

Los medios de comunicación social ante el fenómeno de la drogodependencia

Jesús Sánchez Martos

Catedrático de Educación Sanitaria.
Universidad Complutense de Madrid.

1. Introducción

La drogodependencia como fenómeno social constituye en la actualidad uno de los grandes problemas de nuestra sociedad, señalando los diferentes estudios epidemiológicos que es a la edad de 11 ó 12 años cuando mayor es el inicio en el consumo de las denominadas drogas legales o institucionalizadas (tabaco y alcohol), haciéndose necesario por lo tanto el diseño de verdaderos programas de prevención específicamente dirigidos a este grupo de población (ver bibliografía 1, 2). Sin duda la drogodependencia supone para las sociedades desarrolladas, uno de los problemas de salud de mayor magnitud, considerando tanto el consumo de drogas institucionalizadas, como el de las no institucionalizadas (cocaína, heroína, cannabis, drogas de diseño, etc.).

Es claro el papel que los Medios de Comunicación Social (M.C.S.) tienen tanto en la prevención del consumo de drogas, como en el fomento de hábitos saludables de la población; y no cabe duda de que la prensa, la radio y la televisión están llamados cada vez más a desempeñar funciones importantes en el campo de la salud de la población en general, hecho que ha de suscitar la reflexión en torno a la necesidad de una especialización de sus profesionales en este sentido (3).

Los medios de comunicación social, también conocidos como "medios de masas" por su gran cobertura y escaso poder de discriminación, tienen la gran capacidad de poder influir en el conocimiento de la población sobre temas de salud, a la vez que bien utilizados, informan y sensibilizan a los individuos y colectivos sobre

determinados hábitos nocivos y prácticas de riesgo que se pretenden modificar, al tiempo que pueden fomentar hábitos saludables en un sentido positivo de salud.

Por otra parte, cuando se fomenta la credibilidad de aquellos que intervienen a través de ellos, pueden llegar a generar "estados de opinión" que pueden favorecer o perjudicar a nuestros objetivos de salud.

Sin embargo, aunque los medios de comunicación social pueden reforzar de algún modo determinadas actitudes, no son tan efectivos cuando se quieren modificar aquellas que están firmemente arraigadas, lo que constituye una de sus principales limitaciones (4).

Por otra parte hemos de aceptar que la Educación Sanitaria, como estrategia de prevención frente al cada vez mayor consumo de alcohol y tabaco entre la juventud, ha de tener en cuenta factores de riesgo para el consumo, tan importantes como la permisividad y el proteccionismo social frente a ambos tóxicos, el factor cultural y de presión de grupo que verdaderamente dificultan la disminución y el abandono de estos hábitos nocivos, además de la dependencia física y psicológica así como la tolerancia generadas por su consumo, lo que hace indiscutible que cuando hablamos de tabaco y alcohol estemos hablando de drogas, aunque estén legalmente institucionalizadas (5).

Las distintas intervenciones de carácter educativo y formativo han de ir dirigidas por un lado a la población general, pero haciendo un especial énfasis en las distintas etapas de la infancia y la juventud, como grupos especialmente vulnerables. Realmente es en las edades más tempranas donde la Educación Sanitaria centrada en la

formación de actitudes y valores saludables, supone una de las estrategias más eficaces para contribuir a erradicar realmente el consumo de estas sustancias.

Pero se ha de tener en cuenta que cualquier intervención ha de realizarse de forma conjunta, coordinada e integrada. Las actividades puntuales y aisladas carecen de eficacia y efectividad. La información y la sensibilización de la población favorecen la toma de conciencia frente al problema, aunque por sí solas no disminuyen el consumo. De igual forma las medidas legislativas aisladas, como la prohibición de fumar o de consumir bebidas alcohólicas, no suelen ser bien aceptadas si no cuentan con el adecuado soporte educativo y de sensibilización.

La Educación Sanitaria como actividad única y aislada resulta muy poco eficaz, debido entre otras razones a la gran cantidad de publicidad que de una u otra forma y desde los diferentes medios de comunicación, influye en el consumo de estas sustancias, a pesar de las actuales medidas legislativas.

2. Concepto de Salud y Educación Sanitaria

Cualquier abordaje preventivo del fenómeno de la drogodependencia en profundidad, requiere de un breve análisis del concepto actual de Salud, así como los verdaderos determinantes que establecen el marco de referencia de la Educación Sanitaria como estrategia de prevención y fomento de la salud.

