

Comunicación Social y Salud: Un Nuevo Planteamiento Estratégico.

Ubaldo Cuesta Cambra.

Catedrático Comunicación Audiovisual y Publicidad. Director Departamento CAVP II. Facultad Ciencias de la Información. UCM

Tania Menéndez Hevia.

Personal Investigador Becado. Departamento CAVP II. Facultad Ciencias de la Información. UCM.

Marisa García Guardia

Profesora Titular Interina. Departamento CAVP II. Facultad Ciencias de la Información. UCM.

comunicacionaudiovisual@hotmail.com

Resumen.

Se plantea la necesidad de revisar la estrategia comunicativa de los programas de educación para la salud (EPS) en función de las siguientes variables:

- ~~✍~~ El nuevo concepto de “riesgo”, especialmente presente entre los grupos urbanos juveniles y de gran relevancia frente a los modelos clásicos de comunicación y salud basados en el paradigma del miedo (e.g. modelo extendido de las respuestas paralelas).
- ~~✍~~ El modelo TMT (Terror Management Theory), especialmente relevante a la hora de diseñar estrategias de comunicación en salud.
- ~~✍~~ El nuevo enfoque, especialmente cualitativo, basado en los *cultural studies*, que permiten análisis motivacionales más profundos sobre el imaginario colectivo en relación con los estereotipos de salud y otros vinculados.
- ~~✍~~ El empleo del método de la triangulación (cualitativos y cuantitativos en sinergia) y del *feedback* (o retroalimentación) en los *consumer insight* generando bucles de retroacción en los planteamientos estratégicos.

Finalmente se expone una investigación en la cual, mediante el análisis cualitativo, se investiga el imaginario colectivo que constituye el mundo juvenil del sexo sin protección, así como los mecanismos relacionados con

el TMT y el concepto de “riego”. Simultáneamente se emplean técnicas cuantitativas para detectar el *consumer insight*. A partir de ambos datos se diseña una estrategia comunicativa y se proponen mecanismos de intervención.

Palabras clave:

Estudios culturales. Educación para la Salud. Método Triangulación.

Abstract.

A revision of contemporary models of social communication and health is proposed based on some variables:

- ✍✍ The new concept of *risk* which is very important in the context of urban young people and more specifically in the field of models of health based on the paradigm of threat (e.g. the extended model of parallel responses).
- ✍✍ The Terror Management Theory (TMT) of special importance in designing strategies of social communication and health.
- ✍✍ The “new look” of cultural studies that allow us to go deep down into the motivational studies, specifically into the stereotypes of health among young urban people.
- ✍✍ The employ of triangulation (combination of quantitative and qualitative techniques) and feedback methods that provide us a powerful instrument to develop consumer insight.

Finally, a research is presented in which all the former concepts are used and tested. The goal of the research was to define a program of communication in sexual risk behavior through a strategy based upon the new ideas that were proposed.

Key Words:

Introducción.

Desde hace algunos años, los modelos sobre salud pública han derivado de un planteamiento médico basado en un concepto de salud “biológico” que postulaba una etiología fisiológica de la enfermedad y un tratamiento farmacológico o quirúrgico, a un modelo “bio-psicosocial”, donde la etiología de la enfermedad es biológica o psicosocial y, frecuentemente, resultado de una interacción entre ambas. En este sentido, la OMS ha establecido que la salud es el bien físico, psicológico y social de la persona.

Desde estos modelos integradores de la salud, resulta evidente la importancia de la comunicación social, en aspectos tales como:

- ✍️ La transmisión de información que permita a los ciudadanos conocer las diferentes opciones de conducta saludable o de riesgo.
- ✍️ La creación de hábitos de conducta saludables mediante la implantación de programas de educación para la salud.
- ✍️ La creación y propagación de marcos de referencia sociales (*frames*) que facilitan la adaptación o desajuste al entorno, mediante la creación de estándares de meta y creación de disonancias.

Sin embargo, la dialéctica contemporánea de los medios es de extraordinaria densidad. Ya no puede hablarse de un mecanismo comunicativo simple unidireccional basado en la idea inicial derivada de los modelos neoconductistas “estímulo-respuesta”, donde el estímulo, es el mensaje persuasivo y la respuesta los efectos provocados por el medio (*quién dice qué*

a *quién por qué canal y con qué efecto*). Como decimos en nuestro último manual “Comunicación Social y Salud”:

“Los procesos comunicativos adquieren una especial relevancia en una sociedad donde la lógica dominante apela al consenso establecido mediante el diálogo (la ética discursiva de Habermas, la ética por el discurso negociador, la nueva teoría estratégica a la que apela Rafael Alberto Pérez.” (Cuesta, Ugarte y Menéndez, 2006; p. 8).

Desde esta nueva perspectiva que recoge la complejidad y densidad de la dialéctica de los medios debe contemplarse el estrepitoso fracaso de los programas de comunicación social y salud contemporáneos. Son cientos de millones de euros, o dólares, los que se emplean en programas de salud pública con resultados nulos: programas de la DGT y de seguridad vial, antitabaco, contra las drogas, de salud dental o hábitos dietéticos, programas contra el SIDA (Comas y cols., 2003) y un largo etc.

Es esta una situación que exige ser revisada con urgencia, por una triple razón:

- ~~La~~ primera, y de mayor importancia, porque estamos fracasando en el proyecto de mejorar el nivel de vida de nuestros conciudadanos.
- ~~La~~ segunda, porque este fracaso supone un coste económico inmediato (el coste de los programas de comunicación) y un coste, aún mayor, diferido: el que proviene de los costes de la seguridad social por tratamientos subsiguientes.
- ~~La~~ tercera razón: porque los modelos teóricos explicativos que proponemos desde la universidad no parecen ser adecuados, desde el momento que su potencia predictiva y manipulativa de la realidad social es tan escasa.

La revisión de esta situación pasa por el reconocimiento de un planteamiento en la estrategia comunicativa incompleto. Por varias razones:

1. En primer lugar porque, con frecuencia, no se reflexiona lo suficiente sobre la **responsabilidad ética** subyacente a la potente presión normativa que supone la aplicación de programas de intervención social que afecta a hábitos comportamentales arraigados, derivados de creencias, actitudes, valores compartidos, etc. y que, además, en muchas ocasiones están referidos a conductas lúdicas (la conducta sexual, de ingesta, el alcohol, el tabaco y otras drogas, ocio nocturno, etc.) Una adecuada reflexión en este sentido incidirá sobre el planteamiento estratégico por dos razones fundamentales: en primer lugar porque puede suponer una modificación de los objetivos propuestos –en función de una diferente sensibilidad ética que desvela objetivos más sensibles- y en segundo lugar, porque una responsabilidad derivada de la ética social comunicativa conduce a la ética discursiva, lo que nos debe de conducir al análisis del discurso del grupo (de los grupos, como veremos) socialmente implicados. Este análisis social y, por tanto, simbólico, del discurso de los grupos, incidirá profundamente sobre la estrategia comunicativa.

