo de Estados Unidos a la olimpiada de Seúl 1988, dijo frente al Senado de su

país que calculaba que “al menos 40% de las mujeres del equipo en Seúl habían probablemente usado esteroides en algún punto de su preparación para las olimpiadas” (British Medical Association, 2002, p. 6). De nuevo: un cuerpo desposeído y tomado por otros. “El dominio, la conciencia de su cuerpo no han podido ser adquiridos más que por el efecto de la ocupación del cuerpo por el poder: la gimnasia, los ejercicios, el desarrollo muscular, la desnudez, la exaltación del cuerpo bello” (Foucault, 1992, p. 121). En esta cita, a Foucault le faltaría agregar el ciclismo de ruta. En este contexto, el filósofo francés habla de una “reivindicación del cuerpo contra el poder” en donde la salud se contrapone a la economía, el placer a las normas morales de la sexualidad, del matrimonio y el pudor. ¿No es también una reivindicación, entendida como desapego a las normas que controlan el uso del cuerpo, el uso de sustancias para mejorar el rendimiento físico?

119

CONSUELO DE MUCHOS

Con el tiempo, a la lista de positivos en el dopaje se han sumado muchos, muchísimos: el velocista Ben Johnson, los jonroneros José Canseco y Mark McGwire y el futbolista Diego Armando Maradona, considerado por muchos el mejor de todos los tiempos. Estos, sólo por mencionar algunos íconos.

Desde luego que a muchos atletas el dopaje no les ha alcanzado para sobresalir, pero algunos otros les ha ganado récords, reconocimiento, dinero y otras bondades que brinda la sociedad contemporánea a sus héroes. En la entrevista que le hizo Oprah Winfrey a Armstrong, éste asegura que quizá unos cinco competidores de La Tour no se dopaban, ¡cinco! Luego añade: “ellos son los héroes”. Hermosa reflexión que está desapegada de la realidad.

El concepto del héroe va de la mano del refrán “santo que no es visto no es adorado”. En nuestro tiempo, el héroe es un ente necesariamente mediado. Sin el crisol de los medios de comunicación electrónicos,

la creación de ídolos deportivos tendría un pequeñísimo alcance y el poder no estaría tan interesado en el control de esos cuerpos. Foucault ha dicho que “desde el siglo XVIII hasta comienzos del XX se ha creído que la dominación del cuerpo por el poder debía ser pesada, maciza, constante, meticulosa” (Foucault, 1992, p. 114). Cuando un atleta entra a escena levantando la expectativa de una nueva era para su deporte o su equipo, de inmediato se convierte en un ídolo, un héroe a seguir. En los estudios recopilados por el libro *Fame to Infamy*, publicado por la Universidad de Misisipi, sus autores especulan que “estos atletas traen con ellos esperanzas y aspiraciones que sus fans adoptan rápidamente. Como tales, los atletas se convierten en parte de una fábrica de existencia cotidiana para individuos, familias, barrios y ciudades” (Ogden, Rosen y Roy, 2010, p. 3).

Gracias a los medios, Maradona sigue siendo un gran ídolo. Aún a pesar de las drogas —recreativas y de rendimiento— y otros escándalos. La construcción de su personaje ubica su consumo de sustancias en una realidad de la que él sólo es víctima. Cosa que no deja de ser cierta, al menos parcialmente. No podemos sacar a los atletas del contexto actual en el que viven, en una sociedad donde el uso de drogas, legales e ilegales, recreativas y de desempeño, está ampliamente difundido. Además, tanto Maradona como Armstrong —y varios más— pueden entenderse como *hiperconsumidores*, individuos que Gilles Lipovetsky ha delineado como interesados en “acelerar las operaciones de la vida corriente [...] prolongar la duración de la vida, corregir imperfecciones del cuerpo: en el corazón del hiperconsumidor habita una ‘voluntad de poder’ y el goce que produce ejercer cierto dominio sobre el mundo y sobre sí mismo” (2010, p. 47). Tras reconocer que se dopó durante al menos 10 años, Lance Armstrong declaró: “quería controlarlo todo, incluso el comportamiento de los demás, del resto de mi equipo”. Para ello intimidaba (*buleaba*) a sus coequiperos. “¿Por qué eras un *bully*?” le pregunta Winfrey y él responde, “Quería perpetuar esta historia” (Winfrey, 2013). Probablemente, quería seguir siendo el héroe que él y los medios habían construido con retazos de verdad sobre una tela de mentiras.

EL CINISMO Y LOS VALORES DEL CUERPO

Lance Armstrong levantó un emporio de millones de dólares entorno a su imagen de superación personal y triunfo. Hoy, admite que perdió 75 millones de dólares en patrocinios (Winfrey, 2013) cuando se supo abiertamente del dopaje que estuvo detrás de sus triunfos. Pero al mismo tiempo la fundación Livestrong, que apoya a enfermos de cáncer, salvaba o hacía más digna la vida de miles de personas. En su momento, la historia de Armstrong sirvió de inspiración a muchos. Esta es una realidad paradójica.

En su libro *La felicidad paradójica*, Lipovetsky se pregunta “¿Suprime el consumo-mundo la confianza social, el altruismo y la empatía?” (2010, p. 138). Es innegable que al conocerse la verdad sobre el dopaje de Armstrong la confianza social sobre él cayó estrepitosamente. También es cierto que al tiempo que se colgaba *jerseys* amarillos y medallas conseguidas con la ayuda de sustancias prohibidas, utilizaba su imagen para ayudar empáticamente a quienes luchaban contra el cáncer como él lo había hecho. El narcisismo de Lance Armstrong parece descomunal, pues fue capaz de permitir que su hijo de 13 años lo defendiera frente a sus compañeros por las acusaciones de dopaje que eran ciertas. Simultáneamente había en él cierta compasión y empatía. “A pesar de todas las formas de indiferencia que se detectan, nuestras sociedades propician mucho más a identificación con el otro que su destrucción” (Lipovetsky, 2010, p. 138).

121

BIBLIOGRAFÍA

- Armstrong, L. y Jenkins, S. (2000). *It's not about the bike: My Journey Back to Life*. Estados Unidos: Random House.
- British Medical Association. (2002). *Drugs in Sport: The Pressure to Perform*. Londres: BMJ Books.
- Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Madrid: Espasa.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

- Lipovetsky, G. (2010). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama.
- Moore, P. (2008). *Enhancing Me: The Hope and the Hype of Human Enhancement*. Nueva Jersey: Wiley.
- Ogden, D., Rosen, J. y Roy, F. (2010). *Fame to Infamy: Race, Sport and the Fall from Grace*. Jackson, ms: University Press of Mississippi.
- Winfrey, O. (2013, 17 de enero). *Entrevista con Oprah*. [Emisión de televisión]. Estados Unidos: Oprah Winfrey Network.

Diseño de la identidad de un programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil

Ericka Ileana Escalante Izeta
Adina Radosh Sverdlin
María del Carmen Mena Rangel

123

RESUMEN

La obesidad infantil es un problema de salud pública que se refleja en la población mexicana. La necesidad de proponer programas de prevención primaria y secundaria conlleva el compromiso de crear estrategias a nivel comunitario, que incluyan a los niños y sus familias. Para la sensibilización y participación de la población es necesario identificar el nombre e imagen del programa tomando como referente la concepción social sobre la obesidad infantil e identificando los elementos que hacen o no atractiva una intervención que aborde dicho tema. Aquí se muestran los pasos seguidos para conceptualizar y diseñar la identidad de un programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil en el Pueblo de Santa Fe, en la Ciudad de México.

Palabras clave: Obesidad infantil, Identidad de programas en salud, Comunicación en salud.

ABSTRACT

Childhood obesity is a public health problem, mainly reflected in the Mexican population. The need to propose programs of primary and secondary prevention involves commitment to create strategies at the community level, including children and their families. For the awareness and participation of the population, it is necessary to identify the name and the program's image taking as a reference the social conception of childhood obesity and identifying the elements that make it attractive. This document shows the steps followed for the conceptualization and design of the identity of a Community

program for the prevention of childhood obesity in the town of Santa Fe, in Mexico City.

Keywords: Childhood obesity, Health programs identity, Health communication.

INTRODUCCIÓN

124

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad infantil como uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI —calculando que en el año 2010 habían 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo— que se identifica cuando el niño presenta un índice de masa corporal (IMC) ≥ 95 percentil, considerando su edad y sexo (WHO, 2011). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en México es de 34.8% para niños de 5 a 11 años (Gutiérrez *et al.*, 2012).

Como alternativa ante el problema, se ha observado que proporcionar información práctica y fomentar el desarrollo de habilidades preventivas y de autocuidado puede reducir el riesgo de presentar obesidad (Baranowski *et al.*, 2003), principalmente mediante la modificación de la dieta y de los patrones de actividad física (Fernández-Gaxiola *et al.*, s/f), así como el trabajo con las actitudes y creencias de los padres en torno a dicho padecimiento (Hernández *et al.*, 2000). En México la mayor parte de las intervenciones orientadas a la población infantil se han desarrollado en el entorno escolar, sin embargo dichos programas no han originado cambios significativos en la conducta alimentaria, la actividad física o en los indicadores antropométricos (Oude Luttikhuis *et al.*, 2009; Pérez-Morales *et al.*, 2009; Bonvecchio *et al.*, 2009; Shamah *et al.*, 2011).

Por otro lado, se ha identificado la necesidad de implementar intervenciones basadas en la familia como eje transformador de los hábitos, prácticas, conocimientos o actitudes de los niños con sobrepeso y/o obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Dichas intervenciones, buscan la reestructuración de los hábitos familiares respecto a la alimentación y estilo de vida que favorecen el sobrepeso/obesidad de los niños (Summerbell *et*

al., 2008). Diversos estudios sobre el tema han obtenido resultados positivos basándose en el trabajo interdisciplinario y enfocando sus esfuerzos no sólo en la reducción del IMC, sino principalmente en la reeducación de hábitos cotidianos, patrones de consumo de alimentos dentro y fuera del hogar, práctica de actividades lúdicas y recreativas que impliquen movimiento para padres e hijos, promoviendo estilos parentales activos (Vos *et al.*, 2011).