Durante mucho tiempo a lo largo de la historia, la Salud se ha definido como una "Salud negativa", estableciéndola como la "ausencia de enfermedades e invalideces", definición que no puede sostenerse en la actualidad con rigor, debido a que nos obliga a establecer el límite entre lo normal y lo patológico hecho que la mayoría de las veces resulta imposible. Los conceptos de normalidad varían con el tiempo, los lugares, las culturas y las diferentes creencias religiosas de la población a estudio. No tiene defensa, como no la tiene el hecho de que la riqueza signifique la

ausencia de la pobreza, ni la paz la ausencia de guerra.

En la actualidad se han de seguir los conceptos dinámicos de "Salud positiva", observando a la salud y la enfermedad como un continuo, como un proceso, cuyos extremos son el "óptimo de salud" y la "muerte", existiendo una zona neutra, no del todo definida donde no es posible distinguir entre lo normal y lo patológico, significando con ello que la separación entre la salud y la enfermedad nunca es absoluta. La salud y la enfermedad no son pues estáticas, sino procesos dinámicos, existiendo diferentes niveles de salud positiva y enfermedad (6).

Se puede aceptar, como "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (7). Este concepto dinámico de Salud, será fundamental para estudiar el concepto y los objetivos de la Educación Sanitaria ante el fenómeno de la drogodependencia, teniendo presente lo que denominamos como "determinantes de la Salud".

En este sentido es conveniente destacar la importancia del modelo descrito por Lalonde en 1974, (6, 7) a todas luces vigente en la actualidad, donde se establecen los cuatro determinantes fundamentales de la salud de la población:

- Factores biológicos.
- Medio ambiente (biológico, psicosocial y cultural).
- Estilo de vida.
- Sistema de Asistencia Sanitaria.

Como es lógico, la distribución del gasto se ha de hacer de tal manera que se de más importancia a los "estilos de vida" y al "medio ambiente", determinantes fundamentales en lo que se refiere tanto al consumo de drogas como a las estrategias de prevención en este sentido.

Y es ahí donde se fortalece la importancia que poco a poco va cobrando la Educación Sanitaria como estrategia de actuación de los gobiernos más desarrollados. Existen muchas y diversas

definiciones de Educación Sanitaria, pero en su gran mayoría establecen como objetivo común la necesidad de "modificar conocimientos, actitudes y comportamientos en sentido de una salud positiva". Hasta mediados de la década de los setenta, sólo se incluyen las acciones encaminadas a la educación del individuo buscando la responsabilización de su propia salud, teniendo únicamente como meta el fomento y la protección de la salud, tratando de persuadir al individuo de la necesidad de modificar sus comportamientos insanos.

Se ha de considerar realmente a la O.M.S., como la pionera en establecer y desarrollar uno de los aspectos más fundamentales en el concepto de la Educación Sanitaria, como es la capacitación de la Comunidad para que pueda participar de forma efectiva en la toma de decisiones que afectan a su estado de salud.

Durante esta etapa un tanto "clásica" el objetivo fundamental de la Educación Sanitaria va encaminado a conseguir una adquisición de conocimientos y actitudes, que modifiquen el comportamiento individual y colectivo en temas relacionados con su propia salud. Pero en ningún momento se mencionan las acciones encaminadas a modificar el medio ambiente social del individuo, que de hecho puede influir en su propio comportamiento, olvidando establecer estrategias educativas dirigidas al propio enfermo, como sujeto activo del proceso.

Más tarde y coincidiendo con el comienzo de los ochenta, se entienden como prioritarias las actuaciones sobre el medio ambiente social. Si sólo se incide sobre el individuo, aunque se modifiquen favorablemente las actitudes e incluso su comportamiento, estas no podrán ser mantenidas si su medio ambiente social no le es favorable para ello.

De esta forma las definiciones actuales de Educación Sanitaria, incluyen diferentes actividades sobre los factores que influyen en el medio ambiente social, tratando de que resulten favorables o al menos neutros para conseguir el concepto actual y dinámico de salud. Además, esta nueva etapa marca la necesidad de tener en

cuenta al sujeto enfermo, considerando que el núcleo familiar, la escuela y el medio laboral han de ser tenidos en cuenta como factores que influyen en su medio ambiente social, a la hora de establecer cualquier estrategia preventiva (6, 7). La definición más completa es la propuesta por el IV Grupo de Trabajo de la "National Conference on Preventive Medicine", en Estado Unidos, que establece que la Educación Sanitaria o la Educación para la Salud, debe ser "un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludable, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirigiendo la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos" (6).