2. Por otro lado, dicho **análisis discursivo previo**, no sólo obedece a una lógica ética –un poco descuidada hasta ahora, en este campo- sino que, a la hora de *diseñar* los mensajes comunicativos se alza como uno de los instrumentos –*métodos* divergentes, o de recolección de datos, según algunos autores- más importantes a la hora de desarrollar una estrategia adecuada. Frecuentemente, las campañas de seguridad vial por ejemplo, no han indagado previamente en las necesidades de los receptores del mensaje, sus códigos de comunicación ...

Cuando se realizan estos estudios previos, frecuentemente se limitan a una recogida y análisis de datos dentro del modelo del *consumer insight*, sin tomar en consideración variables más complejas.

Dentro de estas variables, se debe incluir, como elemento central en torno al que se debe diseñar la estrategia comunicativa, un enfoque basado en los **estudios culturales** (*cultural studies*) , en línea con

propuestas recientes (Aguilera y Pindado, 2006) que permita detectar los fenómenos de consumo cultural y comunicativo de las tribus o grupos sociales.

3. Considerar las estrategias comunicativas a la luz de dos fenómenos psicosociales de extraordinaria importancia en la cultura occidental:

~~del~~ **nuevo concepto de “riesgo”** (especialmente relevante en el campo de la seguridad vial, drogadicción juvenil, tabaquismo, alcoholismo y conducta sexual de riesgo) y

~~de~~ **las teorías del TMT** (*Terror Management Theory*, Solomon y cols., 1991, 2004), según las cuales los acontecimientos que desencadenan miedo a la muerte (y entre ellos, muchos de los vinculados a la salud social) provocan complejos mecanismos cognitivos y emocionales de enfrentamiento.

Las consideraciones anteriores obligan a optar por otra aportación en el planteamiento estratégico: el empleo del método de investigación de la triangulación, en cuanto el empleo de metodologías cuantitativas y cualitativas para investigar diferentes aspectos del fenómeno. Además, esta investigación triangular debe generar bucles de retro-información o *feedback* a lo largo de todo el proceso del diseño estratégico.

1. La responsabilidad ética.

Todos los niveles profesionales están sometidos a importantes consideraciones éticas: médicos, ingenieros o abogados, soportan importantes consecuencias éticas con sus actos. Sin embargo, cuando abordamos el campo de la comunicación social y la salud, el punto de vista ético requiere reflexiones previas porque el modo en que nos enfrentemos, y resolvamos, las cuestiones planteadas desde este

campo, van a determinar, por un lado, la propia definición de salud y, por otro lado, la estrategia de comunicación con la que diseñar y desarrollar los programas de intervención.

Esta cuestión es compleja y de gran envergadura porque si, como dijimos anteriormente, “los procesos comunicativos adquieren una especial relevancia en una sociedad donde la lógica dominante apela al consenso establecido mediante el diálogo (la ética discursiva de Habermas...)” entonces, debemos considerar que mediante nuestros programas de intervención social, estamos contribuyendo a crear una determinada ética social, donde estamos, de algún modo, primando un punto de vista, una determinada construcción de la realidad social, frente a otra. El riesgo, por otro lado, de radicalizar esta postura consiste en instalarnos en una especie de *relativismo cultural*, donde no existen estándares objetivos aplicables a ninguna parcela de la persona, no sólo en los ámbitos morales, sino ni siquiera en los físicos o mentales (como llegó a ocurrir con el movimiento radical de la anti-psiquiatría).

Esta tensión entre libertad individual que busca el consenso social construido y el reconocimiento de determinados estándares *objetivos* de salud, constituye una de las mayores dificultades éticas en el ámbito de la comunicación social y la salud, aunque no se aluda a ello con frecuencia.

La salud plantea hoy, en gran medida, en y desde lo *cultural*, donde *sujeto*, *realidad social* y *comunicación* constituyen los elementos dinámicos que lo articulan. Estos tres elementos constituyen un sistema cerrado, en el sentido atribuido al concepto sistema por la Teoría General de Sistemas (TGS) de Von Bertalanffy, donde los elementos interaccionan entre sí para, dinámicamente, configurar el sistema.

En este sentido, desde la posición ética, la comunicación social se alza como un instrumento de salud pública. Como todo lo público, por tanto, debe cooperar a la convivencia, facilitando la toma de decisiones en

libertad. Esto se consigue proporcionando la mejor información posible para que el ciudadano escoja la conducta más adecuada, siempre desde sus preferencias personales, tanto éticas como físicas, estéticas, grupales, etc.

Esto plantea ya un doble problema, teórico o conceptual y pragmático:

- Desde un punto de vista teórico, nos vemos obligados a definir el concepto “la mejor información posible para que el ciudadano escoja”. Desde el momento en que planteamos el criterio “la mejor información”, estamos partiendo de una valoración. Es evidente que, en ciertos casos este criterio es fácilmente identificable, por ejemplo: cada cigarrillo fumado es tóxico y provoca daños al organismo. Este criterio nos conduce fácilmente al siguiente: no fumar nada es preferible y positivo para la salud. Algunos discutirían este criterio, pero nosotros no pretendemos llegar tan lejos. Parece que hay criterios, como el analizado, que son comúnmente aceptados. Sin embargo, el criterio: el alcohol es un tóxico, también podría conducir al segundo criterio: no beber absolutamente nada es mejor. Con independencia de valoraciones económicas complejas que intervienen en este problema, resulta evidente que un importante flujo de opinión social no comparte esta idea de salud pública, donde los valores de interacción social y hedónicos que aporta el tóxico (el alcohol) superan, en ciertos límites, los efectos colaterales negativos. En definitiva, hablamos de un problema de “estilos de vida”, configurados normativamente, mediante normas sociales o grupales. Conviene ser conscientes de que al diseñar estrategias de comunicación en salud –en general, toda estrategia de comunicación social- estamos incidiendo sobre estilos de vida. Es decir, estamos haciendo un ejercicio de autoridad normativa sobre la población.
- El segundo problema es de tipo pragmático: hay determinados criterios que no resultan muy difíciles de implementar, aún cuando

se pensara que sería el adecuado. El caso extremo, y más polémico es del SIDA: por más que pudiera discutirse si, desde el punto de vista higiénico y sanitario, lo ideal sería la abstinencia hasta la edad adulta y, posteriormente, la monogamia absoluta, difícilmente un programa de educación para la salud público con estos criterios podría implantarse con éxito. Los ejemplos podrían ser infinitos: dentro de los hábitos conductuales de salud, es mejor acostarse temprano y madrugar que trasnochar y acostarse de madrugada.

Vinculado a la dificultad de implementar el criterio, se da otro problema práctico: el de los recursos y su adjudicación, que implica el establecimiento de prioridades y, por consiguiente, de adjudicación de recursos. Frecuentemente las prioridades se establecen en función de dos tipos de criterios: (1) de rentabilidad política y social, debido a la popularidad del problema abordado y (2) en base a análisis epidemiológicos basados, generalmente en impactos de morbilidad .

Estos criterios de asignación de prioridades son eficaces y prácticos, pero insuficientes y relegan áreas relacionadas con la salud de extrema importancia, como los problemas derivados de “la relación”, bien sea con el entorno (alimentación, ejercicio, accidentes laborales o infantiles) o con los iguales (relaciones afectivas, disfunciones sexuales, violencia, conductas disociales, etc.).