Es importante considerar y desarrollar en los padres habilidades de crianza que protejan la salud física y mental del niño, complementando comportamientos específicos en salud que pueden prevenir la obesidad infantil; factores protectores como la competencia familiar (manejo de actividades cotidianas en un ambiente de apoyo entre sus miembros), la satisfacción con la vida familiar (cuidado y acogida entre los integrantes), cohesión familiar (unión emocional), estilos de crianza positivos (compartir la toma de decisiones entre los adultos responsables del niño estableciendo límites, solución de conflictos, seguimiento al crecimiento y desarrollo infantil, calor y apoyo parental) y proveer al niño de una vivienda que le proporcione seguridad y sentido de pertenencia (Kitzman-Ulrich *et al.*, 2010). Se ha demostrado que al formar a los cuidadores infantiles en estas habilidades e impulsando el funcionamiento positivo de la familia, se promueve la adopción sostenida de hábitos y conductas saludables que previenen la obesidad infantil (Kitzman-Ulrich *et al.*, 2010; Epstein *et al.*, 1990; Benton, 2004; Ward-Begnoche y Speaker, 2006).

Para complementar las intervenciones enfocadas en la familia, algunos autores sugieren implementar estrategias integrales que incluyan los demás niveles de la dinámica social en la que se encuentra inmerso el individuo (Elder *et al.*, 2010), y la necesidad de tomar como referencia diversos enfoques teóricos que han demostrado ser exitosos en diferentes contextos. Durante las dos últimas décadas, el modelo socio-ecológico en salud se ha utilizado para diseñar intervenciones que modifiquen diversos niveles del entorno: individual, interpersonal, espacio físico, comunitario, organizacional y de políticas públicas (Sallis, Owen y Fisher, 2008).

La perspectiva ecológica busca comprender los motivos que originan los comportamientos y conductas que se contraponen a la salud, y con base en ello se diseñan intervenciones que alcancen a la población en sus diversos niveles, articulándolos entre sí (Eddy *et al.*, 2002).

EL CONTEXTO

126

El Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana se ha vinculado desde hace más de tres años con la comunidad que vive en el antiguo Pueblo de Santa Fe. En diversos diagnósticos comunitarios previos se ha documentado la necesidad de atender a la población infantil de la zona. Se reportó que 45% de las familias de niños y niñas que asisten a uno de los comedores comunitarios tienen inseguridad alimentaria moderada y 30% inseguridad alimentaria severa (Pérez-Lizaur, 2011a).

Diversos estudios han demostrado la relación entre la inseguridad alimentaria (entendida como el acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer las necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana), y la incidencia de problemas nutricionales en los niños (por deficiencias o excesos), además de un bajo rendimiento escolar. También se reportó que 21% de los niños de esta población que acuden al comedor presentan sobrepeso y 18% obesidad (Pérez-Lizaur, 2011a).

Por otro lado, el Departamento de Salud, ha implementado dos talleres para fomentar la alimentación correcta y la actividad física escolares, uno de ellos centrado en la escuela (Ochoa, 2002) y otro desarrollado en un comedor comunitario durante los periodos de verano (Pérez-Lizaur, 2011b). Ambas intervenciones han tenido resultados satisfactorios, sin embargo, no consideran el trabajo integral del niño con su familia para abordar el problema de la obesidad durante la infancia. Es por ello que consideramos necesario innovar alternativas de prevención de obesidad infantil en la comunidad de Santa Fe centradas en la familia. Para ello es preciso iniciar un diagnóstico comunitario de salud, identificando

las fortalezas y necesidades de las familias de los escolares para adaptar las estrategias y programas de prevención de la obesidad infantil desde la familia que se han implementado exitosamente en otros contextos o países. Posteriormente, pilotear el programa evaluando la efectividad y proceso de la intervención para, finalmente, diseñar una estrategia eficaz basada en la formación familiar para prevenir el desarrollo de la obesidad tanto en el niño como en los actores responsables de su cuidado y crianza.

Como modelo educativo base, se propone utilizar la adaptación del Programa Niñ@s en Movimiento, realizado por Gussinyé Cannabal (2005) en la Universidad Autónoma de Barcelona, que promueve modificaciones en los hábitos alimentarios y de estilo de vida fomentando la comunicación familiar, autoestima y desarrollo integral del niño. Se trata de un taller compuesto por doce sesiones en las que se realizan actividades grupales por separado dirigidas a los padres, y a los niños con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, trabajando de manera interdisciplinaria con un grupo de psicólogos y nutriólogos quienes abordan los temas relacionados al cuerpo y salud del niño, destacando las necesidades emocionales del niño y de comunicación de la familia.

127

A pesar del éxito de dicho programa, es importante aportar, además de su adaptación, una estrategia comunitaria a partir de su propia identidad y centrada en la acción colectiva, contemplando a la familia como parte fundamental de las redes socializadoras del niño. Ante este reto, el presente artículo tiene el objetivo de esbozar las acciones realizadas para la construcción de un nombre y logotipo que identifiquen a un programa comunitario diseñado para la prevención de la obesidad infantil en el poblado urbano-marginado de Santa Fe, Ciudad de México.

EL PROCEDIMIENTO Y SUS HALLAZGOS

El trabajo se dividió en dos etapas. La primera, de investigación formativa; y la segunda, de conceptualización y desarrollo de la identidad para la Estrategia Comunitaria. A su vez, la primera etapa se compone de una

revisión de literatura (que incluye los textos del taller y documentos sobre estrategias de comunicación con niños) y de la documentación por medio de entrevistas realizadas a las facilitadoras del taller y a una organización de la sociedad civil que trabaja con la misma población abordando temas relacionados con el desarrollo infantil. En la segunda etapa se delimitó el concepto y las estrategias de implementación sugeridas, desarrollando un plan de trabajo que sirvió como base para la construcción del nombre e imagen.

ETAPA DE INVESTIGACIÓN

La investigación comenzó con las personas que implementaron el taller en la comunidad, una de las cuales cuenta con formación en nutrición, y la segunda en psicología. Se realizaron entrevistas no estructuradas con las facilitadoras, indagando su punto de vista sobre el programa, el proceso y desarrollo del mismo, así como la respuesta percibida en la población participante. Sus verbalizaciones denotaron la necesidad de agregar elementos culturales propios dando un enfoque local, ya que el programa, importado de España, resalta diferencias culturales, principalmente el uso de lenguaje y el nombre de algunos alimentos. En España se lleva a cabo en espacios hospitalarios generando otro nivel de compromiso por parte de los padres de familia, ya que sus hijos estaban medicados o con diagnósticos muy especializados. En el caso de Santa Fe, el programa se desarrolla en la Casa Meneses, espacio comunitario que ofrece atención y servicios a los pobladores del lugar, diversificados en cultura, trabajo, esparcimiento y aspectos legales, y no específicamente en salud.

Las entrevistadas reportaron la urgencia de trabajar el concepto de obesidad infantil en la comunidad, pues a pesar de hacer extensiva la invitación al público en general, tanto en escuelas como a niños previamente diagnosticados con el problema, los talleres no suelen ser muy concurridos, se registra baja adherencia al mismo y alta deserción, lo que refleja que el problema no es percibido como tal por la población.

Respecto a quienes no finalizaron las sesiones, se concluyó que probablemente no se encontraban en la misma etapa de cambio que el resto del grupo; de acuerdo con Prochaska y DiClemente (1984) y Contento (2010) los procesos que los individuos utilizan para la adopción de nuevos comportamientos en salud, varían; además, es posible que diversas cuestiones emocionales dificultaran el seguimiento del programa (como la falta de apoyo en casa). También se observó que la cohesión dentro del grupo surgió en una etapa tardía como para lograr un compromiso por todos los que iniciaron, lo cual pudo dificultar algunos procesos de adherencia al tratamiento o al trabajo emocional de los participantes.

Al tener la perspectiva de las facilitadoras del taller se consultó el material de apoyo didáctico del programa, tanto el de padres como de los niños. Así, se lograron resaltar algunas características importantes a tomar en cuenta para la construcción de la identidad de la estrategia local:

129

1. El programa niños en movimiento (Gussinyé, 2005) está enfocado en el niño y su entorno familiar, buscando generar redes de apoyo en donde todos los participantes estén dispuestos a generar un cambio en sus hábitos y fomenta la asertividad. Se deben destacar estos elementos, evitando el lenguaje y situaciones que resultan poco comunes para los niños mexicanos.
2. Para tener una perspectiva sobre el trabajo con el tipo de población al que invita el taller, se contactó a Infancia Común AC con el fin de comprender cómo logran que sus usuarios se identifiquen con los programas y que el efecto sea mayor. Gracias a su asesoría, se determinó que la estrategia comunitaria para la prevención de la obesidad infantil permitiera reconocer la sabiduría de quienes participan, fomentando la empatía y aceptación total del individuo libre de juicios sobre sus hábitos y decisiones en salud. Los facilitadores deberán generar confianza y utilizar un lenguaje sencillo para provocar el interés, pero sobre todo el enfoque debe ser desde la sociedad, de manera que más que ser Niños en Movimiento, sea una Sociedad en Movimiento.