3. Modelo integrador de Educación Sanitaria

En la actualidad existe un verdadero acuerdo en cuanto a la importancia que cobra la consecución de unos estilos de vida saludables en la población, a través de verdaderos programas de Educación para la Salud. Si bien este acuerdo es cierto y es asumido por la mayoría de los gobiernos, no lo es tanto en cuanto al modo de conseguirlo, y sobre todo en la forma de estructurar el proceso educativo a fin de conseguir una verdadera eficacia, eficiencia y efectividad de los programas establecidos.

La mayoría de los modelos científicamente aceptados tienen su base en la psicología social, la antropología, la política económica, la medicina conductual, las ciencias de la comunicación, etc., intentando demostrar los mecanismos por los que se puede modificar realmente el comportamiento humano en sentido de una salud positiva (6).

El Modelo Integrador de Educación Sanitaria nace debido a la continua necesidad de reconsiderar las muchas posturas actuales que marcan las diferentes tendencias y modelos de Educación Sanitaria, basando su estructura fundamentalmente en un modelo pragmático, a fin de establecer una modificación de comportamientos de la población, basada en el

cambio de actitudes y hábitos en un sentido positivo de salud, teniendo siempre presente el nivel social de creencias y convicciones de los individuos, potenciando el fomento de autocuidado, la prevención y la salud familiar, así como el cumplimiento terapéutico (8).

El "modus operandi" de este modelo, se basa en los "métodos bidireccionales de comunicación", huyendo por tanto de aquellos unidireccionales que defiende la pedagogía tradicional, para que a través de un proceso inicialmente formativo, se pueda llegar a establecer un verdadero proceso educativo, estimulando el razonamiento y la convicción del individuo sobre la problemática de salud. Si bien, no ha de entenderse como una falta ética el utilizar los procedimientos persuasivos para conseguir una modificación del comportamiento, siempre que este fenómeno tenga su base en el proceso educativo mencionado anteriormente.

En este sentido, el Modelo Integrador defiende y hace propia la estructura base del modelo K.A.P., pero teniendo en cuenta una vez más que todo proceso debe contar necesariamente con un profesional debidamente capacitado, estableciendo para ello los programas necesarios de formación, en todos los ámbitos multifactoriales de la Educación Sanitaria (5).

El Modelo Integrador trata de intervenir modificando el medio ambiente social, teniendo presente por supuesto, las dificultades que ello implica. Y así, es necesario establecer al mismo tiempo, una estrategia de intervención dirigida al individuo y su medio ambiente inmediato (familia, escuela y trabajo), encaminada a la modificación de hábitos en este terreno, que le permita acoplarse adecuadamente, tanto al posible cambio de su medio ambiente social, como al actual, teniendo en cuenta que se trata de un proceso largo y tedioso en el tiempo.

Es obvio señalar que el Modelo Integrador, defiende clara y expresamente el trabajo en equipo, no sólo multidisciplinar, sino interdisciplinar en todos los sentidos. En el caso que nos ocupa, el fenómeno social de la drogodependencia, se hace indispensable el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud, de la enseñanza y de la

comunicación, teniendo presente en todo momento al núcleo familiar como el eslabón fundamental de nuestra actuación.

4. Los Medios de Comunicación Social en la Prevención del Consumo de Drogas

También se conocen como "medios de comunicación de masas", lo que obliga al menos a tener en cuenta la gran ambigüedad del propio término "masas", que puede incluir en un sentido más o menos peyorativo, a núcleos de población desinformada, inculta, irresponsable, manipulada, etc. En nuestro caso, el núcleo de población más susceptible al consumo de drogas, la infancia y la juventud, que aún adolecen de una adecuada información, cultura y formación, lo que les hace más vulnerables ante las estrategias manipuladoras de aquellos que sin escrúpulos de ninguna clase se introducen en los medios de comunicación social, con el objetivo de fomentar el consumo de drogas, incumpliendo a todas luces la legislación vigente.

Por otra parte, las posibilidades de que los medios de comunicación puedan contribuir a la consecución de los objetivos de las campañas de prevención del uso indebido de drogas, son enormes, aunque siendo realistas hemos de tener en cuenta que muchas de las publicaciones y emisiones pueden resultar nocivas y contraproducentes.