2.-El análisis discursivo previo y el planteamiento cultural.

Este planteamiento ético requiere una nueva aproximación estratégica que exige su puesta en marcha desde el inicio del proceso comunicativo, en las

primeras etapas de recolección de datos previas, incluso, a definir los objetivos del programa comunicativo.

Y ello, como apuntábamos, por una doble razón:

✍️ En primer lugar, por una exigencia derivada del *Principio de la Ética del Discurso* (Habermas, 1985), según la cual, “sólo pueden pretender validez las normas que encuentren, o podrían encontrar, aceptación por parte de todos los afectados, como participantes en un discurso práctico” (Habermas, 1985, p. 116-117).

El caso de los programas de comunicación social y salud presentan una doble vertiente: por un lado, obedecen a criterios derivados de la ciencia médica y psicosocial y, como tales, están sujetos a “leyes” de cierta objetividad y su interpretación y aplicación debe realizarse por los correspondientes profesionales. Sin embargo, la segunda vertiente hace referencia a una segunda naturaleza del fenómeno: los medios de comunicación social impregnan la sociedad y crean marcos de referencia o *frames* que colaboran en la creación de imágenes mentales sociales y, por lo tanto, moldean y configuran la sociedad. Por consiguiente, antes de definir programas de salud social, es necesario conocer el grado de “aceptación por parte de todos los afectados como participantes de ese discurso”. En función del área, esta exigencia ética es mayor o menor: es menor en el caso de, por ejemplo, riesgo cardiovascular, pero mayor en el caso de consumo de sustancias, ocio nocturno o conducta social. En definitiva, la exigencia ética es fuerte cuando nos referimos a actividades que están fuertemente impregnadas de valores socioculturales.

Se trata de abordar el discurso social desde los poderes públicos con una actitud dialógica en lugar de desarrollar la planificación mediática únicamente desde la actitud derivada de la autoridad heterónoma: desde el poder público impongo los criterios de eficacia “objetivamente deseables”. Con frecuencia, este planteamiento puede desembocar, sin embargo, en un dilema ético, desde el

momento en que una de las imposiciones de la actitud dialógica afirma que la decisión final, para ser correcta, no tiene que atender a intereses individuales o grupales, sino a *intereses universalizables*, es decir, a aquello que todos podrían querer” (Cortina,1995). Los profesionales responsables de estos programas deben resolver el dilema ético mediante una actitud *programática*, que impida el bloqueo. Sin embargo, la reflexión y el trabajo previo, emanado de esta ética discursiva, modificará las decisiones finales no sólo en cuanto a los objetivos, sino también en cuanto a la estrategia para implantarlos.

✍️ Lo que nos conduce a la segunda razón: para aplicar esa actitud dialógica y profundizar en los *intereses universalizables* del grupo social, es necesario realizar estudios previos. Investigación divergente de recolección de datos (Pérez González, y Martínez Ramos,1981). Pero no se trata únicamente de recoger datos cuantitativos o cualitativos que nos permitan definir una “estrategia clásica” de comunicación, a la manera de las técnicas habituales del márketing o la comunicación social persuasiva/publicitaria, obteniendo el *insight* del consumidor mediante estudios “de mercado”.

Antes al contrario, se trata, precisamente, de introducir aquí un cambio de paradigma en la forma de entender las estrategias de comunicación. Este cambio de estrategia se apoya en la siguiente idea:

Cultura y Salud son entidades inseparables.

Esta afirmación soporta la argumentación ética anterior: la necesidad del discurso público dentro de un marco de ética dialógica que permita a los protagonistas participar del discurso público y conformarlo conjuntamente con los poderes públicos y las iniciativas privadas.

Pero también soporta la propuesta que acabamos de realizar, más instrumental que la anterior, pero que, precisamente por ser instrumental, es la que inicia todo el proceso.

De lo que se trata, por lo tanto, es de abordar la estrategia de comunicación –todo el modelo de salud social, en realidad- desde el marco de la cultura. Sin embargo, la interacción entre cultura, sociedad y salud, es extremadamente compleja y su abordaje se realiza desde diferentes disciplinas, al menos desde la sociología, la antropología y la psicología.

~~La~~ **La sociología médica** (Scambler, 2004) diferencia tres aproximaciones diferentes:

1. El *funcionalismo*, el cual define la enfermedad como un estado potencial de desviación social. Dicho de otro modo, se interpreta la salud o su ausencia, en base a la función que desarrolla dicho estado para el individuo y el grupo. De este modo, por ejemplo, un enfermo puede estar adoptando el “rol de enfermo”, obteniendo beneficios sociales por ello y causando un perjuicio importante al grupo.
2. La *socioeconomía* política, cuyo enfoque está centrado en los marcos de políticas socioeconómicas, los cuales definen la salud, la enfermedad y, muy especialmente, los tratamientos y sus métodos. Desde este planteamiento, las decisiones emanan fundamentalmente de la clase dirigente. El objetivo suele ser el “estado de bienestar” y la generación de recursos para promocionar la salud y promocionar poderosas infraestructuras, habitualmente focalizadas en modernas tecnologías.
3. El *construccionismo social*. La salud y la medicina -como ciencia y también como técnica-, es socialmente construida. Este tercer enfoque es el que más se aproxima al replanteamiento estratégico que hemos propuesto, desde el momento que se opone a una definición de la disciplina médica como un cuerpo de conocimientos “objetivos” –derivados de las ciencias naturales- e independientes.

Desafortunadamente, el interés de la sociología médica se ha centrado preferentemente en el estudio de la organización estructural de los servicios de salud y de sus interacciones con otras estructuras, en lugar de concentrarse en el análisis de la *cultura del bienestar* en cada sociedad y sus modos de construirse y evolucionar.

✍️ **La antropología médica**, la cual identifica tres perspectivas (McElroy, y Townsend, 2005):

1. La *etnomedicina*, preocupada por los sistemas sociales que definen el proceso psicosocial de la curación y de los mecanismos sociocognitivos que intervienen en la enfermedad. Podría considerarse esta perspectiva como un contrapeso a los enfoques epidemiológicos de la biomedicina tradicional.
2. La *medicina ecológica*, área de preferencia de autores importantes como McElroy y Townsend, se encuentra también en el núcleo de nuestra propuesta. Se concentra en la interacción de las condiciones biológicas con los *contextos* culturales. El concepto *contexto cultural* es uno de los elementos esenciales a tener en consideración para comprender un adecuado planteamiento de comunicación estratégica en salud, especialmente en áreas contextualmente muy saturadas, como la conducta de ingesta, obesidad, tabaquismo, consumo de estupefacientes, conducta sexual, violencia de género, inmigración, síndromes postraumáticos, depresión exógena, crisis vitales, geriatría y un larguísimo etcétera.
3. *Antropología Médica Aplicada*, la cual intenta centrarse en la investigación de la aplicación específica de los conocimientos socioantropológicos a la salud –intervención, prevención estrategias políticas sanitarias- considerando especialmente, la relación entre creencias culturales y estados saludables.

