

Juventud y drogas: condicionantes sociales de la educación para la salud

Alfonso García Martínez
Juan Benito Martínez
Universidad de Murcia

Fecha de aceptación de originales: Noviembre de 2001

RESUMEN: Si ciertos fenómenos fisiológicos como el dolor o el hambre tienen determinantes biológicos, el significado que les da el individuo y las prácticas que desarrollará dependerán de las circunstancias y del contexto social y cultural. Lo que apunta a que los esfuerzos de prevención subestiman algunos aspectos específicos de los determinantes de los comportamientos vinculados a la salud.

ABSTRACT: If some physiological phenomena such as the pain or hunger are biologically determined, the means and practices that the individual attributes to them shall depend on both the circumstances and the cultural and social context. This situation implies the need of deep in the prevention process in order to impel the struggle against drug misuse.

PALABRAS CLAVE: Juventud, Drogas, Educación para la Salud, Salud, Desigualdad, Prevención, Escuela, Educación Social.

KEY WORDS: Youth, Drugs, Education for Health, Health, Inequality, Prevention, School, Social Education.

1. ADOLESCENCIA Y SALUD

La adolescencia, en cuanto creación social reciente de la sociedad industrializada, ha ocupado el lugar del paso de la infancia a la edad adulta, al hilo de nuestra propia incapacidad para tratar dicho período y para acompañarlo. Desde los comienzos del siglo XX, esta edad vital ha ido adquiriendo connotaciones negativas. Lo que, antaño, era percibido como normal es cada vez peor tolerado y lo que se espera de los especialistas es que aceleren el curso de las transformaciones.

Las tensiones ordinarias entre generaciones en torno a la pubertad, cuyo carácter natural nos recuerdan las sociedades animales, no son admitidas. Las pruebas iniciáticas que oficializan el fin de la infancia a través de la asunción de riesgos son olvidadas, por lo que muchos se embarcan en asumir riesgos auto-iniciáticos (fugas, tentativas de suicidio, toxicomanía, fracaso escolar, conductas peligrosas) cuyas consecuencias individuales y colectivas son bien conocidas.

De ahí la consideración patológica de la adolescencia, cuando lo patológico sería que no hubiese crisis de crecimiento -si es que el término crisis explica algo de lo que ocurre (dificultades individuales, parentales, familiares, escolares o sociales)-. En todo caso, parece claro que las dificultades que encuentra nuestra sociedad para digerir este período de transformación refuerzan las que se plantean a los individuos. La creciente presión escolar, unida a la inquietud respecto al porvenir, del empleo, de las dificultades de integración social, afecta fuertemente y refuerza *a contrario* el valor de alerta de los problemas escolares.

Así, atrapados entre la necesidad de vinculación y relación social y el deseo de autonomía los adolescentes viven en una situación particularmente contradictoria y ambigua. En cierto modo es paradójico que sea a ellos a quienes se dirigen las campañas informativas y los programas de actuación ya que se ve difícil dialogar con éxito con una población caracterizada por la indeterminación y el autocuestionamiento.

Los programas de educación y de promoción de la salud dirigidos a los jóvenes tienen un sentido preventivo preciso: el de prefigurar la adquisición de comportamientos que se sabe que son nocivos para tal edad, esto es, de advertir contra ciertas prácticas de riesgo y de lograr la toma de conciencia sobre las consecuencias a largo plazo de los estilos de vida adoptados eventualmente por los adolescentes. En suma, de responsabilizar a los jóvenes ante su porvenir de salud.

¿Cómo hacerlo? Parece ser que es en términos de placer de vivir como hay que dirigirse a los adolescentes, con argumentos que les toquen de cerca y que sean coherentes. Aunque es preciso ser consciente de que no existe "la receta" para hablar a los adolescentes de salud: los mensajes suelen acabar por *prohibirles* que sean lo que son, adolescentes; es decir, seres humanos que necesitan que les hablen de lo que les importa y, sobre todo, que se les escuche.

Toda comunicación inyectiva, autoritaria, tiene todos los números para ser rechazada. Lo que parece determinante es la calidad de la visión sobre la adolescencia, del gusto del intercambio con los más jóvenes, de la consideración de su personalidad, de que se les valore tal cual son; por sus opciones, sus talentos y sus esperanzas. Quizá esa sea la razón del éxito de las orientaciones que impulsa la participación de los jóvenes en la formulación y la expresión de las preguntas que se harán sobre la vida en general; sobre su relación con el mundo y con la salud en sentido amplio, es decir, sobre la

capacidad para utilizar del mejor modo su potencial vital y ampliar sus capacidades y recursos.