El empleo de una terminología inexacta o incluso equívoca cuando se trata de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y de sus propiedades, distinguiendo artificialmente entre las mal llamadas "drogas duras" y "drogas blandas", el abogar constantemente, y en los foros más inesperados, por la legalización del uso de drogas con fines no terapéuticos; la desmedida importancia que se da a las informaciones sobre el valor de los decomisos y las enormes ganancias que pueden obtenerse con el tráfico de drogas y el blanqueo de dinero; la vinculación del uso de drogas con personas socialmente conocidas o célebres. Todos, son elementos que bien pueden deformar la

percepción de este fenómeno y atrofiar la capacidad de juicio individual, sobre todo en la juventud.

Asimismo, las campañas de prevención mal concebidas, sin tener en cuenta la importancia del trabajo en equipo así como la continuidad, pueden tener un efecto contrario al que se busca al suscitar la curiosidad e inducir a una conducta negativa, en lugar de prevenirla. Es por ello que se hace necesario recordar a Harold Lasswell, cuando en 1948 estableció los cinco términos fundamentales en cualquier actuación de los medios de comunicación: "Quién dice qué", "en qué canal", "a quién se lo dice", "cómo lo dice", "con qué efecto" (3, 4). No cabe duda de que si hay un campo donde se impone dar cumplida respuesta a estos interrogantes, lo es el de la prevención del consumo de drogas.

Así, se hace necesario conocer alguno de los efectos de estos medios (televisión, prensa, radio) para que, desde los distintos programas educativos, se obtenga el máximo partido de sus aspectos positivos y se sepa neutralizar y controlar aquellos "efectos indeseables" que producen con más frecuencia de lo que cabría esperar.

Los medios de comunicación social, tienen la gran capacidad de aumentar el conocimiento de la población sobre un determinado tema, informando y sensibilizando a los individuos y colectivos sobre determinados hábitos nocivos y prácticas de riesgo que se pretenden modificar, e incluso sobre aquellos que resultando positivos se desea mantener y potenciar.

Igualmente tienen el gran poder de generar "estados de opinión" dada la gran credibilidad que confieren a los individuos, instituciones e incluso "productos" que intervienen a través de ellos.

Por otra parte, los medios de comunicación social son capaces de reforzar determinadas actitudes previamente sostenidas por la población, sin embargo no se muestran tan efectivos a la hora de cambiar aquellas que están firmemente arraigadas por cuestiones familiares, económicas, políticas o socioculturales (permisividad social frente al consumo de tabaco, de alcohol o frente a la autoprescripción y la automedicación). Esta

constituye una de las primeras y principales limitaciones de los medios de comunicación social ante el consumo de drogas específicamente. En algunas ocasiones estos medios ayudan a conseguir una determinada modificación de comportamiento, sin embargo los especialistas coinciden en que los cambios permanentes de actitudes y hábitos (último objetivo del proceso educativo) obedecen, en la mayoría de los casos, no a la recepción de un mensaje transmitido por un medio de comunicación, sino a la presencia de la presión de grupo, o del contacto directo con un profesional mediador de la Salud, e incluso como consecuencia de una experiencia personal o de un familiar próximo, relacionada con el hábito o con la práctica determinada de que se trate, en este caso el consumo de drogas en todas sus modalidades. La respuesta a este hecho contrastado y claro en el caso concreto de la drogodependencia, reside probablemente en uno de los aspectos más importantes que tiene la comunicación interhumana con sus componentes verbal y no verbal: la bidireccionalidad que se establece entre el emisor y el receptor. Esta posibilidad de doble flujo es la que establece la máxima diferencia entre la "información" y el "proceso de comunicación" al que se hace referencia realmente cuando se habla de un verdadero "proceso educativo" (5). Ciertamente, el ejemplo más claro de lo que es y cómo se transmite la información se encuentra en la encomiable labor diaria que desarrollan los medios de comunicación social, tanto prensa escrita como radio y televisión. Este último como medio de masas por excelencia, dado su gran poder audiovisual, es también por excelencia el gran "informador". El televidente ante este medio no tiene opción de responder al mensaje que ha recibido y trasladar sus opiniones, experiencias e interrogantes que permitan a su vez al emisor, desde el medio de comunicación, modificar ese mensaje adaptándolo e individualizándolo a las características sociales, culturales, económicas e incluso personales, que hacen de cada individuo un ser único en el complejo entramado del medio ambiente social (9).