El aspecto más relevante de la antropología médica de cara al planteamiento estratégico que venimos postulando, consiste en el interés mostrado por esta disciplina por *comprender* el significado de los

fenómenos de salud social más que por *medirlos* de forma objetiva, con el consiguiente enfoque cualitativo que puede proporcionar el conocimiento profundo necesario para esta comprensión. Este área de la medicina social también analiza aspectos como el análisis del discurso médico y la narrativa interna médico-social y la construcción del significado en salud social, donde los medios de comunicación juegan un papel decisivo (véase, por ejemplo, la obra *Narrative Research in Health and Illness*, de Hurwitz y cols., publicado en el 2002 por BMJ Books).

✍️ Finalmente, la **Psicología Social de la Salud**, brillantemente representada en España por autores como Rodríguez Marín (1995). Esta disciplina analiza el modo en que las características individuales, en interacción con las normas sociales, provoca la creación de creencias, valores y actitudes responsables de las experiencias de salud y enfermedad. Estudia también los procesos cognitivos y emocionales a través de los cuales discurren dichos fenómenos. Los contextos culturales y las variables individuales son sus dos parámetros más relevantes. Aunque, ciertamente, el análisis de las variables individuales, actualmente, ha sido escasamente desarrollado por estos modelos.

Desafortunadamente, la mayoría de estos modelos han sido desarrollados a partir de las teorías clásicas de la psicología social, asumiendo sus planteamientos metodológicos y conceptuales sin tener en consideración las variables intrínsecas y específicas del fenómeno, especialmente sus aspectos culturales y contextuales –ni, por supuesto, el problema derivado de la ética discursiva, el cual, es el verdadero origen de todo.

Recordemos, brevemente, que estos modelos –dominantes, por otro lado, en el contexto global de la comunicación social y la salud- pueden sintetizarse en los siguientes (para una revisión detallada ver Cuesta, Ugarte y Hernández (2006):

1. El modelo de creencias de salud.
2. La teoría de la acción razonada.
3. Las teorías del aprendizaje social y de la acción social.
4. Los modelos cognitivos y neocognitivos.

5. Los modelos de reducción del riesgo y de adopción de precauciones.
6. Los modelos de etapas de cambio.
7. Las teorías de las jerarquías de los efectos.
8. El modelo de difusión de innovaciones y flujos comunicativos.
9. Los modelos derivados de la “comercialización” o el “marketing social”.

Algunos autores están trabajando con gran eficacia para ampliar estos modelos y proporcionar nuevos planteamientos, provocando la aparición de un nuevo paradigma, similar al que venimos proponiendo para la comunicación estratégica. Estos modelos han sido, en ocasiones, denominados como pertenecientes a la Psicología *Cultural* de la Salud (MacLachlan, 2006).

Por otro lado, algunos de los modelos anteriores presentan planteamientos de valor innegable. Así, por ejemplo, los modelos de difusión de innovaciones y flujos comunicativos parte de una teoría vanguardista que está demostrando utilidad en los programas de cambio social. Una de sus propuestas más interesantes consiste en fomentar el empleo de líderes sociales o de comunicación (*celebrities*, en términos de las teorías del *márketing social*) para difundir la información y provocar el cambio. En el mismo sentido, las recientes teorías del aprendizaje social y de la acción social destacan la interacción entre el sujeto y su entorno social en el marco de “las influencias contextuales” y de los “procesos de interacción e interdependencia social”.

Por otro lado, Bandura, creador, en gran medida, de las modernas teorías del aprendizaje social y la cognición social, aborda actualmente la importancia de la “eficacia colectiva” (Bandura, 2000). Este aspecto de la conducta social resulta extraordinariamente importante para un adecuado planteamiento estratégico en comunicación social y salud, donde la conducta de riesgo se encuentra profundamente mediatizada por la valoración de amenaza percibida. La amenaza percibida, como veremos, puede, en gran medida, verse distorsionada por la percepción de eficacia. Unos bajos niveles de percepción de eficacia pueden conducir a una

minimización de la amenaza, como forma de escapar a la frustración por el fracaso anticipado. Este mecanismo resulta especialmente importante en la conducta de riesgo de jóvenes, donde la colectividad intra-grupal es tan importante. Pero también es un mecanismo muy potente en otro tipo de conductas, como las adicciones o la conducta de ingesta, donde la percepción de eficacia es baja.

Desafortunadamente, la propuesta de Bandura se está encontrando con dificultades importantes tanto metodológicas como conceptuales. Por ejemplo, metodológicamente no se ha resuelto el problema de la medición de los índices de eficacia colectiva –la eficacia individual tropieza con problemas menores- y actualmente ninguno de los dos índices propuestos (el sumatorio y el holístico) parece plenamente adecuado. Este problema metodológico deriva del conceptual: la propuesta de Bandura, con ser útil, no recoge los planteamientos *culturales* que venimos proponiendo. Lo cual, considerando el planteamiento epistémico de Bandura es, por otra parte, coherente con su sistema de creencias o apriorismos científicos.

Un adecuado planteamiento estratégico de comunicación debería partir de la integración de estas disciplinas: la antropología médica, la sociología médica y la psicología social (o cultural) de la salud y, todo ello, en el marco de la teoría de la comunicación social.

La figura 1 que aparece a continuación ofrece una representación esquemática de las interrelaciones entre las cuatro disciplinas. La psicología se concentra en el individuo, desde el punto de vista más microscópico y en cómo sus evaluaciones y creencias influyen en la salud, pero al hacerlo desde la psico-sociología, su papel, aún siendo *central* –de ahí su posición en el esquema- al constituir las *unidades* de construcción social no es independiente ni de los factores estructurales ni de los culturales. La sociología médica proporciona información sobre los grupos sociales y sus diferencias en los grados de vulnerabilidad y también en las desigualdades estructurales del sistema sanitario. Su representación vertical indica ese sentido de “estratificación” social del sistema sanitario. En cambio, la

antropología médica, centrada en las diferentes culturas o grupos, podría tener una representación más horizontal.

La comunicación social construye su modelo de comunicación estratégica teniendo en consideración estas inter-relaciones. Para ello, la ética discursiva es el mejor punto de partida, mediante la aplicación de la actitud dialógica la cual provoca el diálogo social: foros de debate privados y públicos para impulsar la participación del tejido social y técnicas cualitativas basadas en los foros de discusión –concepto original del llamado *focus group*- para comprender y profundizar en el *input* social.

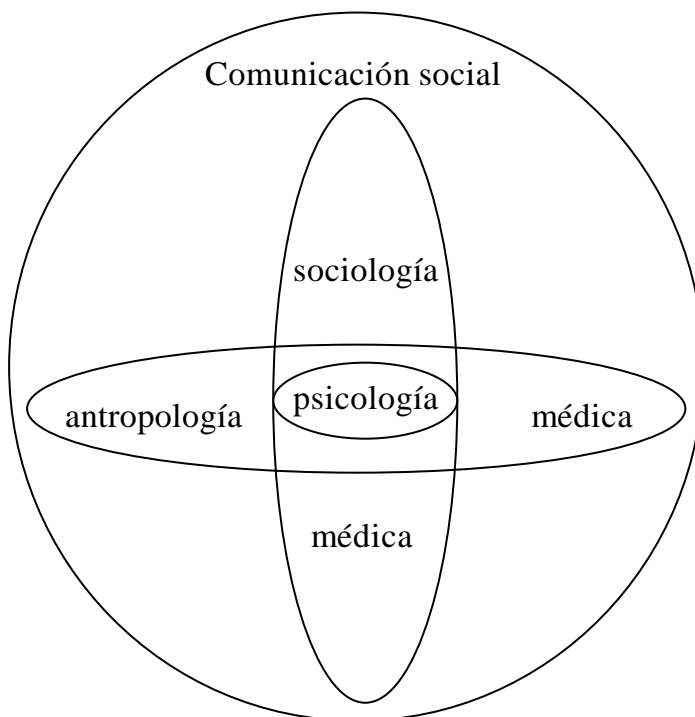


Fig. 1 Representación esquemática de las relaciones entre los modelos participativos en el paradigma de la comunicación social y la salud (modificado de MacLachlan, M. 2006).