El trabajo con los iguales responde a la misma preocupación de lograr que los jóvenes recuperen la formulación de los mensajes relacionados con la salud, adaptándolos en el grupo, a su lenguaje y a su modo de inteligencia vital. Aún habrá que inventar otros medios de comunicación, pero parece evidente que la relación que el adolescente mantenga con la salud dependerá del contexto vital en el que evoluciona y de la capacidad de valoración que sean capaces de desarrollar los adultos que le rodean, esto es, del clima socioafectivo en el que crezcan. Por ello el educador para la salud debe ser humilde, consciente de los límites del alcance de los mensajes de prevención que orienta a los jóvenes; pero sabiendo igualmente que éstos representan una especie de telón de fondo que enmarca la evolución de las mentalidades y de las imágenes. Igualmente ha de ser consciente de que los resultados obtenidos condicionan, en buena medida, las relaciones con la salud en su vida adulta.

2. PREVENCIÓN EN SALUD Y JÓVENES

Realizar un trabajo de prevención entre los jóvenes no es algo sencillo. En primer lugar porque la salud no es una preocupación fundamental para la juventud. En todo caso, tales acciones han de tener como base la escucha y la confianza e inscribirse en un trabajo de equipo. Cuando hablamos de elaboración de proyectos de prevención o de establecer acciones educativas para la salud estamos aludiendo, cuando no explicitando, temas tales como la consulta, la corresponsalia, la participación, la sinergia o, si se prefiere, la red (social y/o de salud) de acción comunitaria.

Pero la orientación comunitaria no es algo evidente y no basta con invocarla para que surta efecto. El éxito del trabajo reside en la capacidad de sobrepasar la mera justificación, de construir un compromiso y alimentar una relación de solidaridad, en tanto que base indispensable para conseguir los objetivos. En el campo de la salud (como en otros), dirigirse a los jóvenes es ante todo darles la palabra y hacer surgir sus demandas, pero también significa crear espacios de expresión y de acción diferentes a los establecidos institucionalmente. Hablar de la salud, conocer su salud, no es un asunto de los especialistas: es a partir de su historia, su lenguaje y sus referencias culturales, como cada cual construye sus representaciones de su salud, define sus criterios y decide por sí mismo acerca de la necesidad de un determinado recurso. Para unos jóvenes todavía molestos por las dificultades que tienen para expresarse, "hablar" de la salud es más complejo que resentirla. Conservar su salud implica la certeza acerca de lo correcto de las medidas de prevención, que son siempre limitadoras. Así, es normal que se requiera una vigilancia particular por parte de quienes están alrededor de los jóvenes.

La salud no es una preocupación de la juventud, donde “sólo” puede ser buena y normal. De ahí que el discurso de los jóvenes sobre la salud sea pobre y que no hagan mucho caso a lo que sus mayores consideran como buenos comportamientos de salud. Con la exuberante vitalidad de su edad, los jóvenes interpretan con cierta desconfianza las advertencias de quienes les parecen poco preservados por los “ensayos y errores” de las “buenas prácticas” de salud.

Sin embargo, se da una tremenda discordancia entre lo que dicen de la salud y como la viven: dicen no temer el peligro y se encogen de hombros ante ciertas amenazas, pero ante el menor dolor, ganglio inflamado o pérdida de sensibilidad se alertan mucho y temen lo peor. La expresión de síntomas es, en cierto modo, el indicador más neutro de su angustia para vivir, es decir, una vía de comunicación posible entre una situación de espera, que es a la vez desesperada e indecible, y la acogida del grupo social del que se han excluido.

Lo que los adultos llaman problemas de comportamiento alimentario, dependencia respecto de productos tóxicos, mala higiene vital, etc., no es percibido por ellos como riesgos para el mantenimiento de su salud, y mucho menos cuando se aborda el tema de la salud mental.

3. EL PAPEL DE LOS IGUALES

La salud de los jóvenes es indisociable de la presión ejercida por el grupo de iguales que, a menudo, se vincula con el origen de todos los males que les suceden. Este grupo sería el instigador del primer cigarrillo, del primer porro, de la primera borrachera etílica. Así, ¿deberíamos limitar entonces la vida social de los adolescentes? En cualquier caso eso significaría ir en contra de los mecanismos de construcción psicológica y de socialización de los jóvenes. De hecho el grupo de jóvenes no es ni bueno ni malo, pues ciertos comportamientos adolescentes considerados como nocivos para la buena salud no corresponden a estas franjas de edad y sólo son la reproducción de prácticas habituales en la vida pública o privada. Los riesgos que se suelen denunciar (accidentes, uso de tóxicos, violencias, etc.) no son un privilegio de los grupos de adolescentes, como tampoco lo son las prácticas agobiantes de “salud” (*jogging*, higiene, hidratación permanente, etc.). Si el grupo ejerce una acción específica y perceptible es simplemente la de reforzar las prácticas responsables o acentuar las vulnerabilidades individuales.