No cabe duda que la prensa o la radio tampoco

escapan a este hecho. Ante un diario, una revista, un libro o un programa radiofónico no existe oportunidad de comentar, preguntar o simplemente sugerir de un modo directo a sus autores; es decir, el individuo es receptor pasivo de un mensaje, de una información sin que se produzca ningún tipo de retroalimentación directa.

En absoluto el Modelo Integrador ignora o desprecia el valor de la información como fenómeno social, muy al contrario resulta valiosísima e imprescindible en la primera fase de cualquier proceso educativo, toda vez que informando a la población se consigue "despertar conciencias" y sensibilizar ante problemas que afectan a todos como el consumo de drogas y sus consecuencias.

Dicho de otro modo, la información correcta ayuda a generar en la población "actitudes" positivas para su salud que favorecen, a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la comunicación bidireccional, es decir a través de un proceso educativo, los cambios permanentes de comportamiento (5, 8).

Otro aspecto a destacar, es la importancia que tienen los medios de comunicación social como "intermediarios" ya en el propio proceso educativo. Tanto el medio en sí como sus profesionales se constituyen en integrantes "de primera línea" del Equipo Interdisciplinar de Salud, sobre todo en el campo de la drogodependencia, actuando como Agentes de Educación Sanitaria imprescindibles en la comunidad.

Ciertamente los profesionales de la salud conjuntamente con los de la enseñanza, la psicología, etc. conocen el contenido de los mensajes que necesita la población para adoptar una postura independiente y autorresponsable, en este caso frente al consumo de drogas, pero son exactamente los profesionales de la información los que conocen las técnicas más apropiadas para transmitir esos mensajes de la forma más atractiva y efectiva. Es decir, conocen el *marketing*, sus posibilidades y sobre todo, cómo presentar el "no consumo" de cualquier tipo de droga, como una verdadera necesidad para la población general. No es necesario subrayar la importancia que en

este sentido tienen tanto las emisoras locales de radio y televisión como las ediciones escritas, también de ámbito local. En ambos casos, la población objeto es mucho más específica que en los medios de comunicación de ámbito nacional e incluso autonómico.

Es indudable que intervenciones divulgativas bien orientadas desempeñan un papel muy importante apoyando e impulsando las actividades comprendidas en un Programa de Educación Sanitaria; pero también es obvio que cuando la orientación no es la adecuada, la fuerza de los medios de comunicación social provoca el fenómeno tan conocido y negativo en el caso de la drogodependencia, como es la contraprevención. Un ejemplo cotidiano en este sentido, se encuentra continuamente en la publicidad a la que inexorablemente toda la población está expuesta, no sólo en relación con el consumo de drogas, sino también en cuanto a la prevención de accidentes de tráfico, alimentación equilibrada, violencia y estilos de vida en general. Es importante señalar que los niños y los jóvenes configuran los grupos sociales más desprotegidos frente a los estereotipos sociales que generalmente se ensalzan en las distintas fórmulas publicitarias (10).

En este sentido, en España recientemente se ha dado un importante paso adelante con la iniciativa del Ministerio de Educación y Ciencia, al proponer la firma de un Convenio con las distintas cadenas televisivas para crear un Código Deontológico que proteja los derechos de la infancia y la juventud en cuanto a las emisiones con mensajes "de violencia, discriminación, consumo de sustancias perjudiciales, el sexo y el lenguaje" (11).

Jurídicamente, en España la actividad publicitaria está regulada por la Ley General de Publicidad de 1988 (12). En ella se establece como "publicidad ilícita" entre otras la publicidad engañosa ("la que pueda inducir a error a sus destinatarios"), la publicidad subliminal ("la que mediante técnicas de producción de estímulos de intensidades fronterizas con los umbrales de los sentidos o análogas, puede actuar sobre el público destinatario sin ser conscientemente

percibida") y "aquella publicidad que atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución, especialmente en lo que se refiere a la infancia, la juventud y la mujer".

Posteriormente, en 1994 se establece la Ley por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552 C.E.E. sobre la coordinación de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva (13). En esta Ley queda prohibida explícitamente "cualquier forma de publicidad de cigarrillos y demás productos del tabaco" así como "la publicidad de medicamentos y de tratamientos médicos que sólo puedan obtenerse por prescripción facultativa en el territorio nacional" así como la "publicidad encubierta" o "product placement".