Con el afán de complementar las opiniones y percepciones sobre el programa, se realizaron entrevistas a los niños y madres de familia que participaron en el pilotaje del mismo. De acuerdo a su experiencia con el programa, sugieren de manera general considerar la preparación de los padres para adentrarse en temas delicados y así mejorar su disposición al cambio, reforzando estas acciones mediante la generación de confianza y cohesión grupal, en un ambiente cuidado y confidencial, elementos que consideran que si llegaran a faltar serían causa de deserción e incluso desinterés por participar en el mismo. Además, señalan que el tema del sobrepeso y obesidad infantil debe ser relevante para ellos, ya que no suele verse como una situación que amerita acciones urgentes, por lo que se debe resaltar la importancia de abordarlo y hacer algo al respecto, orientando el programa y las actividades en general hacia las costumbres de la sociedad mexicana.

También se entrevistaron a los dos niños que sí terminaron el programa; para ellos lo más atractivo fueron los juegos, los cuentos y la diversión que experimentaron; sobre todo comparándolo con la escuela. También mencionaron con orgullo los cambios que han hecho en casa: comer menos dulces, hablar de sus sentimientos, etcétera. Por ejemplo, Z, una niña que tomó el curso, mencionó que al principio pensaba “¿Qué tengo adentro? ¡No estoy traumada!” y que en el curso se habló mucho al respecto. Fue evidente que para los niños era de gran importancia el tener o no amigos; los niños entrevistados casi no salen a la calle a jugar de manera colectiva.

Una niña que no completó las sesiones, mencionó que lo más atractivo fueron las actividades realizadas a nivel del piso, las dinámicas y juegos. Refirió que fue más relajado y con mayor convivencia que la escuela. En su caso, también nota cambios en sus hábitos alimenticios y comenta, “A veces tengo ganas de llorar”, pero que no lo habla con nadie. Ella afirma salir de casa regularmente, ya sea a visitar amigos o con la familia a la iglesia, a comer o al panteón.

En cuanto a las mamás de los niños que sí concluyeron el programa, coincidieron que su hijo/a son lo más importante, razón por la que

decidieron participar. Sin embargo, comentaron que les resulta difícil cambiar hábitos y que la comida muchas veces depende de los gustos de todos los miembros del hogar (sobre todo del marido), por lo que puede ser difícil implementar los temas vistos cuando el resto de la familia no apoya (a pesar del hecho de que en todas los casos algún familiar tiene diabetes). Lo que más agradó a las mamás fue la atención personalizada que hubo durante las sesiones, que se formaron lazos de amistad con otras madres, que se generó consciencia entre ellas y sus hijos relacionada a la alimentación; una madre mencionó que su hijo “se quitó el caparazón” gracias al taller, refiriéndose a las habilidades de comunicación y expresión de las emociones. De manera más propositiva, se sugirió que se realicen más actividades conjuntas entre mamás e hijos, que la proyección del programa sea “más mexicana” (se mencionó lo acertado que es, en ese aspecto, la publicidad de “Mamá Lucha”) y que les gustaría que se respondiera de alguna manera a la falta de espacios para recreación y actividad física ausentes en la comunidad.

131

La mamá cuya hija no concluyó el programa argumentó que no lo hizo por falta de organización en su rutina, pero dice que recibió información útil sobre alimentación durante las sesiones a las que asistieron. Afirma que ella aplica la planificación por metas (en casa, ahorros, vacaciones) y que en su familia también existen casos de diabetes (uno bien atendido y el otro no). Sobre la dinámica que se dio durante las sesiones en las que participó, menciona que le atrajo el tener un espacio para ella y que los niños fueran atendidos de manera separada, aprendiendo los mismos temas que ella. Sin embargo, afirma que no se formaron lazos entre las participantes, que las dinámicas le parecieron aburridas, que las percibía como una pérdida de tiempo y que las actividades de debate no le generaron interés. Propone que debería ser más dinámico y participativo, que la promoción sea más visual y colorida, de manera que llame la atención y que mejoren los medios de comunicación al difundir el programa.

Teniendo las conclusiones de cada fuente para la investigación (ver Anexo 1. Mapa mental de investigación formativa y entrevistas) se resaltaron aquellas que se consideraron más importantes para reflejar

en la imagen de la estrategia comunitaria a proponer, así como las que se mencionaron más por las diversas fuentes. Al visualizar claramente aquellos temas que se mencionaban con frecuencia, se eligieron cinco conceptos como base de la nueva imagen y enfoque propuesto: 1) diversión/juego, 2) niño como parte de la familia y la sociedad, 3) muy visual, colorido, sencillo y concreto, 4) participación/cohesión grupal, 5) local (ver Anexo 2. Mapa mental sobre hallazgos para identidad).

ELECCIÓN DEL NOMBRE DEL PROGRAMA

132

Tomando como base los conceptos mencionados, se bocetaron posibles nombres de los cuales se eligieron —entre la diseñadora y las facilitadoras del taller— los cuatro que resultaron más adecuados: 1) Bien estamos, 2) Familias en acción, 3) Acción con mi familia, y 4) Luciérnagas, familias que contagian luz. Para elegirlo, se decidió mostrar los posibles nombres a usuarios potenciales del taller y personas en general que se encontraran tanto en la Casa Ernesto Meneses, como en las calles del Pueblo de Santa Fe. La muestra fue de 14 personas. La manera en que se procedió fue mostrar los nombres (de manera aleatoria) tanto a padres y madres de familia, niños, niñas y jóvenes.

Para tener una herramienta de análisis de respuestas de la gente, se preguntó a cada persona lo que le sugería cada uno de los nombres, estas respuestas se compararon con los cuatro conceptos elegidos previamente, basados en los conceptos obtenidos a partir de las entrevistas: 1) expresión, 2) dinamismo o movimiento, 3) niño como parte de la familia, y 4) participativo. Lo visual, colorido, sencillo y concreto; así como lo local, también deberían estar reflejados en el logotipo.

Se hizo una escala con colores, aplicando verde a las respuestas de las personas que captaban justamente algunos conceptos antes mencionados: verde claro a las personas que se acercaban a ellos, amarillo para identificar el término medio, naranja cuando se alejaban de los conceptos, y rojo cuando se contestó algo que era totalmente contrario a ellos.

FIGURA 1
Evaluación de los nombres propuestos al programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil

Diagramas de respuestas respecto a los nombres

Bien estamos



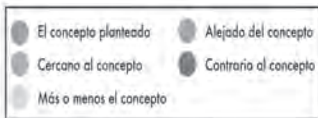
Familias en acción



Acción con mi familia



Luciérnagas, familias que contagian luz



Con base en los resultados presentados en la Figura 1. Diagrama de respuesta respecto al nombre, se descartó el nombre “Bien estamos”, por ser demasiado general o ambiguo, y que incluso resultó sarcástico para una persona. También se excluyó “Luciérnagas, familias que contagian luz” debido a la connotación espiritual o religiosa que transmitió a los encuestados. Tanto “Acción con mi familia”, como “Familias en acción” resultaron nombres que lograban hablar sobre los conceptos que se querían plasmar en la identidad del programa. Ya que “Acción con mi Familia” se refiere a un punto de vista más individual (“mi”) se concluyó que no transmite la idea de colectividad y de trabajar con familias preocupadas por sus niños, siendo a su vez parte de algo más grande: la comunidad. Se optó entonces por el nombre “Familias en acción”.

ELECCIÓN DEL LOGOTIPO DEL PROGRAMA

Una vez definido el nombre del programa, se bocetaron posibles logotipos (Figura 2). Con ellos se pretendía que plasmaran visualmente conceptos especialmente elegidos para el logotipo: 1) energía/movimiento/dinamismo, 2) niño como parte de la familia, 3) acciones para la familia/accionar a la familia (tomando en cuenta la importancia de ser sencillo, concreto y participativo). Lo local consta no solamente de tener rasgos locales, sino que todas las decisiones fuesen tomadas con base en la respuesta de la población. Después de una primera eliminación, se eligieron dos posibles logotipos para mostrar de nuevo a la gente en la Casa Ernesto Meneses (Figura 2).

La muestra en esta ocasión fue de 10 personas y las impresiones que se tuvieron fueron las mostradas en la Figura 3 (aplicándose la misma escala de colores antes descrita).

Con base en los resultados, se determinó que el logotipo del rehilete con las manos, a pesar de ser atractivo, no se acerca a lo que se busca transmitir, pues en ninguna de las respuestas se menciona a la familia. Con el logotipo del foco y la familia adentro, se obtuvieron respuestas

FIGURA 2
Bocetos para el logotipo propuesto para el programa



135

parcialmente cercanas a lo que se intenta transmitir, pero se evidenció que encerraba demasiado a la familia, por lo que se modificó para hacerlo más abierto; por otra parte, se planteó que para generar el movimiento del rehilete se usaría la tipografía. La evolución del logotipo fue la siguiente: en la Figura 4. Logotipo modificado “Familias en acción”, se puede notar que las formas se simplificaron, logrando mayor armonía con el grosor adecuado de las líneas y los rayos de luz simétricos. También se modificó la sensación de encierro que tenían los primeros bocetos, dejando un espacio entre la rosca del foco y las figuras de los padres.

La última modificación, consistió en inclinar hacia adentro las cabezas de los padres de manera que transmitiera mayor unidad y cercanía. La tipografía elegida fue Overlock (Open Type de Google Web Fonts); para “Familias” se utilizó la variante Overlock Black Italic, y para “en Acción” la Overlock Black en mayúsculas; la combinación de ambas resulta en algo que transmite dinamismo y genera un poco de movimiento, sin dejar de ser una tipografía amable y llamativa. La gama de colores que se eligió es enérgica y agradable, generando una jerarquía que va del nombre al niño con los padres y hacia la rosca y los rayos de luz. De esta manera, se llegó a la construcción del logotipo final (Figura 5).