Pero el hecho de que el grupo sea un estímulo emancipador o de que, por el contrario, suponga un factor patógeno sigue siendo algo propio de una discusión teórica. Su influencia en el desarrollo adolescente es tal que los grupos de iguales deben estar presentes necesariamente en toda orientación de Educación para la Salud.

4. LAS EXPECTATIVAS JUVENILES

Las expectativas directas, primarias, de los jóvenes en materia de prevención y de sensibilización en materia de salud están estrechamente vinculadas a los discursos que circulan y a las prácticas de información que se han desarrollado en su entorno. Esta realidad debe igualmente ser tenida en cuenta en la concepción y el contenido de las intervenciones. Los jóvenes son demandantes de información, justificando así la avalancha de datos con que se les bombardea, a menudo sin discriminación cuantitativa ni reflexión previa alguna acerca de la autenticidad de la demanda que se trata de satisfacer.

Esta importante estereotipia de la demanda que conduce a respuestas basadas en una ilusión de realidad profunda se vuelve a encontrar en lo que los jóvenes manifiestan esperar de las campañas de prevención adaptadas a sus comportamientos. A menudo piden orientaciones duras que se orienten a las emociones, y creen que las que se apoyan en los llamados a la responsabilidad y en la inteligencia tienen un escaso impacto sobre ellos. Esta actitud es detectable en algunas experiencias de prevención realizadas por jóvenes, quienes esperan menos de los discursos moralizantes sobre la buena salud que de los elementos de certeza sobre la eficacia de la prevención en relación a los sacrificios que exige.

Los adultos no pueden situarse, pues, únicamente en un plano técnico de prescriptores de conductas; deben también rodear su relación con los jóvenes de atenciones, de afectividad y de respeto. La experiencia muestra que cuando se instalan esos fundamentos, hechos de escucha, de confianza y de tolerancia, en la proximidad y la permanencia de la relación educativa, los jóvenes pueden desarrollar entonces algunas reflexiones personales sobre su propia salud. Los profesionales mejor situados para desarrollar esta tarea no son los del sistema de salud (y menos si se mantienen en situación de “espera”), sino aquellos que están en relación global y permanente con los jóvenes concernidos: los animadores, los educadores sociales y escolares y los voluntarios de las asociaciones de juventud, que, ciertamente, pueden establecer marcos de colaboración con aquellos.

Las intervenciones preventivas se potencian, pues, cuando se desarrollan en la relación diaria, con personas que tienen la confianza de los jóvenes y que tienen en cuenta los grupos de iguales. También lo hacen cuando su perspectiva no es inmediatista y tienen en cuenta no sólo los aspectos visibles, sino también las relaciones inconscientes que cada cual mantiene con las representaciones que tienen de su cuerpo y su deseo de mantenerlo íntegro. Es así como se puede reducir la distancia entre los conocimientos adquiridos y la modificación de los comportamientos que es el principal objetivo de la prevención.

5. DAR MÁS PASOS

La prevención y la Educación para la Salud se han desarrollado, ciertamente, estos últimos años. Los adolescentes han sido el objetivo de numerosas campañas nacionales, regionales y locales y de proyectos realizados localmente (alcohol, tabaco, sida, toxicomanías, etc.). De acuerdo con algunos de los estudios realizados, se desprende que estos esfuerzos no han sido inútiles y han supuesto cambios en los comportamientos (tabaco, preservativos...). Sin embargo, estos resultados parecen insuficientes y algunos individuos y grupos parecen indiferentes o poco receptivos a los mensajes de salud. Lo que apunta a que los esfuerzos de prevención subestiman algunos aspectos específicos de los determinantes de los comportamientos vinculados a la salud.

Gestionar su salud, educarse o ser educado para la salud supone el aprendizaje, la adopción o la modificación de actitudes y de comportamientos que no surgieron espontáneamente. Si ciertos fenómenos fisiológicos como el dolor o el hambre tienen determinantes biológicos, el significado que les da el individuo y las prácticas que desarrollará dependerán de las circunstancias y del contexto social y cultural. Además, los jóvenes viven, experimentan, se educan y se construyen a sí mismos interactuando entre ellos en pequeños grupos. La Educación para la Salud y la prevención entrarán en contradicción con este fenómeno social de vida en grupo si sólo se apoyan en la responsabilidad y la libertad de opción individual.