Respecto a la publicidad de bebidas alcohólicas, además de lo dispuesto en la Ley General de Publicidad de 1988, se especifica que no podrá estar dirigida a los menores de edad ni presentar a los menores consumiendo dichas bebidas, así como que "no deberá asociar el consumo de alcohol a una mejora del éxito social o sexual...". No cabe duda de que iniciativas de este tipo contribuyen a que los medios de comunicación social, en general, viertan su magnífico poder de influencia sobre el comportamiento de la población, en la promoción de estilos de vida saludables, y en la prevención del consumo de drogas.

Sin embargo un mínimo esfuerzo de observación por parte del lector demuestra que aún existiendo el marco jurídico, posiblemente mejorable, la publicidad en cualquiera de sus variantes (televisiva, radiofónica, en prensa o vallas publicitarias) no tiene fronteras en cuanto a creatividad se refiere para cubrir sus objetivos comerciales. Así, cada vez es más habitual encontrar asociaciones entre el consumo de tabaco o alcohol y los eventos deportivos, actos socioculturales e incluso programas infantiles en los que se exhiben este tipo de hábitos.

Recientemente estamos siendo víctimas de los engaños más descarados, incluyendo en la publicidad marcas de bebidas alcohólicas de alta

graduación (ginebra y ron), con anuncios que incluyen la "marca" aunque no la bebida directamente, pero manteniendo colores, música e incluso slogan. De igual modo ocurre con el tabaco, asociando nombres comerciales con gafas para el sol (for sun), cuando lo que realmente se anuncia son marcas de tabaco.

Al aprobarse en Julio de 1994 la directiva europea de "Televisión sin Fronteras", quedó prohibida expresamente la publicidad encubierta: "aquella que presenta visual o verbalmente una marca, un nombre, un símbolo, o una actividad de forma intencionada, no esporádica u ocasional a cambio de una remuneración, cualquiera que sea la naturaleza de esta".

Se podría citar como inicio de esta ilegal pero cotidiana práctica del "product placement" o publicidad encubierta, la famosa y taquillera película de E.T. que en 1982 dirigió Steven Spielberg, donde se fomentó la venta de chocolatinas al situarlas en el camino que el pequeño Elliot marcó para conseguir la confianza del recién llegado E.T., hecho que contribuyó a que las ventas del producto subieran un 65% (14, 15). Más recientemente tenemos el caso de "Toy Story", película de la factoría Disney, donde se puede reconocer a Mister Potato, de Playskool, entre los muchos juguetes que cobran vida.

La publicidad del tabaco y el alcohol no se quedan atrás en absoluto. En la película de "Instinto Básico", por citar alguna, los protagonistas consumen whisky "Jack Daniel's", cuando la publicidad del alcohol no es legal de ninguna forma, ni en spots, ni en patrocinios, ni en forma de "product placement".

Sin embargo los publicitarios consiguen que cada día con más frecuencia e impasividad, se introduzca el tabaco y el alcohol como verdaderos artistas invitados de las más famosas teleseries (15, 16). Así Tabacalera cargó con los gastos del estanco donde se desarrollaba la serie "Carmen y familia", mientras que las diferentes marcas de alcohol, hacen su agosto en "El pellizquito", el bar de la serie "Menudo es mi padre".

A todo lo dicho hemos de sumar la publicidad estática y no tan estática presente en los

acontecimientos deportivos como el automovilismo, el motociclismo, el voleibol, cobrando un protagonismo especial en las retransmisiones casi diarias de fútbol.

Hemos de hacer un especial hincapié en las retransmisiones de los partidos de fútbol sala que durante las mañanas de los fines de semana, van introduciendo en los más jóvenes, las marcas comerciales de tabaco y alcohol, cuya publicidad está totalmente prohibida.

No olvidemos que España es el cuarto país en el consumo diario de televisión, con un promedio de 204 minutos diarios, siendo vista por 9 de cada 10 individuos. Además diferentes estudios coinciden en que más de 30% de niños ven solos la televisión mientras que únicamente el 35% lo hace acompañado de sus padres y de forma ocasional (9, 10, 17).

Es suficiente observar con capacidad crítica lo que diariamente ocurre en los diferentes medios de comunicación, fundamentalmente la prensa escrita, la radio y la televisión, para darse cuenta de que se hace necesaria y obligada una mayor concienciación por parte de toda la comunidad, especialmente por parte de las autoridades políticas de todos los ámbitos, no tanto para legislar más, como para hacer cumplir las normas básicas reguladoras de la vida social, específicamente en lo referente al consumo de drogas.