FIGURA 3

Evaluación de los logotipos propuestos para identificar el programa comunitario para la prevención de la obesidad infantil (diagrama de respuestas)

Diagramas de respuestas respecto a los logotipos



FIGURA 4
Logotipo modificado
 “Familias en acción”



FIGURA 5
Logotipo final
 “Familias en Acción”



137

CONCLUSIÓN

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia en México con una prevalencia de 34.8% en niños de 5 a 11 años (Gutiérrez *et al.*, 2012). La complejidad del problema y el bajo impacto que han tenido las acciones hasta ahora emprendidas para resolverlo, nos obligan a evaluar también los determinantes psicosociales y emocionales que influyen en lo que los niños comen y deberían comer. Estudios recientes relacionan a la dinámica y el ambiente familiar con la aparición del padecimiento, así como asociaciones entre la obesidad infantil y el ambiente “construido”, incluyendo acceso a comercios que ofrecen alimentos saludables, proximidad a parques y áreas recreativas, seguridad, condiciones de vivienda y otros aspectos vinculados con el entorno social (Vámosi, Heitmann y Kyvik, 2009; Singh, Siahpush y Kogan, 2010).

A pesar de la evidencia y la relevancia del problema, se ha observado que la población y el entorno inmediato de los niños no lo perciben como tal y no creen que requiera de atención inmediata, por lo que concientizar a los padres, cuidadores de los niños y la sociedad en general es de suma importancia. El Programa Niñ@s en Movimiento, surgió en Barcelona como una propuesta para el tratamiento holístico del sobrepeso y la obesidad infantil, que contribuye a aumentar la conciencia sobre el problema dentro de un contexto familiar (Gussinyé, 2005). En vista de los resultados positivos obtenidos con esta estrategia, se planteó la posibilidad de implementarla en una zona urbano-marginada: el Pueblo de Santa Fe en la Ciudad de México. Para ello, fue necesario adaptarlo a los usos y costumbres de la sociedad mexicana, así como la integración de la comunidad en la solución del problema al ser parte del entorno inmediato en el que se desarrolla el niño.

Favorecer la participación de la comunidad en el diseño de la identidad del programa (partiendo de las opiniones, percepciones y experiencias de la misma), resulta crucial para lograr la identificación de la misma con el proyecto y facilitar la colaboración activa de todos los miembros en la solución y prevención de la obesidad infantil. Pocos documentos referidos en la literatura científica muestran la necesidad de diseñar un programa junto con la población desde la concepción del nombre, identidad y referencias visuales. Este trabajo constituye un precedente que da respuesta a dicho aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Baranowski, T., Cullen, K., Nicklas, T., Thompson, D. y Baranowski, J. (2003). Are Current Health Behavioral Change Models. Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Efforts? *Obesity Research*, (11), 23S-43S.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(7), 858-869.

- Bonvecchio, A., Theodore, F., Blanco, I., Safdie, M., Islas, A., Aburto, N. *et al.* (2009). Modelo de intervención en escuelas primarias de la Ciudad de México para prevenir obesidad infantil. Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en [<http://bit.ly/1doSx5W>].
- Contento, I. (2010) *Nutrition Education: linking research, theory and practice*. Massachussets: Jones and Bartlett Publishers.
- Eddy, J., Donahue, R., Webster, R. y Bjornstad, E. (2002). Application of an ecological perspective in worksite health promotion: a review. *American Journal of Health Studies*, 17(4), 197-202.
- Elder, J., Arredondo, E. *et al.* (2010). Individual, Family, and Community Environmental Correlates of Obesity in Latino Elementary School Children. *Journal of School Health*, 80(1), 20-30.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R. y McCurley, J. (1990). Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2519-2523.
- Fernández-Gaxiola, A., Pérez-Lizaur, A.B., Balcázar, B. y Peyron, R.A. (s/f). Addressing cardiovascular disease risk factors using the ‘Salud para su Corazón’ model: the Mexican pilot study. *Salud Pública México*, (en prensa).
- Gussinyé Canabal, S. (2005). Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil “niñ@s en movimiento”. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, B., Gortmaker, S.L., Laird, N.M. Colditz, G.A., Parra-Cabrera, S. y Peterson, K.E. (2000). Validez y reproductibilidad de un cuestionario de actividad e inactividad física para escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, 42(4), 315-323.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D.K. *et al.* (2010). The Integration of a Family Systems Approach for Understanding Youth Obesity, Physical Activity, and Dietary Programs. *Clinic of Childhood and Family Psychology*, (13), 231-253.

- Ochoa Rivera, T. (2002). La Educación en nutrición: un modelo de trabajo de autoestima y auto-concepto bajo el enfoque centrado en la persona. Tesis de Maestría. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P. y Summerbell C.D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database System*, (1), CD001872.
- Pérez-Lizaur, AB. (2011a). Evaluación del Programa Comedores Santa María AC. Un punto de vista: Seguridad Alimentaria. Reporte ejecutivo. México: Universidad Iberoamericana.
- (2011b). Manual: Taller de verano “Jugando a ganar salud”. Estado de México: Desarrollo Integral para la Familia.
- 140 Pérez-Morales, M.E., Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A. y Armendáriz-Anguiano, A. (2009). Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. *ALAN*, 59(3): 253-259.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Sallis, J., Owen, N. y Fisher, E. (2008). Ecological Models of Behavior. En: K. Glanz, B. Rimer y K. Viswanath, *Health Behavior and health education. Theory, research and practice*. Estados Unidos: Jossey Bass.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: SSA.
- Shamah Levy, T., Morales Ruán, M.C., Escalante Izeta, E.I., Amaya Castellanos, C. et al. (2011). Diseño, implementación y evaluación de una estrategia educativa para prevención de sobrepeso y obesidad en escolares del Estado de México. Informe final. Estado de México: DIF.
- Singh, G., Siahpush, M. y Kogan, M. (2010). Neighborhood socioeconomic conditions, built environments and childhood obesity. *Health Affairs*, 29(3), 503-512.
- Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T. y Campbell, K.J. (2008). Intervenciones para prevenir la obesidad infantil. *Biblioteca Cochrane Plus*, (2).
- Vámosi, M. Heitmann, B. y Kyvik, K. (2009). The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: a systematic literature review. *Obesity Reviews*, 11(3), 177-184.

- Vos, R., Wit, J., Pijl, H., Kruyff, C. y Houdijk, E. (2011). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(110). Disponible en [<http://bit.ly/18mEJBE>].
- Ward-Begnoche, W. y Speaker, S. (2006). Overweight youth: Changing behaviors that are barriers to health. *Journal of Family Practice*, 55(11), 957-963.
- World Health Organization (WHO). (2011). Sobrepeso y obesidad infantiles. En *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Disponible en [<http://bit.ly/18mAAxx>], fecha de consulta: 10 de julio de 2011.



Taller de comunicación aplicada. Una experiencia docente*

Sylvia Hortensia Gutiérrez y Vera

RESUMEN

El artículo muestra que la investigación en comunicación puede tener una aplicación en otra disciplina: la salud. Revela la experiencia de aplicar la investigación empírica en un curso-taller a nivel universitario, lo que implica la posibilidad de enseñar a los alumnos iniciándolos en la práctica de la investigación empírica. Se tratan tres casos en los que docente y alumnos deciden los objetivos de la investigación a partir de situaciones específicas en las que se aplica la teoría de la comunicación y la metodología cualitativa para resolver preguntas o hipótesis de investigación. La idea es que si se aplican los métodos de la ciencia en una materia-taller es posible obtener resultados nada desdeñables desde el punto de vista de una disciplina como la comunicación la cual requiere de investigación aplicada para probar sus teorías y fundamentar sus hipótesis.

Palabras clave: Disciplina científica, Metodología cualitativa, Investigación empírica, Efectos de la televisión en los consumidores.

ABSTRACT

The article shows that communication research may have an important application in another discipline: health. It reveals the experience of applying empirical research in a workshop course at university level, allowing students to start in practice of empirical research. We worked three cases in which teachers and students set research objectives from specific situations in applied communication

145

* Los alumnos del taller colaboraron con la obtención de los datos que aquí se manejan. Mi gratitud a ellos.

theory and qualitative methodology to address research questions or hypotheses. It starts from a notion that it is possible to obtain an important results by applying the methods of science from the field of communication which requires constantly test their theories and substantiating their hypotheses.

Keywords: Scientific discipline, Qualitative methodology, Empirical research, Effects of television on consumers.

146

He impartido por cerca de diez años la materia de Comunicación Aplicada en la Licenciatura en Comunicación de la Universidad Iberoamericana. Durante ese tiempo, dos semestres por año, he tocado temas relacionados con la comunicación y salud. Este artículo es un compendio de las experiencias de investigación más significativas y de mayor resultado obtenidas en la práctica docente con la colaboración de los alumnos de quinto semestre.

Para estos talleres selecciono teorías de comunicación que ayudan a la construcción de hipótesis y preguntas de investigación a las que podemos dar respuesta a lo largo de un semestre, o plantear en dos semestres la continuación del primero con diferentes preguntas o hipótesis que permitan que cada grupo (por semestre) cumpla con los requerimientos del curso y se lleven la experiencia de una investigación completa y no una trunca o fragmentada.

Para ello abordé las investigaciones con metodología cualitativa, porque los objetivos de investigación que se plantearon tienen más que ver con creencias y actitudes de las personas que con la comprobación o refutación de teorías por medio del uso de metodología cuantitativa (causa-efecto).

Lo anterior me llevó a buscar las diferencias entre la metodología cualitativa y la cuantitativa que validaran el estilo de investigación que propuse por adaptarse más a los objetivos planteados y al tiempo de un semestre escolar de alrededor de 80 horas de clase, en las que tendría que enseñar investigación, teoría, método y trabajo de campo.