5.1. Desigualdad

Numerosos trabajos muestran que la valoración de la salud disminuye, y que se amplía la separación entre el discurso sobre la salud y los comportamientos, conforme se desciende en la escala social. Si se quiere comprender cómo el nivel de información, las representaciones y los discursos sobre la salud de un adolescente adquieren sentido para estas conductas es preciso relacionarlos con las dificultades diarias que padece ese joven y con su red de relaciones. En función de su educación, de su origen social, de su cultura, las relaciones chico/chica no son idénticas, ni siquiera igualitarias en todos los grupos de adolescentes. El machismo es, en ciertos grupos, un valor dominante; las cuestiones afectivas y sexuales son menos tratadas y se presentan como factores de dominio sobre las chicas. En este marco, los comportamientos preventivos frente al sida o los embarazos no deseados se hacen muy difíciles.

5.2. El riesgo

El riesgo es parte integrante de la vida y muy específicamente de la de los adolescentes. Una de las tendencias de los mensajes y de las intervenciones que con ellos se

realizan es la de proponer comportamientos en la perspectiva de no correr riesgos (riesgo nulo): “utilizad sistemáticamente el preservativo”, “no consumáis drogas” o “no fuméis”.

Este proceder puede conducir a los adolescentes que no pueden seguir tales consejos en sus comportamientos a desarrollar actitudes de rechazo de cualquier tipo de estimación del riesgo o de la utilidad de la prevención. Frente al “todo o nada”, deberíamos declinar la graduación de los riesgos y las diferentes posibilidades de gestionarlos. Por ejemplo, respecto de los consumidores de marihuana o alcohol, induciendo comportamientos de dominio y de reducción del consumo y de renuncia a conducir vehículos tras el consumo.

6. LOS ADOLESCENTES FRENTE A LA PROHIBICIÓN DE LA DROGA

La prevención tiene como objetivo impedir que los jóvenes se droguen. Para ello se apoya en una representación mental de este acto, que debería persuadir a los jóvenes de pasar por la prueba de la experiencia. El aserto de que la “droga es peligrosa” debería hacerles apartarse de ella. Asociar, además, el peligro a la prohibición convertiría a la conducta en doblemente peligrosa. De este modo sería peligroso -incluso fatal- transgredir una prohibición. Este tipo de representación tiene su eficacia para la mayoría. Podrá, pues, concluirse que la prevención “funciona” sólo si está vinculada a la droga una minoría consumidora. De modo general, se puede decir que la internalización de la ley pasa por varias etapas entre menores de quince años y diecinueve años. Con menos de quince años, la prohibición invocada es la del discurso parental; al crecer, las prohibiciones se modifican (mandatos religiosos sobre el alcohol; práctica deportiva y tabaco). La prohibición de la droga tal como la plantea la ley se recibe como una prohibición fundamental y por ello parece enigmática: superposición y confusión de los peligros (sobre todo en relación al cannabis), cuando éstos son simplemente negados (“el hachís está en todas partes”).

Las reglamentaciones (familiares, escolares, deportivas o religiosas) que tienen que ver con la pertenencia a un grupo segregan prohibiciones fuertes y son mejor percibidas en tanto que son más concretas. La pertenencia al grupo de los “ciudadanos” aparece como menos vinculante y constructiva en la elaboración de la prohibición.

7. PREVENCIÓN EN MEDIO ESCOLAR

La prevención en el medio escolar es prevención primaria; pero también es a veces secundaria y terciaria. Así, nos encontramos con sesiones de información, de formación, de dirección de proyectos de animación educativa o de acondicionamiento del entorno escolar. Estas intervenciones, destinadas a prevenir los riesgos de enferme-

dades, de accidentes o de conductas desviadas, parecen añadirse a los programas generales de formación y de educación. De hecho, se yuxtaponen sin que aparezcan claramente las finalidades, la coherencia o la eficacia.

Para ganar en pertinencia, en integración, en validez global, es conveniente verificar sus fundamentos, las condiciones de puesta en marcha y sus límites. Esto supone una reflexión en profundidad tanto sobre la articulación de la investigación para la prevención como sobre las competencias respectivas de la educación y de la terapia. Para ello es preciso tanto la capacitación de los diversos actores como un análisis del entorno que se inscriba en el proyecto de centro y su organización pedagógica. La pedagogía se esfuerza por tener en cuenta la heterogeneidad de los ritmos de aprendizaje, los factores motivantes y de seguimiento escolar. Intenta diversificar los itinerarios individualizando, sacando partido de la alternancia y de los procedimientos de recuperación.