Por otra parte nunca será suficiente insistir en el hecho de la importancia de trabajar en equipo conjuntamente los medios de comunicación con el medio escolar y la familia, a fin de conseguir los objetivos de prevención del consumo de drogas y el fomento de hábitos saludables.

De no ser así, podemos caer en hechos tan lamentables como los protagonizados recientemente por los más pequeños, que se dedican a "cuidar" a una "mascota virtual" que se denomina "Tamagotchi", y que no es otra cosa que un aparato electrónico que se muere si no se le dan los cuidados que necesita, aunque sus defensores insisten en que tiene "muchas vidas". Y mientras algunos defendemos la comunicación

humana interactiva y sobre todo en familia, la pregunta obligada sería: ¿Tienen los padres suficiente información acerca de este producto, tanto por parte del medio escolar, como de los medios de comunicación social?.

Para finalizar, destaquemos aunque a modo de resumen, el "Decálogo de los derechos de los usuarios de los Medios de Comunicación" (18), que entre otros el propio Consejo de R.T.V.E. hizo suyo recientemente, y que recuerda que el usuario tiene derecho a:

1. Una información veraz, plural y eficaz.
2. Acceder a la educación y la cultura a través de los medios de comunicación.
3. Que se rectifiquen las informaciones erróneas.
4. Que se fomente la capacidad crítica de los receptores. Se deben realizar campañas educativas.
5. Que se facilite el acceso y participación en los medios de comunicación.
6. Estar representado en los órganos de control y vigilancia de la legislación vigente.
7. Que se deslinden los mensajes publicitarios del resto de los contenidos.
8. Que se respeten los horarios anunciados.
9. Que exista una banda horaria específica para la programación infantil.
10. Que se eviten los contenidos violentos en el horario de programación infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Plan Nacional sobre Drogas** (1994): Memoria de Actividades. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
2. **Arana, J. J.** (1995): Los jóvenes y el alcohol. Madrid. M.C.
3. **García, J.; Menor, J. y Perales, A.** (1987): La imagen de la

droga en la prensa española. Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación. N.º 2. Ministerio de Sanidad y Consumo.

4. **Funes, A.** (1991): Drogas y comunicación: Todos los elementos para una crónica del desamor. Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación. N.º 14. Ministerio de Sanidad y Consumo.

5. **Sánchez, J. y Gamella, C.** (1996): La Educación Sanitaria en la prevención de las drogodependencias. En: **Beneit, J. V.; García, C. y Mayor, I.**: Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar. Madrid. Síntesis.

6. **Sánchez, J. y Mateo, R.** (1994): Los profesores ante las drogas. Madrid. P.E.D.

7. **Salleras, L.** (1990): Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones. 2TM Ed. Madrid. Díaz de Santos.

8. **Sánchez, J.** (1990): Proyecto docente e investigación de Educación Sanitaria. Madrid. U.C.M.

9. **March, J. L.** (1994): La generación TV. Granada. E.A.S.P.

10. **Rico, L.** (1992): Televisión, fábrica de mentiras. La manipulación de nuestros hijos. Madrid. Espasa Calpe.

11. **Ministerio de Educación y Ciencia** (1993): Convenio sobre principios para la autorregulación de las cadenas de televisión respecto a la protección de la infancia y la juventud. Ministerio de Educación y Ciencia y Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas y las Cadenas de Televisión. Madrid.

12. **Ley General de Publicidad:** Ley 34/1988. 11 de Noviembre de 1988. B.O.E. n.º 274.

13. **Ley 25/1994:** Se incorpora al ordenamiento jurídico la directiva 89/552 C.E.E. B.O.E. n.º 166.

14. **Bofarull de, I.** (1996): La publicidad encubierta en televisión. El "product placement". Comunicación y Pedagogía. 142: 17-20.

15. **Sánchez García, R.** (1996): Product placement: La publicidad silenciosa. Muy Interesante. 179: 47-52.

16. **García, E.** (1990): Subliminal. Escrito en nuestro cerebro. Madrid. Bitácora.

17. **Ferres, J.** (1994): Televisión educativa. Barcelona. Paidós.

18. **Quintana, Y.** (1996): Sociedad, Consumidores y Medios de Comunicación. Madrid. CEACCU.