Algunas ciencias se consideran una disciplina, como es el caso de la comunicación (King, Keohane y Verba, 2000, pp. 14-20), aunque

como lo afirma Miguel de Moragas, el hecho de que la comunicación sea multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar no le quita esa cualidad, a pesar de que se encuentre en búsqueda de “una meta-teoría de la comunicación universal que pueda aplicarse a todos los procesos de transmisión de información” (2011, p. 20). Respecto a la metodología que utilizamos en la investigación de la comunicación, tanto la cuantitativa como la cualitativa tienen una misma lógica inferencial, aunque aparezcan diferentes (King *et al.*, 2000).

La metodología cuantitativa parte de casos concretos para llegar a la prueba de una hipótesis o para comprobar hipótesis causales, busca medidas y análisis que otros investigadores puedan reproducir; mientras que la cualitativa abarca una amplia gama de enfoques (que llamo técnicas), pero que por definición ninguno de ellos se basa en medidas numéricas. Este tipo de investigación se centra en un caso o en un número reducido de ellos, se sirve de entrevistas en profundidad, observación participante, grupos focales y demás técnicas propias de este enfoque metodológico, o de análisis detallados de materiales históricos; utiliza un método discursivo e intenta estudiar de forma global o exhaustiva un acontecimiento o unidad. Los cualitativistas, aunque sólo tengan un pequeño número de casos, suelen sacar a la luz en sus estudios una gran cantidad de información, el objeto de estudio suele ser importante en sí mismo. Mientras la metodología cuantitativa es sistemática y generalizadora, la cualitativa es humanista y discursiva.

Los investigadores King *et al.* (2000) aseguran que el objetivo de la ciencia, y por lo tanto de la investigación científica, es hacer inferencias que vayan más allá de las observaciones que han recogido. Si el método y la lógica de las observaciones se hacen explícitos, la comunidad científica y académica tiene forma de juzgar la validez de lo que se ha hecho, por ello en la medida en la que se hagan públicos los datos y la forma de abordar el objeto de estudio será más válido y más científico independientemente de la metodología que se utilice. Por ello quiero detallar precisamente las investigaciones semestrales y la posibilidad de que las conclusiones a las que llegamos no sólo sean inferencias validadas

metodológicamente, sino que la comunidad científica tenga todos los elementos para emitir un juicio.

King *et al.* (2009) dicen que las inferencias son un proceso imperfecto y que deben tener un cálculo de incertidumbre o no serán ciencia; o sea que la validez de un dato depende de su certidumbre a pesar de no ser totalmente cierto. Es probable que la complejidad del fenómeno que estudiamos, como es nuestro caso, haga inciertas nuestras inferencias pero no por ello son menos científicas. Las inferencias que surgen de la aplicación de metodologías cualitativas son de hecho inductivas, o sea que tratan de probar que lo que se dice de un objeto de estudio el cual, bien y exhaustivamente descrito, se puede comprobar de una manera deductiva, que se puede construir un caso, que no se sabe si es generalizable, pero que se intuye esa probabilidad porque se trabaja en profundidad. Para ello se aplican ambas metodologías sobre un mismo objeto de estudio tomando la hipótesis que se generaría con la metodología cualitativa y luego la prueba utilizaría técnicas cuantitativas —como la encuesta— de manera complementaria; de modo que se produciría un estudio como los que Hernández, Fernández y Baptista (2003) llama mixtos.

148

La validez de las inferencias está relacionada con el estado de la teoría de una disciplina, si bien a la comunicación le falta una teoría que sea aplicable a todos los casos en los que se da el fenómeno comunicativo, la insistencia en su búsqueda permite justificar que, en la medida en la que la investigación avanza, nuestra disciplina lo es.

La primera experiencia docente que relataré ocurrió en el año 2006, al vincular el curso con el programa de donación de órganos que implementó la Secretaría de Salud del Estado de México.

Revisamos la teoría de la persuasión y los efectos que tienen los medios sobre los consumidores. Con independencia sobre todo de la psicología —que se ha ocupado de estudiar la manera en la que los humanos percibimos al mundo externo—, la comunicación ha investigado el tema, y se llega a la conclusión de que los mensajes mediáticos tienen un efecto en los consumidores llamado percepción selectiva (Klapper, 1963 en Wolf, 2005). Si bien los mensajes nos llegan, la integración que

hacemos de ellos depende de una interacción del mensaje con nuestra cultura y valores, y lo que socialmente nos es aceptable o no.

Así, en la práctica de campo decidimos revisar qué tan creíbles resultaban los promocionales, comparando dos que el gobierno transmitía en la televisión local y los que se emitían en los canales de televisión abierta en la República Mexicana. Seleccionamos uno en el que aparecía una madre con su hijo frente a un módulo que promocionaba la donación de órganos, ellos agradecían a los donadores ya que el niño había recibido un riñón. El promocional mostraba a una mujer joven con un “hijo” en perfecto estado de salud; resulta que quienes ven los promocionales pueden decir si las personas que aparecen son “reales” o son actores, el estado saludable de los personajes principales era evidente.

149

Los medios de comunicación transmitieron otro promocional de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal donde se observaba a una madre indígena y su hijo que viven en pobreza, posiblemente en una de las comunidades aledañas al volcán de Toluca. En este promocional se presentó un caso real, una madre y su hijo quien recibió en realidad un trasplante de riñón, se encontraba en plena recuperación; si bien su estado de salud estaba mejorando, aún se notaba su palidez y desgano.

Mostramos los dos promocionales a los estudiantes de la Escuela de Comunicación de la Universidad Autónoma del Estado de México. Estuvieron de acuerdo en que el promocional que se hizo sobre un caso real fue el que los motivaba más a la acción. El público espectador y consumidor de mensajes sabe reconocer cuando éstos provienen de una situación real o una actuación.

La situación es que si los mensajes de salud son actuados, el público, el consumidor, la audiencia, los archiva sin que, como se pretende, toquen las fibras del corazón que los motive, que los involucre y conduzca a un cambio de actitud. En este tipo de intervenciones lo que se busca es que las personas lleguen a la acción, que se convenzan de lo que es conveniente hacer tanto para ellas como para la comunidad en que viven.

Existen diversos tipos de acción social (Weber, 1993, p. 20). Lo importante aquí es que las acciones sociales siempre están orientadas por

las acciones de otros, lo que pretendemos es lograr una acción social con arreglo a valores: determinada por la creencia consiente en el valor (ético, estético, religioso o de cualquiera otra forma como se interprete), propio o absoluto, de una determinada conducta sin relación alguna con el resultado, o sea puramente en méritos de valor. De hecho, la formación universitaria se acerca más a lo que nos interesa lograr (Bobio, 2006, p. 11, en Taquenca-Belmonte, 2012, p. 55), un discurso juvenil cercano a una “racionalidad práctica” y a una comprensión de lo que ocurre frente a este problema, coincide con la formación profesional que ofrece la Universidad —adecuación de medios-fines a través del uso de la técnica— en mayor grado que en otro nivel de estudios. Esto es, los universitarios están dotados de herramientas de pensamiento propias que les permiten comprender las situaciones que involucra la problemática de una campaña a favor de la donación de órganos y la necesidad que tenemos las poblaciones de comprender el beneficio de hacerlo.

En el año 2006 se firmó un convenio entre la Universidad Iberoamericana (UIA) y la Secretaría de Salud del Estado de México. Producto de lo anterior, se nos permitió visitar los hospitales de varios niveles de atención donde realizamos observación participante (Taylor y Bogdan, 1987, pp. 31-46). Fuimos testigos del trabajo que se realiza desde que un órgano —por la circunstancia que fuera, accidente o defunción— queda preparado para la donación, hasta que llega al posible receptor en una lista de espera que la Secretaría de Salud del gobierno estatal tiene. Esta labor se sigue con rigor hasta que el órgano se trasplanta (con todas las dificultades que representa); desde certificar la muerte del donador, hasta que lo recibe la persona a quién le toca.

Hablar con los médicos y el personal involucrado en el trasplante fue muy importante para los alumnos, y de gran utilidad para que propusieran el material didáctico y la información que debiera tener una campaña cuyo objetivo era tocar el corazón de la juventud del Estado de México, ya que ellos, de acuerdo con las estadísticas, son la población que, por un lado, está en la mejor edad para hacer una donación y, por otro, son quienes más mueren en accidentes, lo que los coloca como la población

más importante en cuanto a la necesidad de convencerlos para que sus familiares conozcan que están de acuerdo en donar sus órganos.

Mientras que la juventud se siente muy lejana a la muerte —a diferencia de los ancianos—, son ellos el grupo de edad que más fallece a causa de accidentes y los que, debido a su juventud, son los mejores donadores entre los grupos de edad pues no han padecido enfermedades degenerativas que alteren el funcionamiento de los órganos a donar.

Para acceder a su opinión, se realizaron entrevistas a profundidad a los alumnos de la Licenciatura en Comunicación de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), *in situ*, a la hora del descanso entre clases. Se aplicaron 54 entrevistas a estudiantes de entre 20 y 23 años, realizadas por 25 alumnos del grupo de Investigación aplicada (otoño de 2006), comenzando con preguntas abiertas que se fueron cerrando hasta que llegamos a saber si contaban o no con una tarjeta de donador de órganos que se porta diariamente en la cartera. La mayoría, para nuestra sorpresa, cuenta con su licencia y en ella, por disposición en el Estado de México, el automovilista manifiesta su deseo o no de donar sus órganos en caso de muerte accidental, esto no sucede en el Distrito Federal donde vivimos la mayoría de los maestros y estudiantes de la UIA. Todos los estudiantes cuestionados dijeron estar dispuestos a donar sus órganos, si fuera el caso, pero todos ignoraban los detalles del proceso y el hecho de que sus familiares tuvieran que estar de acuerdo, si no lo estaban, no se realizaría la donación, aunque portaran la licencia de manejo con la autorización, cuestión que sus familiares desconocen y que las autoridades no tomarían en cuenta.