A partir de un planteamiento de este tipo, deben reconsiderarse algunas asunciones básicas comúnmente aceptadas en los modelos clásicos (Airhihenbuwa y cols., 1999):

1. La existencia de una relación directa y lineal entre conocimientos o información médica y acción. Este supuesto que subyace a ciertas campañas de comunicación de base informativa ha sido contradicho no sólo en el contexto de la relación información-conducta, sino incluso, en el binomio actitudes-conducta. El replanteamiento de esta asunción ha llevado recientemente a plantear estrategias comunicativas basadas en relaciones más complejas entre el proceso informativo/persuasivo y la acción: en lugar de plantear una relación directa “información-acción”, se plantea una relación compleja y progresiva entre “discurso narrativo-adquisición de hábitos”. Las teorías subyacentes a este replanteamiento estratégico remiten a (1) las redefiniciones del constructo *actitud* (Albarracín y cols., 2005) y las complejas relaciones entre los componentes cognitivos y emocionales del individuo y la conducta emitida, (2) las *teorías del cultivo* (Gerbner, y cols., 1986) que postulan unos efectos culturales *acumulativos* y *progresivos* de los medios, (3) los postulados derivados del aprendizaje vicario y las modernas teorías de la narrativa y la psicología de los personajes (Cuesta y Menéndez, 2006) que explican la influencia de los personajes de ficción sobre la conducta del espectador. Todo ello ha dado lugar al modelo de *eduentretenimiento y comunicación*. A partir del éxito de algunas telenovelas como “Simplemente María” (Perú, 1969-71) en la transmisión de determinadas conductas preventivas –tal y como demostró Miguel Sabido- se ha generado un cuerpo de evidencia teórica –todavía escaso- y de creaciones de ficción, que demuestran la eficacia de los programas de entretenimiento (telenovelas o narraciones fílmicas de ficción) en la transmisión de información, evaluaciones e incluso hábitos preventivos en salud social. (Singhal y Rogers, 2002). Adicionalmente, una de las ventajas de este planteamiento estratégico consiste en provocar el discurso y el debate social dentro del grupo familiar (al compartir el visionado de la obra) o entre grupos, en tertulias radiofónicas, debates entre compañeros de trabajo... (Mohammed, 2001).
2. La excesiva preponderancia de las técnicas cuantitativas, tanto exploratorias –estadística descriptiva, epidemiología- como de

contrastación o previsión –estadística inferencial, factorial, series temporales...- y, muy especialmente, de recopilación de datos previos. Estas técnicas, con ser extremadamente útiles y precisas, no consiguen abarcar el fenómeno en profundidad, ni en su complejidad cultural o contextual. Las técnicas cualitativas, en cambio, sí permiten captar los fenómenos comunicación social en mayor profundidad y permiten, además, comprender el *proceso* mediante el cual se construyen los significados y las realidades sociales. La metodología de la *triangulación*, en cuanto combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas que se complementan mutuamente es la única válida.

3. Se deben primar objetivos a medio plazo, desplazando el interés de objetivos definidos por sus aparentes beneficios a corto plazo. Frecuentemente los objetivos a corto plazo vienen marcados por procesos de decisión *externos* –autoridades políticas o sanitarias-. Sin embargo, los procesos decisorios de basa más amplia y derivados de un diálogo interno-externo, suelen dar lugar a objetivos de medio o, incluso, largo plazo.
4. Tener en mucho más en consideración las variables culturales y contextuales, como ya hemos subrayado abundantemente. Una reorientación de los ámbitos contextuales debería llevar a considerar en los modelos de estrategia comunicativa ámbitos como:
 - La política gubernamental y la legislación en el apoyo –o ignorancia- de los programas de intervención.
 - Los niveles socioeconómicos, colectivos e individuales que pueden intervenir en el proceso.
 - Las variables culturales, positivas y negativas que afectan al proceso. Especialmente importante resulta en este contexto la definición de variables culturales emergentes, como el *empoderamiento*, de gran importancia en determinados fenómenos de comunicación y salud.

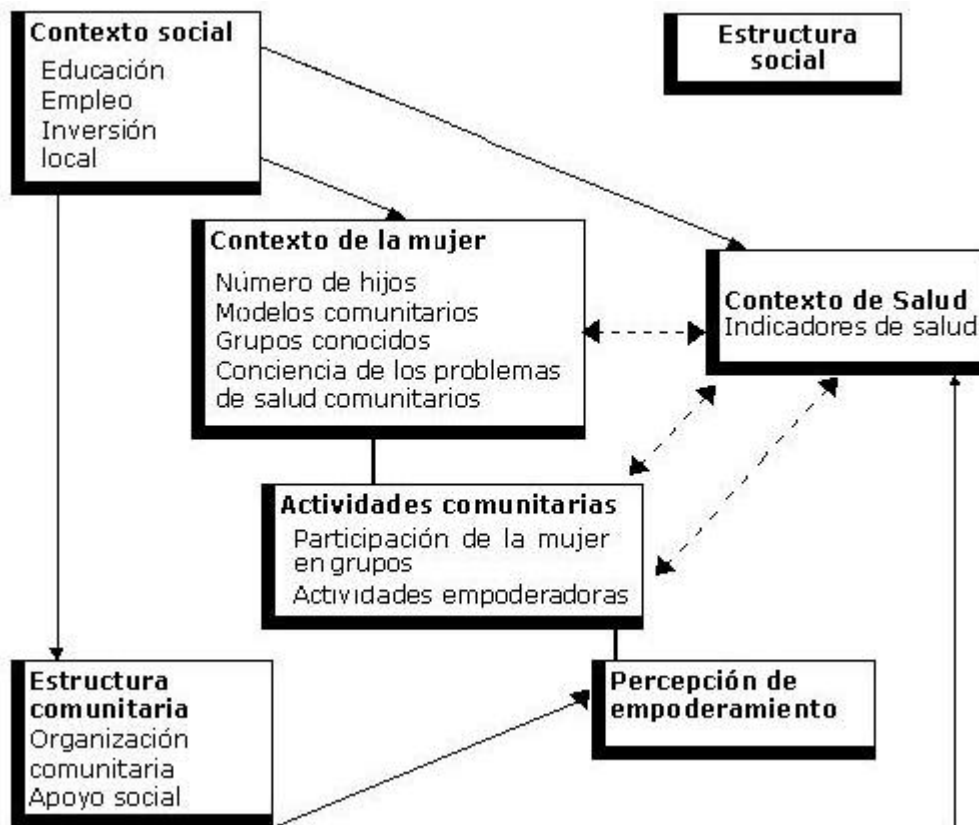


Fig. 2. Predictores del empoderamiento comunitario en las mujeres de Cali (Carnaval, G.E., 1996).