La política educativa, por tanto, debe articularse con la estrategia de prevención y de promoción de la salud. Los intervinientes se dedican a ello a través de un trabajo de acogida y de escucha para resolver los conflictos, las crisis, las dificultades de adaptación a la escuela, pero también al éxito escolar y a la promoción de la personalidad, utilizando las mediaciones necesarias.

La pluralidad de elementos involucrados precisa de una organización intersectorial que conciba, organice, anime y valide las diversas intervenciones y que reúna a los diferentes profesionales que inciden en el sistema educativo desde dentro (servicios de promoción de la salud, asistencia social, equipos de orientación, profesores y personal de administración y servicios), junto a corresponsables externos (psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, policías, jueces, etc.). Dentro de un marco de estricto respeto a las diferentes competencias profesionales y de la disponibilidad de cada cual, este equipo deberá proceder a:

- observar regularmente a los adolescentes en su escolarización diaria,
- elaborar programas de intervención primaria integrados al *cursus* escolar,
- organizar la escucha, el consejo, el acompañamiento y el seguimiento de las peticiones de ayuda de los adolescentes y de los adultos, y
- evaluar y regular la actuación de modo permanente.

Esto supone una vía que, desarrollando una visión interdisciplinar, incida en la mejora de la calidad de vida de los jóvenes adolescentes y capacitarles para afrontar, en las mejores condiciones posibles, su futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- BERGERAN, H. (1996). *Saigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. París: L'Harmattan.
- BERGERET, J. (1996). "Aspects économiques du comportement d'addiction", en J.

- Bergeret et col, *Le psychoanalyse à l'écoute du toxicomane*, París, Dunod. Pp. 6-26.
- CARPENTIER, C. COSTES, J.-M. (1996). *Drogues et toxicomanies: indicateurs et tendances*. París: OFDT.
- CASTELAIN, J.P. (1989). *Manières de vivre, manières de boire: alcool et sociabilité sur le port du Havre*. París: Imago.
- COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (1997). *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves: CFES.
- COMAS, D. (1990). *El síndrome de Haddock: Alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: CIDE.
- COMAS, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: INJUVE.
- CONDE, F. (1996). "Crisis de las sociedades nacionales de consumo de masas y nuevas pautas de consumo de drogas". *Revista de estudios de Juventud*, nº 37, pp. 71-82.
- ELZO, J. y LAESPADA, M. T. (1996). "El alcohol y la noche". *Revista de estudios de Juventud*, nº 37, pp. 45-54.
- FISCHLER, C. (1991). "L'addiction: un concept à utiliser avec moderation?", en P. Chambat (Dir.), *Modes de consommation, mesure et démesure*. París: Descartes.
- GARCÍA, A. (1998a). "Educación para la salud, medios y drogas". *Anales de Pedagogía*, nº 16, pp. 179-198.
- GARCÍA, A. (Coord.) (1998b). *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: Diego Marín.
- GARCÍA, A. (1998c). "Educación para la salud y drogas: hacia un cambio de enfoque". *Pedagogía Social*, nº 1 (2ª Época). Pp. 59-69.
- GARCÍA, A. y BENITO, J. (1996). "La Educación para la Salud en el contexto de la Reforma educativa". *Pedagogía Social*, nº 14, Diciembre; pp. 135-145.
- GARCÍA, A. y BENITO, J. (2000). "Educación para la Salud y elementos socioculturales de la alcoholización". *Anales de Pedagogía*, nº 18, pp.111-124.
- KOPP, P. (1997). *L'économie de la drogue*. París: La Découverte.
- KOPP, P. (1998). "Cout social et choix politique". *Actualité et dossier en santé publique*, nº 22, Marzo, pp. XXVII-XXXI.
- MARTÍN, M. y VELARDE, O. (1996). *Informe Juventud en España 1996*. Madrid: INJUVE.
- PEDINIELLE, J.L., RONAN, G. Y BERTAGUE, P. (1997). *Psychopathologie des addictions*. París: PUF.
- ROMANÍ, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- TULEN, F. (1998). *Inégalités et education pour la santé*. Vanves: CFES.
- VALLEUR, M. (1994). *Toxicomanies et mort, addiction et conduites de risque*. París: As. Greco.