“La técnica cualitativa de investigación denominada ‘narrativa’ resulta apropiada para realizar los análisis que nos propusimos, pues en ella mediante los discursos de los alumnos que fueron grabados, nos adentramos en los esquemas de pensamiento globales de temáticas concretas, cuyas bases culturales (también simbólicas) pueden ser rastreadas reflejadas e interpretadas” (Taquenca, 2012, p. 57). Por estas razones decidimos utilizarla en nuestra investigación, seleccionando un grupo numeroso de estudiantes.

La cuestión, según las organizaciones promotoras de la campaña —la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y las secretarías del ramo, federal y estatal—, se enfrentan al hecho de que los familiares, en caso de accidente, se niegan a la donación porque no conocen el deseo de los hijos (información que nos dieron las personas encargadas de los tramites de donación). Otra cuestión es la seguridad de que el posible donador se encuentre efectivamente muerto, sin actividad cerebral y sin posibilidad de recuperación. Para esto las unidades médicas que intervienen en el caso de darse la muerte cerebral, según nos dijeron y lo vimos, tienen que efectuar dos pruebas de muerte cerebral a los posibles donantes antes de proceder a solicitar a los parientes que accedan a donar los órganos. Cuestiones como la posibilidad de que los donantes en algún momento descubran quien fue su donador o que los familiares de los donadores conozcan a quien se benefició de la donación, tratan de evitarse o mantenerse en absoluta secrecía, ya que algunos podrían solicitar remuneración económica a otros, lo que desvirtuaría el procedimiento altruista que es lo que la política pública pretende.

Toda la información que he descrito la desconocen los involucrados en el proceso. Repentinamente, a causa de una enfermedad o accidente, las familias se ven involucradas en un caso como donadoras o receptoras y no cuentan con información suficiente. Es necesario que la población conozca el proceso aunque nunca tenga necesidad de involucrarse, pero si por algún motivo ocurre, cuente por lo menos con información básica; que las dudas estén relacionadas con cuestiones más personales o detalles del proceso y no con los conceptos fundamentales. Así, proporcionar información se convirtió en el propósito de la investigación.

El producto final del semestre fue la entrega de promocionales y el diseño de carteles a la Secretaría de Salud del Estado de México, con el propósito de proporcionar información en los hospitales a los familiares de posibles donantes y llamar la atención de los jóvenes hacia la posibilidad de discutir el tema y que sus familias conozcan su voluntad de convertirse en donadores, si se vieran en tal circunstancia.

La segunda experiencia del taller ocurrió en octubre de 2010, cuando la Universidad Iberoamericana inauguró la Casa Meneses, cuyo objetivo es vincular a la universidad con la comunidad de Santa Fe —algo que pasó luego que se instaló la universidad en el poniente del Distrito Federal—. Desde entonces se realizaron acciones de enlace con la comunidad, pero con la construcción de la Casa Meneses esto se institucionalizó. De manera que los profesores que impartimos materias relacionadas con la práctica empírica —como es mi caso—, tenemos la facilidad para realizar la conexión en el propio Pueblo de Santa Fe y aprovechar la facilidad de sus instalaciones para efectuar, con nuestros alumnos, las prácticas como: entrevistas, *focus groups*, visitas a sitios de interés, etcétera. Los resultados de las investigaciones se publican y se discuten con la comunidad en la Casa, la universidad sabe de qué manera puede apoyar, junto con los alumnos, el cambio en el estilo de vida de los habitantes del pueblo para lograr que la comunidad adopte hábitos saludables y conductas que favorezcan la convivencia sana entre ellos.

153

Nos unimos al proyecto de la Dra. Ericka Escalante Izeta, coordinadora de la Maestría en Salud Aplicada del Departamento de Salud de la UIA. El proyecto (Intervención centrada en la familia para la prevención de la obesidad infantil en una localidad urbano-marginada de la Ciudad de México) al que me uní con mi grupo de comunicación aplicada, tenía el objetivo de explorar las creencias de la comunidad sobre cuestiones relacionadas con la salud, y específicamente si consideran a la obesidad como un problema de salud. El Pueblo de Santa Fe es un área conurbada del poniente del Distrito Federal, una zona cercana a otra considerada de lujo, tanto por la capacidad económica de sus habitantes como al acceso que tienen a servicios urbanos de alta calidad.

Los habitantes del Pueblo de Santa Fe son los remanentes de una zona de tiraderos de basura que se desarrollaron en las barrancas entre el Distrito Federal y la carretera a Toluca, más los que se sumaron a raíz de la construcción del desarrollo urbano residencial, comercial y de negocios más lujoso en la Ciudad de México desde finales del siglo xx y principios del xxi. Esta zona cuenta con historia a partir de que Vasco

de Quiroga fundó un hospital y una Ermita (1532) para trabajar con la población que se dedicó a varios oficios que todavía se practican como la carpintería, herrería y mecánica.

En épocas recientes llegaron hasta aquí habitantes de otras áreas del poniente del DF aprovechando la cercanía al desarrollo urbano de lujo, al centro comercial, restaurantes, hospitales y bancos en donde la mayoría de sus habitantes han encontrado trabajo. La población básica antes de la construcción de la urbanización de lujo eran los pepenadores y operadores de los tiraderos de basura que entre 1960 y 2000 constituían la ocupación principal de los pobladores de las barrancas de Santa Fe.

154

Con la investigación se buscaba averiguar, por medio de la aplicación de técnicas cualitativas, si los habitantes de esta zona consideraban como un problema de salud a la obesidad y sus consecuencias. Dado que la doctora Escalante trabaja con población infantil y con sus padres o tutores, decidimos enfocarnos en los adolescentes, población que se toma poco en cuenta por las investigaciones sobre entorno familiar saludable.

Me pareció que los objetivos de esta investigación se cumplirían si aplicábamos la técnica de foto-voz, esto requería que los alumnos la conocieran a través de investigadores que la utilizan, invitamos a clase al director de cine que realizó la película *Voces de la Guerrero*, Antoni Zirió, quien les explicó a los alumnos que entregó cámaras a los jóvenes en situación de calle de la Colonia Guerrero en el Distrito Federal y que en la película relata la experiencia de trabajar, enseñándoles el uso del dispositivo a quienes nunca lo manejaron y pedirles que filmen su vida diaria, que muestren su problemática —su lucha contra las drogas y el alcohol y sus esperanzas de una vida buena y agradable en imágenes cinematográficas—, y cómo es vivir en la calle para de quienes pasan por tal experiencia. Escuchar al director y ver la película animó a los estudiantes a practicar con dicha técnica. Luego, aplicando la metodología cualitativa, regalamos una cámara fotográfica desechable a los alumnos de un grupo de secundaria de entre 13 y 15 años.

Los alumnos de la Ibero les enseñaron a tomar las fotos y una vez que retrataron los problemas de su comunidad, a elección libre, nos dimos

cuenta de que no incluyeron la problemática de la obesidad, lo que retrataron fue la basura que inunda la zona de las barrancas, característica del lugar, cuestiones de drogadicción y alcoholismo. Una vez que se seleccionaron las fotos que ellos consideraron más representativas de la problemática social en cuestiones de salud, escribieron una historia a partir de las imágenes, resultó que lo que más preocupa a los jóvenes de la secundaria Freud —escuela pública dependiente de la SEP (Secundaria diurna 231)— es el abuso en el consumo de alcohol en jóvenes de su edad, y en toda la comunidad el consumo de alcohol y drogas, además la basura que se acumula en el fondo de las barrancas, lugar donde varios de los estudiantes viven.

La técnica de foto-voz, resultó una manera de recuperar lo que los jóvenes perciben sobre la problemática en su entorno: los pleitos, la forma en que el alcohol y las drogas perjudican la convivencia en su comunidad. La metodología cualitativa mediante el empleo de sus diversas técnicas trata de que el investigador consiga tener empatía (ponerse en el lugar de quien vive la situación) sin alterar (o hacerlo lo menos posible) su relación con la población bajo estudio, en este caso el empleo de foto-voz resultó excelente ya que los estudiantes de secundaria suponían estar tomando un curso de fotografía impartido por alumnos de la Ibero; lo que logramos fue que ellos, y no nosotros, dijeran a través de imágenes y discursos, narrativas propias lo que consideran problemas importantes en su vida cotidiana, lo que les gustaría cambiar y lo que quisieran extirpar o erradicar de su entorno.

Por primera vez, aplicamos una técnica en la que los investigadores no tienen injerencia, son los propios investigados los que eligen qué quieren retratar para la investigación, y la historia que relatan nos permite, mediante el análisis de narrativa, conocer en su propia voz el contenido que revelan sus fotos (Imagen 1).

La interacción entre estudiantes resultó en una experiencia completa, ya que los profesores intervenimos muy poco —diría que nada— en la relación, unos a otros se transmitieron conocimientos, dudas, y se informaron sobre la problemática compartida como el abuso de bebidas

alcohólicas y, en el caso de los estudiantes de la secundaria Freud, convivir con personas drogándose en las calles a la vista de los transeúntes.

Como parte de la preparación se encomendó a los estudiantes de la Ibero tomar fotografías de los problemas de salud en su entorno cotidiano. Entre las imágenes aparecieron la ingesta de alcohol, el tabaquismo y la obesidad, este último específicamente entre las alumnas, tema asociado al deseo de ser o mantener cuerpos delgados. Los estudiantes varones identificaron al tránsito vehicular cotidiano como un problema de salud. En el registro fotográfico de los estudiantes no aparecieron la drogadicción ni la basura, en comparación con los adolescentes de Santa Fe, quienes sí los consideraron como problemas de salud.

156

El producto visual y narrativo implicó enseñar a los estudiantes a interpretar las imágenes que acompañan la narrativa, y a través de la comparación resaltaron más las diferencias. Las fotografías fueron tomadas por los alumnos de la Secundaria Freud con el consentimiento de sus padres; tenemos los derechos.