La figura 2 muestra un ejemplo extraído del trabajo de Carnaval a cerca de la promoción de la salud utilizando como variable de análisis el empoderamiento de las mujeres de Cali. Este tipo de trabajos muestran cómo tratar estas variables culturales mediante métodos empíricos rigurosos y objetivos –cuantitativos y cualitativos–.

- Las relaciones de género y entre minorías –especialmente inmigración y grupos marginales-. Sólo una auténtica comprensión de estas relaciones *tal y como se producen* en su propio contexto cultural, permitirá definir diseños estratégicos adecuados.
- Espiritualidad: las creencias y normas de los grupos espirituales/religiosos han sido poco analizados en el contexto de

las estrategias comunicativas en salud y, sin embargo, su importancia es muy relevante en determinados grupos culturales.

5. La consideración de variables emocionales que saturan fuertemente las conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo, el nuevo concepto de “riesgo” (especialmente relevante en el campo de la seguridad vial, drogadicción juvenil, tabaquismo, alcoholismo y conducta sexual de riesgo) y las teorías del TMT (*Terror Management Theory*, Solomon, 1980), según las cuales los acontecimientos que desencadenan miedo a la muerte (y entre ellos, muchos de los vinculados a la salud social) provocan complejos mecanismos cognitivos y emocionales de enfrentamiento.

3.- Conceptos Emergentes: Nuevo Concepto de Riesgo y TMT.

Todo lo anterior supone un planteamiento *global* para proporcionar ideas que contribuyan a una redefinición de los planteamientos estratégicos en comunicación social y salud: partiendo de la responsabilidad ética que conduce a un enfoque de responsabilidad discursiva en la construcción del mensaje social hemos sugerido la necesidad de contar como interlocutores necesarios y útiles a los propios afectados en un discurso participativo. Derivando del mismo planteamiento ético, pero ahora con fines pragmáticos –metodológicos, si se quiere- concluimos la necesidad de considerar las variables culturales –contextuales, ecológicas- lo que se traduce en aproximaciones estratégicas novedosas, como el *empoderamiento* o el *eduentretenimiento*. Y ello nos obliga a una consideración pluridisciplinar, donde la psicología social/cultural de la salud ocupa el centro de una interacción con la sociología y la antropología médica. Este abordaje implica reconsiderar algunos postulados “clásicos” –aún aceptando la validez y utilidad parcial de los modelos clásicos- y, muy especialmente, a nivel metodológico, adoptar

de manera decidida el método de la triangulación: retroinformación entre metodologías cuantitativas y cualitativas.

Concluimos ahora con una aportación *particular* a estos planteamientos particulares (similar a la propuesta del empoderamiento).

Se trata del concepto de riesgo y la *Terror Management Theory* (TMT) o Teoría del Manejo del Terror.

Ambas manejan el concepto de “defensa del yo” e intentan explicar los mecanismos cognitivos y emocionales con los que los sujetos se enfrentan a una amenaza para frente al yo. Aun cuando los conceptos de riesgo manejados son diferentes (las teorías del riesgo o amenaza del yo nos enfrentan a riesgos cotidianos, mientras que la TMT remite a riesgos o temores más importantes), presentar ambos bloques de teorías tiene el interés de que las primeras apelan a mecanismos explicativos, fundamentalmente psicológicos –individuales- mientras que las segundas los abordan desde la perspectiva psicosocial –grupal-.

Teorías del riesgo o amenaza del yo.

El análisis de las amenazas del yo tiene un doble interés en comunicación y salud: por un lado, toda la gama de experiencias negativas que originan conllevan importantes riesgos para la salud – física y mental, si es que tal binomio existe-. Por otro lado, una de las dificultades mayores de los programas de comunicación social consiste en conseguir que los receptores perciban la amenaza como real, porque únicamente aceptando la amenaza puede iniciarse el interés por el cambio de conducta.

Dada la complejidad de los subgrupos –o subculturas o “tribus”- socialmente conformados actualmente, en ocasiones las reacciones son muy diferentes frente a la misma amenaza objetiva. Esto es especialmente notorio entre los jóvenes, donde resulta, incluso, dudoso, que pueda hablarse de forma genérica de “los jóvenes”. Una breve

síntesis de un trabajo de investigación que presentaremos como conclusión, ejemplificará estas ideas.

Existen tres tipos de situaciones (Smith y Makie, 1995) que representan amenazas para el yo: los fracasos, las contradicciones y los factores estresantes.

Los *fracasos* no consisten únicamente en suspender un examen o no conseguir un ascenso, también incluyen percepciones como: sentirse gordo/a, no ser aceptado por el grupo que consume alcohol o tardar más de tres horas en un viaje en coche (lo que obliga a conducta de riesgo) o fracasar en el coito con la pareja. Todas estas percepciones de fracaso inciden sobre conductas de riesgo en salud.

Las *contradicciones*: enfermedades en una persona habitualmente sana, la imagen social del alcohol como beneficioso, el placer inmediato que provocan determinadas sustancias y conductas... todo ello, son contradicciones que amenazan al yo y que inciden poderosamente sobre las conductas de riesgo en salud.

Los *factores estresantes*: provocan fuertes presiones sobre el yo, al exceder nuestros recursos de enfrentamiento. Hacen referencia a las grandes crisis como fallecimientos importantes, pero también remiten a sucesos cotidianos, como las frustraciones cotidianas o la rutina o las presiones del grupo de referentes para emitir determinadas conductas.

Una de las consecuencias más importantes de la amenaza, desde el punto de vista del equilibrio y la salud social consiste en su incidencia sobre las *evaluaciones del control*: los sucesos más amenazantes son aquellos como percibidos fuera de nuestro control; si fuéramos capaces de controlar la situación, ésta dejaría de ser amenazante. Por consiguiente, o bien continúa la percepción de pérdida de control o bien el sujeto elimina dicha percepción. Las consecuencias de una percepción sostenida de pérdida de control son muy negativas, provocando un estado de *indefensión aprendida* (Seligman, 1975). Esta indefensión se asocia con importantes trastornos de salud contribuyendo, entre otros, a la aparición del síndrome depresivo, especialmente en sujetos con *estilos de atribución depresivos*.

En función de las características del individuo, pero también de las características culturales de su grupo, los sujetos emplean estrategias de enfrentamiento diferentes. Es imprescindible conocer las estrategias más importantes del grupo –o subgrupo poblacional- al que se dirige la comunicación para diseñar un planteamiento adecuado de la comunicación. Este conocimiento (*consumer insight*) es accesible mediante la metodología de la triangulación mencionada anteriormente.