Para el análisis de las fotografías de los estudiantes adolescentes de Santa Fe y su correspondiente narrativa, utilicé a Roland Barthes (2009), su texto que trata sobre la interpretación de fotografías periodísticas, se parece mucho al producto de “foto-voz” ya que la imagen se toma y posteriormente los periodistas la relacionan con los hechos, en nuestro caso la relación es con los sentimientos internos de quienes viven la situación que los perturba.

Roland Barthes (2009) separa la foto de la narración cuando dice que la imagen es un producto en sí y que de hecho la fotografía periodística es un objeto dotado de una autonomía estructural, pero que se comunica con otra estructura que es el texto, una estructura lingüística que soporta la totalidad de la información, las dos confluyen pero son de naturaleza diferente, el texto es lingüístico y la foto está compuesta de líneas, superficies y tonos. Además, dice Barthes, “las dos estructuras del mensaje ocupan espacios reservados, contiguos pero no ‘homogeneizados’” (2009, p. 12). Por ello se debe empezar por analizar la fotografía, razón por la cual escogí dos de las más significativas: la de la basura en

IMAGEN 1



157

la barranca, tomada al sol (Imagen 2) y la del drogadicto tirado sobre la banqueta (Imagen 3) que es oscura, quizá porque fue tomada en un momento sin luz, temprano en la mañana o el atardecer.

La fotografía contiene un mensaje denotado que le es propio por ser una analogía de la realidad, y un mensaje connotado que es, en cierta manera, el modo en que la sociedad ofrece al lector su opinión sobre aquél (Barthes, 2009, p. 14).

En la Imagen 2 la fotografía y el texto comparten una connotación; Raúl escribió la historia en tercera persona, lo que podría parecer lejanía del problema, que no se lo apropia y de esa manera pide solución, sugiere que el que quiera remediar el problema tiene que lograr que un tercero los ayude. En la frase final señala que las personas que tiran su basura en el lugar (porque no es donde ellos viven), podrían dejar de hacerlo. Nunca, ni en la foto ni en la historia relata algo que conecte al problema con alguna solución, parece que la solución está en solicitar ayuda y que alguien, no sabe quién, se interese por un problema que si a él que vive ahí no lo lleva a la acción, quizá a quienes no lo comparten tampoco.

IMAGEN 2
La barranca



158

“Raúl vive en una casa sobre una barranca. Raúl pasa diario de ida y de regreso por esa barranca. Ahí en la barranca vive gente, la gente tira basura sobre la barranca, la basura destruye el paso del agua de una presa que cruza por ahí la contaminación por la basura cerca de la casa de Raúl le preocupa. Huele mal y puede traer consecuencias negativas para Raúl y la demás gente que vive ahí. Algunas personas han pedido que se les de ayude para limpiar el lugar sin embargo no es mucha gente a la que le interesa. Un día varias personas que no vivían cerca llegaron a tirar su basura ahí. A Raúl le gustaría que la gente se preocupara más por el medio ambiente y por la gente que vive en la barranca”.

En el análisis la imagen es más que explícita: es la basura retratada a la luz del día, es algo que no está oculto.

El texto de la Imagen 3 lo escribe una alumna de secundaria de 13 años que no redacta correctamente y con faltas de ortografía, lo que no impide leer la connotación que se añade a la tristeza que denota la foto. Denotación y connotación confluyen.

IMAGEN 3
La soledad del señor Luis



159

“Puez (sic) a este señor que vemos en nuestra imagen su siguiente historia empieza así. Había una vez un hombre normal que cada día problemas relacionados con su familia. Él tenía un vicio de drogadicción. Un día su esposa lo corrió de la casa y pues le dijo que estaría mejor con sus amigos lo mal influenciaron con centirse (sic) mejor drogándose. El cada día se drogaba y se drogaba. Un día sus amigos, lo abandonaron, dejándolo solo el no supo a donde ir y se fue acabando su vida. en la misma calle cada vez que su familia lo ve le da “tristes” para ayudarlo pero ellos se dan cuenta que el prefirió irse que quedarse con ellos. A los pocos días murió y a su familia no le importo. Pobre señor Luis”.

La fotografía se conecta muy bien con el texto, es oscura, habla de la historia de un hombre que se suicida frente a la comunidad. Pasa sus últimos días abandonado sin que a nadie le importe, ni a su familia, en absoluta soledad.

La joven ve el problema de la drogadicción como una elección personal, y como tal quien elige drogarse se morirá solo, sin importar a la sociedad o a su familia, como si el drogadicto fuera consciente de lo que le sucede y elige drogarse, entonces la sociedad no tiene más camino que

dejar que la persona muera, lo percibe como una elección del sujeto. El problema en la comunidad Pueblo de Santa Fe se ha convertido en una situación cotidiana para todos, de manera que nadie hace nada por ayudar o mejorar ese estado acostumbrado en sus habitantes.

En ambos ejemplos es posible reconocer la codificación del análogo fotográfico (Barthes, 2009, p. 17) de manera que se reconocen los procedimientos de connotación.

160

La conclusión con los alumnos fue comparar lo que ellos hicieron cuando les enseñé la técnica y lo que realizaron los jóvenes del Pueblo de Santa Fe, y la diferencia entre las preocupaciones de unos y otros, los que están viviendo a unas cuadas de distancia, pero cuya clase social e ingresos familiares son diferentes, así como sus problemas. Sin embargo, existe una coincidencia entre unos y otros: el peligro del alcohol. La ingesta abusiva de esta sustancia es algo que los adolescentes de la secundaria Freud y los alumnos de la Ibero comparten.

La tercera experiencia (2013) fue la de probar la teoría del cultivo (Gerbner y Gross, 1976) respecto a los mensajes que transmiten las series de televisión estadounidense en horarios nocturnos de alto *rating* en Ciudad de México, dirigido a las audiencias de televisión restringida o de paga, en este caso los estudiantes de la Ibero. De acuerdo con datos de la Encuesta de Admisión (UIA, 2011), la mayoría de los estudiantes declaran que actualmente no ven televisión, sino que compran las series completas por temporada y las ven en casa o en sus computadoras; esto, aunque muchos de los estudiantes no lo reconocen como ver televisión y consumir mensajes a través de una pantalla, para estudiar los efectos de la comunicación mediática sí lo es.

Enseñé a los alumnos a realizar análisis de las series de televisión como lo hacen los profesores de la Universidad del Sur de California (Larry Gross), y aprendieron a analizar el mensaje de cada capítulo, el programa en general y a cada personaje con sus características. Primero ensayamos con el análisis de un capítulo diario de la telenovela del momento, transmitida a las 9 de la noche (horario estelar) en el canal 2 de Televisa (televisión abierta), aprendieron a ver, escena por escena, qué

decía cada personaje y sus características, realizaron una codificación en Excel que les permitió observar diversos fenómenos en los mensajes, pues utilizamos los mismos parámetros que actualmente utilizan quienes continúan la labor de investigación de George Gerbner: la violencia.

Los resultados revelaron las características físicas que tienen los personajes que encarnan a los violentos (como cuestiones de género) y en qué escenas surgen las armas, qué tan frecuente es (si aparecen en cada capítulo o no), y qué clase de armas utilizan. Los resultados son los que ya conocemos por la literatura al respecto (Wright, Sparks y O’Hair, 2008): que los hombres ejercen la violencia contra las mujeres, que quienes la padecen son ancianos, mujeres y niños; que los violentos casi siempre tienen el pelo negro, etcétera. Además, los alumnos se dieron cuenta de que el diálogo es demasiado simple y contundente, que no da lugar a posibles especulaciones de parte del receptor, es muy sencillo decodificar los mensajes para la audiencia porque son los mismos, los diálogos son reiterativos.

161

Una vez concluida la práctica analizamos en clase nueve capítulos de la serie *Grey’s Anatomy* que se transmite actualmente en Estados Unidos y México, y cuya trama tiene lugar en un hospital. Los artículos sobre comunicación y salud consideran a la serie como una en la que se trata el tema de la salud, pero es puramente incidental, en realidad la serie es un melodrama inserto en un hospital y la salud es un pretexto para integrar las situaciones melodramáticas entre los personajes que trabajan y viven parcialmente en el hospital, ya que los protagonistas son pasantes de medicina.

Utilizamos los artículos de Gerbner, “Violence profile” (8, 9 y 10), para que los alumnos construyeran un perfil fundamental, culturalmente influido, para saber qué querían mis alumnos relacionar con la serie, por ejemplo: si es mejor para un enfermo que al llegar a un hospital lo atienda una mujer en lugar de un hombre o viceversa, si cuando se ingresa a un hospital se tiene contacto directo con el médico o no, si los doctores tienen actitudes saludables o son permisivos y tolerantes cuando ellos mismos abusan de narcóticos o alcohol.

Para conocer la realidad con la que contrastaríamos el mensaje de *Grey's Anatomy*, un alumno se dedicó a consultar la *Encuesta nacional de salud 2012*, para saber, por ejemplo, que al ingresar a un hospital es más probable ser atendido por una doctora, porque porcentualmente en México hay más doctoras que doctores.

El trabajo de campo lo hicimos con el análisis de dos *focus groups*, uno con jóvenes de edad similar a la de los estudiantes y otro con adultos de alrededor de treinta años.

162 Las circunstancias de la docencia universitaria imponen la necesidad de tomar al menos dos cursos para tratar el mismo tema de investigación —aunque no más debido a que los alumnos que retoman distintos aspectos de una misma investigación pierden la idea del proyecto como un todo—, lo cual es indispensable para cumplir con un objetivo cada semestre y con las pretensiones de un protocolo de investigación más largo. Esta investigación se realizó en un semestre.

Lo que salió a la luz es que efectivamente el cultivo existe, o sea que las personas que más horas de televisión ven al día son las que más tienen alterada la percepción del mundo real. La teoría del cultivo es difícil de probar en cuanto a lo que se deberá tomar como un dato real, así que en este caso usamos, como ya se mencionó, la *Encuesta Nacional de Salud 2012* para obtener información fehaciente sobre cuestiones como el género.

Entre los temas que se revisaron y discutieron están, por ejemplo, cuántas doctoras hay en la realidad y cuántas creen que hay para quienes ven televisión, respecto de la cantidad de hombres doctores; si se dejarían tratar por una mujer (debido a que ellas son presentadas en las series de este corte como más vulnerables que los hombres y si sus problemas personales alteran su desempeño profesional), o que los hombres son mucho más capaces de apartar la problemática personal cuando están trabajando que las mujeres.

En los dos *focus groups* hubo participantes que admitieron que lo que saben de medicina y de salud lo han aprendido de la televisión, que al llegar a un hospital esperan ser tratados por un médico titulado que los

diagnostique. Pero en realidad cuando un enfermo llega al hospital, la mayoría de las veces es recibido y diagnosticado por pasantes o estudiantes aplicando para su internado o servicio.

Una cuestión que salió a la luz es la ingesta de bebidas alcohólicas de parte de los médicos. En la serie analizada se transmite el mensaje de que el alcohol ayuda a las personas a sobrellevar el estrés cotidiano, especialmente el profesional cuando los doctores se enfrentan a situaciones graves y de gran riesgo. Al final de varios capítulos de *Grey's Anatomy* es común ver que los personajes se reúnen a beber para relajarse. Esta situación la creyeron sobre todo los participantes del primer grupo, que eran los jóvenes de menor edad y más alejados a la profesión médica, que no eran hijos de médicos o muy cercanos a alguien de la profesión. De acuerdo a sus comentarios, ellos están seguros de que beber es una práctica social permitida, admitida y fomentada entre la profesión médica.

163

Lo que se observó en los capítulos de la serie es que la ingesta de alcohol cotidiana se presenta como algo normal que hacen los médicos. De ahí que los alumnos consideren esta práctica como algo perfectamente admitido en la sociedad, aunque se sabe que causa adicción y daño considerable a la salud.

Los participantes del segundo *focus group*, adultos menos jóvenes que los del primer grupo, manifestaron estar más cultivados que los jóvenes y explicaron abiertamente que la terminología médica que conocen y han incorporado en su vida proviene de la televisión, en especial de programas como *Grey's Anatomy* y *E.R.* Esto revela que además de proporcionar entretenimiento la televisión tiene potencialidad formativa.

ANEXO

Modelo teórico y metodológico

PROCEDENCIA	CONCEPTO	DEFINICIÓN	RELACIONES	IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS
Miguel de Moragas (2011)	El hecho de que la comunicación sea multidisciplinar e interdisciplinar no le quita esa cualidad si está en "una búsqueda continua de una teoría que pueda aplicarse a todos los procesos de transmisión de la información".	La comunicación es una disciplina.	Las tiene con todas las ciencias. Requiere adentrarse a las disciplinas con las que tratará la interdisciplina.	Partimos de la tesis de que la comunicación es una disciplina que se relaciona con otras en el ámbito comunicacional.
King <i>et al.</i> (2009)	"Las metodologías cualitativa y cuantitativa tienen una misma lógica inferencial, aunque aparezcan diferentes".	La metodología cualitativa tiene una lógica inferencial científica.	La metodología cualitativa se relaciona con la cuantitativa ya que es posible usarla en una misma investigación.	La utilización de metodología cualitativa trata de llegar a las causas de los fenómenos.
Klapper (1960)	"Percepción selectiva".	La integración del mensaje publicitario depende de nuestra cultura.	Relación entre mensaje y receptor mediada por la cultura.	Los mensajes no actuados, en los que aparecen personajes reales mueven más a la acción.
Bobbio (2006), citado por Laqueña-Belmonte (2012)	"Racionalidad práctica".	Adecuación de medios a fines, mediante el uso de la técnica.	Lo que se busca en la campaña de donación de órganos que promueve la OMS y la OPS, se relaciona con la forma de enseñar en las universidades.	Lo que se busca en la campaña (incidir en la juventud), coincide con los objetivos de la enseñanza universitaria.

<p>Taquena-Belmonte (2012)</p>	<p>“Narrativa” .</p>	<p>“Metodología cualitativa que rescata lo dicho por los informantes, permite adentrarnos en los esquemas de pensamiento sobre temáticas concretas” .</p>	<p>Se relaciona con la obtención de información para hacer posible la comunicación.</p>	<p>La puesta en práctica de esta metodología nos permitió conocer la falta de comunicación entre los posibles donadores de órganos y los que se encargan del proceso.</p>
<p>Foto-voz, Ziri6n</p>	<p>T6cnica cualitativa.</p>	<p>Consiste en practicar con los sujetos de investigaci6n. Que ellos mismos, mediante la fotografía y su propia narrativa, comuniquen los problemas de salud de su entorno.</p>	<p>Se relaciona con la pr6ctica cualitativa que señaala que el investigador deber6 inducir a que su informante interiore su problem6tica, que nos har6 conocer a trav6s de la foto y la narraci6n.</p>	<p>Nos permiti6 saber que los j6venes habitantes del Pueblo de Santa Fe no conocen que la obesidad es un problema de salud.</p>
<p>Roland Barthes (2009)</p>	<p>An6lisis de la fotografía periodística.</p>	<p>Se analizan por separado. La fotografía puede ser denotativa y connotativa a trav6s del texto que comunica a la foto anal6gica es lo que la sociedad ofrece al lector, su opini6n sobre la foto.</p>	<p>Se relaciona la foto con lo que los j6venes dicen en la historia que construyen sobre la problem6tica en su entorno.</p>	<p>Nos permite analizar la postura de los habitantes de Santa Fe sobre su problem6tica cotidiana.</p>
<p>Gerbner (1976)</p>	<p>Teoría del cultivo.</p>	<p>La televisi6n distorsiona la percepci6n de la realidad en sus consumidores.</p>	<p>Se relaciona con el an6lisis de la realidad y la construcci6n de los perfiles.</p>	<p>Nos permite analizar el texto televisivo a trav6s de los alumnos y la construcci6n de los perfiles.</p>
<p>Gerbner, “Violence profile” (8, 9 y 10)</p>	<p>Los perfiles son grupos de índices que en espaól llamamos indicadores culturales.</p>	<p>Los alumnos construyen los perfiles y los identifican en el an6lisis de las escenas de los capitulos de las series.</p>	<p>La construcci6n de los perfiles se relaciona con la cultura de la persona que analiza.</p>	<p>Es el vehiculo que construimos para analizar si existe efecto “cultivo” o no.</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, R. (2007). *TV. Su influencia en la percepción de la realidad social*. México: UNAM/FES Aragón/Porrúa.
- Barthes, R. (2009). *Lo obvio y lo obtuso*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gerbner, G. y Gross, L. (1976). Living with television: the violence profile. *Journal of Communication*, 26(2), 172-194.
- , Eeley, M.F., Jakson-Beeck, M., Jeffries-Fox, S. y Signorielli, N. (1977). tv Violence Profile No. 8: The Highlights. *Journal of Communication*, 27(2), 171-180.
- , Jakson-Beeck, M., Jeffries-Fox, S. y Signorielli, N. (1978). Cultural Indicators: Violence profile No. 9. *Journal of Communication*, 28(3), 176-207.
- , Signorelli, N., Morgan, M. y Jackson-Beeck, M. (1979). The demonstration of power: Violence Profile No. 10. *Journal of Communication*, 29(3), 177-196.
- De Moragas, M. (2011). *Interpretar la comunicación. Estudios sobre los medios en América y Europa*. Barcelona: Gedisa.
- Klapper, J.T. (1960). *The effects of mass communication*. Nueva York: Free press.
- King, G., Keohane, R. y Verba, S. (2000). *El diseño en investigación social. La inferencia científica en estudios cualitativos*. Madrid: Alianza.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Taquenca-Belmonte, J.A. (2012). La opinión política de los jóvenes universitarios de Hidalgo, México. Un análisis desde la teoría de campo. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 19(60), 45-77.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Vargas, C. (2012). Publicidad y alimentación saludable. Tesis de Maestría en Comunicación. México: Universidad Iberoamericana.
- Vilches, L. (coord.). (2011). *La investigación en comunicación. Métodos y técnicas en la era digital*. Barcelona: Gedisa.
- Weber, M. (1993). *Sobre la teoría en ciencias sociales*. Barcelona: Planeta Agostini.
- Wolf, M. (2005). *La investigación en la comunicación de masas*. México: Paidós.
- Wright, K.B., Sparks, L. y O'Hair, D. (2008). *Health Communication in the 21st century*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

SALUD Y COMUNICACIÓN ¿Qué es? Derecho humano fundamental para el ejercicio de los demás derechos humanos Se encuentra En el artículo 4to de la constitución Esxplica SECURITY WARNING: Please treat the URL above as you would your password and do not share it with anyone. See the Facebook Help Center for more information. Salud y comunicación. View full resource. 6392196. Mind Map by Vianey Garrone , created over 2 years ago. Conceptos básicos de salud. Pinned to. 7. 1. Comunicación y Salud en nuevos canales Cristina Ribas cristinaribas.net http://delicious.com/crisribas twitter.com/cristinaribas facebook.com/crisribas cristina.ribas@upf.edu Marzo 2010. 4. El ecosistema de la comunicación. 5. De la sociedad de masas a la suma de individuos Fuente: Wikipedia.org. Embed the video. "Comunicación y Salud" - Ministerio de Salud - Gobierno de Entre Ríos.

Autoplay. OnOff.
above. Report this video. Select an issue.

. Add the video to your site with the embed code