Jose Luis Álvarez (2000), uno de los especialistas en *focus group* más importante de España, encontró al analizar los mecanismos de afrontamiento de la amenaza en el diseño de una campaña del SAS (Sistema Sanitario Andaluz) de prevención en SIDA que, en uno de los subgrupos de mayor riesgo (prostitutas transexuales o travestidos) dicho afrontamiento consistía en la valoración positiva de dicho riesgo por parte de los clientes (aparentemente la percepción de riesgo provocaba un placer mayor de trasgresión). Este dato, explorado mediante técnicas cualitativas y en un marco cultural/contextual de la salud, obligó a replantear radicalmente la estrategia comunicativa de la campaña de prevención.

Existen dos tipos de mecanismos de afrontamiento de la amenaza: los basados en un *enfoque emocional* –evasión, negación, sobreprotección y distorsión- y los de *ataque razonado* –evaluación inducida, invención de excusas, autolimitación y control del problema/autoeficacia-.

1. Enfoque emocional

~~✍~~ **Evasión:** simplemente el sujeto huye de la amenaza, rechazando en enfrentamiento –conductual o psicológico-. No consiste en una negación de ésta, puesto que el sujeto la reconoce, pero evita el afrontarla. El mecanismo explicativo suele ser la percepción de incapacidad de afrontamiento: el sujeto se valora como escaso de

recursos de *coping* adecuados. Una de las recientes campañas del Ayuntamiento de Madrid contra el alcohol (“El alcohol es una droga”, 2005) se enfrentó con este problema, el cuál fue detectado mediante los *focus group*: determinado subgrupo de padres (el target de la campaña eran los padres de jóvenes potenciales consumidores) evadían el problema al considerarse incapaces de afrontar el problema de hablar con sus hijos¹.

✂️ Negación: en este caso la amenaza es negada, no existe tal riesgo. Con ello se bloquean las consecuencias desagradables de las autodiscrepancias y el estrés sostenido. La Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger (1957) explicó bien este fenómeno, sorprendentemente poco analizado en el área de la comunicación y la salud, considerando su importante participación. Alcohol, tabaco y, en general, consumo de estupefacientes, suelen iniciar su conducta de riesgo mediatizadas por este mecanismo.

✂️ Sobreprotección: los sujetos perciben la amenaza, pero ellos se encuentran protegidos por la “barrera de inmunidad”. En comunicación social este mismo mecanismo explica el “efecto tercera persona”, tan de moda actualmente, para interpretar la tendencia de las audiencias a percibir cómo el riesgo de aculturación mediática se produce sobre los otros, pero no sobre ellos. Los grupos juveniles son especialmente sensibles a este mecanismo de sobreprotección, hasta el punto de intervenir en un número importante de conductas de riesgo en salud (ingesta de sustancias, conducción temeraria, conducta sexual de riesgo, etc.).

✂️ Distorsión: consiste en un sesgo perceptual mediante el cual se refuerza lo positivo de la conducta emitida y se minimiza lo negativo. Por ejemplo, la conducta de ingesta en personas con

¹ Adicionalmente hay que subrayar que estos subgrupos (y también otros) hacían recaer la responsabilidad de su escasa capacidad de afrontamiento a la laxa política pública frente al alcohol, responsable de la creación del *frame* social “el alcohol está permitido en todas partes, incluida la calle”

sobrepeso de determinada etiología se encuentra mediada por este mecanismo.

2. Ataque Razonado

✍️ Evaluación inducida: se trata de “atacar” la amenaza realizando inducciones cognitivas que permitan reevaluarla, habitualmente con el objetivo final de cuestionar su validez. Algunos tertulianos contemporáneos de los medios de comunicación social ofrecen un claro ejemplo de este mecanismo al auto justificar públicamente su tabaquismo.

✍️ Invención de excusas: mediante las llamadas *atribuciones de enaltecimiento* distorsionamos nuestras explicaciones de éxitos y fracasos (Mullen y Riordan, 1988) con tendencia a realizar atribuciones internas de los éxitos y externas de los fracasos. Determinados subgrupos urbanos presentan tendencia a emplear este mecanismo, que suele ir acompañado de *locus de control* interno y cierto grado de autoestima (se ha encontrado, por ejemplo, entre cierta tipología de consumidores de cocaína).

✍️ Autolimitación: se base en la siguiente idea: el fracaso *probable* es más admisible para el yo que el *posible* fracaso. Por ejemplo, en determinados casos los sujetos usan la enfermedad como excusa cuando creen que van a fracasar en una tarea importante (Snyder y Higgins, 1988). Siempre es preferible dar a los demás la imagen de enfermo que de incompetente (o de perezoso).

✍️ Control del problema/autoeficacia: anteriormente ya comentamos este mecanismo de la autoeficacia, desarrollado actualmente por Bandura en el contexto de la autoeficacia *social* y sus relaciones con la salud e inicialmente planteado en el área de la cognición social. La percepción de autoeficacia social es uno de los mejores predictores de éxito de los programas de persuasión social y, a pesar de sus dificultades de evaluación –reseñadas anteriormente- se alza como una variable emergente de relieve.

Sin duda que la consideración de estos mecanismos explicativos como variables a considerar dentro del modelo de comunicación social y salud propuesto en la figura 1 supondrán un impulso al replanteamiento estratégico que venimos propugnando en este área. Naturalmente, éstas no constituyen elementos del modelo global, sino variables intervinientes que deben tomarse en consideración en el momento de *aplicar* el modelo al realizar el diseño estratégico.

En el mismo sentido debe entenderse la aplicación de la TMT que describimos a continuación.

Terror Management Theory

Becker (1973) ha sido uno de los principales autores en destacar la variable “miedo a la muerte” –autoconsciencia del yo y su desintegración- como causante de ansiedad latente. El trío de psicólogos sociales compuesto por Solomon, Greenberg y Pyszczynski han intentado explicar científica y empíricamente las teorías de Becker, mediante la TMT, propuesta inicialmente en los años ochenta.

Esta teoría (Solomon y cols., 1991 ; Solomon y cols., 2004) se basa en la *hipótesis de la activación del miedo a la muerte*. Dicha hipótesis afirma que si una estructura psicológica determinada proporciona protección contra la ansiedad, entonces, al activarse en los sujetos una fuente de ansiedad, como es el miedo a la muerte, se incrementa la necesidad de apelar a la estructura psicológica “protectora”.

Esa estructura protectora proporciona, en cierta medida, recursos emocionales para enfrentarse a la ansiedad –o terror- provocada por el miedo a la muerte.

La teoría plantea la existencia de dos mecanismos que soportan la estructura psicológica contra la ansiedad o terror de la muerte: por un lado un mecanismo *directo*, racional, centrado en la amenaza, el cual contribuye a disminuir la percepción de vulnerabilidad, mediante mecanismos similares a los planeados en el apartado anterior –sobre la amenaza-. Mediante este proceso, el terror a la muerte se desplaza

hacia un futuro lejano o se ignora. El segundo mecanismo propuesto es de tipo *simbólico*, basado en el *contexto cultural* –de ahí su importancia, en el replanteamiento estratégico basado en el contexto cultural-. Se trata de *defensas culturales* –grupales, como veremos, para nuestros intereses- que hacen participar al sujeto de una creencia mediante la cual se siente más fuerte y seguro, como partícipe de una “realidad espiritual” eterna. Estos mecanismos de defensa –o *coping*- contra la amenaza percibida se manifiestan en un doble proceso cultural reductor de la ansiedad: (1) una concepción culturalmente compartida del mundo y (2) un yo-enaltecido que se adquiere mediante la auto-percepción de comportarse conforme a unos estándares culturales compartidos a cerca de esa visión del mundo.

Realmente, la concepción del mundo, el primer mecanismo, es la base que soporta el proceso psicológico primario que actúa como reductor de la ansiedad, el cual consiste en el “yo-enaltecido” –llamado *self-esteem* en el modelo TMT, posiblemente de forma poco precisa, dado que la auto-estima remite a otros constructos psicológicos-.

El yo-enaltecido permite sostener la creencia de la permanencia y estabilidad del yo, bien de modo simbólico –mediante la permanencia en la posteridad por los trabajos creados- o de modo real –mediante la creencia en la otra vida-. Ahora bien, esta función de protección del yo únicamente se produce si el sujeto se comporta firmemente según las normas y creencias del grupo, aceptando su estándar de “lo bueno” y “lo malo”.

Resulta evidente que la definición de lo bueno y malo, en este contexto, está fuertemente saturado de contexto cultural, por lo que estos estándares dependen de la realidad social en la que se desarrolle el sujeto. Por otro lado, como tales creencias sociales, necesitan de una fuerte cohesión social y de un alto grado de consenso. Esta cohesión, según los autores, se consigue mediante la educación religiosa, los rituales de asociación culturales y la validación continua social en contextos interpersonales e intragrupal.

Aunque hasta el momento no se han realizado propuestas en este sentido, nosotros planteamos que el TMT podría resultar de utilidad para

comprender determinadas conductas relacionadas con la salud social, en base a dos principios empíricamente contrastados:

En primer lugar, el hecho de que la ansiedad derivada de miedo a la pérdida del yo afecta a un amplio rango de conductas no relacionadas con la muerte, tales como las evaluaciones interpersonales, los juicios morales sobre la transgresión, los estereotipos, los sesgos intra-grupales, la agresión, etc.

En segundo lugar, el hecho de que, cuando se incrementa la ansiedad ante la muerte, los sujetos buscan activamente la asociación con grupos de creencias compartidas.

La aplicación de estos postulados para determinados contextos culturales de fuerte saturación religiosa es evidente, en el caso de conductas de salud donde la moral religiosa incide directamente. Tal es el caso de la conducta sexual de riesgo o las relaciones de género. Piénsese en determinados contextos islámicos para comprender claramente este problema. En el mismo sentido, el fenómeno del terrorismo islámico podría participar activamente de este mecanismo.

Sin embargo, la propuesta más arriesgada, es diferente. Sugerimos que, en el mundo occidental postmoderno –y especialmente el europeo, más laico- la socialización de valores religiosos compartidos es inexistente – cuando no negativa- en determinados grupos culturales. Podría ocurrir que estos grupos, carentes de estos mecanismos de enfrentamiento, acudieran a creencias compartidas grupales que colaboraran a crear la sensación de enaltecimiento del yo desplazando así la ansiedad.

Este mecanismo, permitiría comprender mejor determinadas conductas de alto riesgo en salud social que se inician en rituales compartidos, especialmente entre jóvenes.

Únicamente una adecuada comprensión de las verdaderas motivaciones psicológicas y mecanismos culturales que soportan las conductas de riesgo en salud permitirá definir estrategias de comunicación adecuadas,

permitiendo, al mismo tiempo, una comunicación participativa propia de la ética discursiva y dialógica contemporánea.

Bibliografía.

- Aguilera, M. y Pindado, J. (2006): Nuevos enfoques en comunicación y salud: perspectivas de investigación. *Comunicar*, 26, 13-20.
- Airhihenbuwa, C.; Makinwa, B.; Frith, M. y Obregón, R. (1999): Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Una nueva orientación. Documento del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA). Ginebra.
- Albarracín, D.; Johnson, B.T. y Zanna, M.P. (2005): *The Handbook of Attitudes*. New Jersey: LEA.
- Álvarez, J.L., (2000): Trabajo realizado por Metra 6. (Comunicación personal sin publicar).
- Bandura, A. (2000): Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.
- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.
- Carnaval, G.E. (1996): Promoción de la salud: predictores del empoderamiento comunitario en las mujeres de Cali. Tesis Doctoral sin publicar. Ciencias de Enfermería Universidad de Illinois, Chicago.
- Comas, D. y cols., (2003): Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid: FAD/INJUVE
- Cortina, A. (1995): Ética discursiva en el ámbito de la información. En: Enrique Bonet Perales, Coordinador: *Éticas de la información y deontologías del periodismo*. Madrid: Tecnos.
- Cuesta, U. y Menéndez, T. (2006): Psicología de los Personajes. En: Francisco García: *Narrativa*. Madrid: Laberinto (prensa).
- Cuesta, U., Ugarte, A. y Menéndez, T. (2006): *Comunicación Social y Salud. Una Introducción*. Madrid: Edipo
- Festinger, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston: Row Peterson.

- G. Scambler (2004): *Medical Sociology: Major Themes in Health and Social Welfare (Major Themes in Health and Social Welfare)*. N.York: Routledge.
- McElroy, A. y Townsend, P. (2005) . *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. *Australian Journal of Anthropology*. August.
- Gerbner, G.; Gross, L.; Morgan, M. y Signorelli, N. (1986): *Living with Television. The Dynamics of the Cultivation Process*. Hillsdale.
- Habermas, J. 1985: *Conciencia Moral y Acción Comunicativa*. Barcelona: Península.
- MacLachlan, M. (2006): *Culture & Health: A Critical Perspective towards Global Health*. Chichester: Wiley.
- Mohammed, S. (2001): Personal communication networks and the effects of entertainment-education radio soap opera in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 6 (2), 137-154.
- Mullen, B. y Riordan, C.A. (1988): Self-serving attributions for performance in naturalistic settings: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 18,3-22.
- Pérez González, R.A. y Martínez Ramos, E. (1981): *La estrategia de la comunicación publicitaria*. Madrid: Instituto Nacional de Publicidad.
- psychology of terror*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pyszczynski, T. ,Solomon, S., y Greenberg, J. (2003). *In the wake of 9/11: The*
- Rodríguez Marín, J. (1995): *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Seligman, M.E.P. (1975): *On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.
- Singhal, A. y Rogers, E.M. (2002): Atheoretical agenda for entertainment education. *Communication Theory*, 12 (2), 117-135.
- Smith, E.R. y Makie, D.M. (1995): *Social Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Snyder, C.R. y Higgins, R.L. (1988): Excuses: Their effective role in the negotiation of reality. *Psychological Bulletin*, 104,23-35.
- Solomon, S., Greenberg, J. y Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 24, pp. 93-159). San Diego, CA: Academic Press.

Solomon, S.; Greenberg, J.; Schimel, J.; Arndt, J. y Pyszczynski, T. (2004):
Human awareness of mortality and the evolution of culture. En Schaller, M. y
Crandall, C. S. (Eds.): *The Psychological Foundations of Culture* (pp. 15-40).
New Jersey: LEA.