

g

u

í

a

guía



f

o

r

m

a

forma



j

o

v

e

n

juven

guía

BLOQUE 1:
Análisis,
estrategias e implantación.



BLOQUE 2:
Área Afectivo Sexual.



Área de Adicciones.



Área de Salud Mental



BLOQUE 3:
Temas de Apoyo



forma joven

Instituciones integrantes del Programa Forma Joven

- **Consejería de Salud.**

Servicio Andaluz de Salud.

- **Consejería de Educación.**

- **Consejería para la Igualdad
y Bienestar Social.**

Edita:

Junta de Andalucía.

Consejería de la Presidencia.

Consejería de Salud.

Coordinación:

Dirección General de Salud Pública y Participación.

Servicio de Programas de Salud.

Rosa Baras Gómez.

M^ª Luisa Barrero García.

Rafael Muriel Fernández.

Miguel Picó Juliá.

I.S.B.N.: 84-8486-107-4

Depósito Legal: SE-1193-03

Introducción

La Guía que tenéis ahora en vuestras manos es un instrumento más, esperamos que de gran utilidad, para seguir desarrollando el Programa Forma Joven en todos sus ámbitos. Su contenido se basa en la experiencia acumulada en los cursos de formación inicial que hemos venido desarrollando en los dos últimos años en las ocho provincias y supone una profundización tanto en el conocimiento de las dificultades que esta labor, especialmente en sus inicios, presenta, como en sus posibles respuestas. Intenta ofrecer, pues, un punto de partida desde el cual poder crear puntos y equipos de Forma Joven.

Es conveniente recordar que el objetivo de Forma Joven se centra en facilitar a los jóvenes información y formación para que puedan dar respuesta a una serie de riesgos muy frecuentes en esta etapa de la vida de la forma "más saludable". Dicho de otro modo, y considerando que, por ejemplo, uno de estos riesgos frecuentes es el que se deriva de los accidentes de tráfico, que los jóvenes compatibilicen su proyecto de vida diario: su actividad, sus relaciones, su diversión... con la protección de su salud y de su vida, intentando hacerles partícipes de la idea de que no es necesario arriesgar la vida para vivir intensamente.

Pero el programa Forma Joven asume también, y es una de sus características esenciales, que no existe una conciencia generalizada en el colectivo juvenil de la necesidad de esta información y formación, más bien al contrario, de que una parte de ellos adopta unos hábitos de conducta atentatorios contra la salud de forma consciente.

Por ello, desde Forma Joven consideramos esencial acercar esta información y formación a los jóvenes a su propio ámbito: en sus lugares de encuentro, en sus centros de estudio... Nacen así las Asesorías Forma Joven, espacios ubicados hasta ahora preferentemente en los centros de enseñanza, que están próximos a los jóvenes, que pueden incardinarse, con la colaboración de la comunidad escolar, en una actividad tan asumida como es la docente. Otra opción son los Centros Juveniles y otras iniciativas de tipo municipal.

Las Asesorías están atendidas por profesionales de los sectores de Salud y Educación con participación de los propios jóvenes, como mediadores, y el apoyo de otros profesionales implicados como son el Instituto y Consejo de la Juventud, Instituto de la Mujer, los recursos disponibles a nivel municipal y los apoyos de dispositivos de segundo nivel, como son los Centros Provinciales de Drogodependencia y las Unidades de Salud Mental. Se trata, pues, de crear un equipo de profesionales con un objetivo central: el de Asesorar informando y formando, para hacer posible la elección de la conducta más favorable a la salud y que ésta sea accesible, de referencia y confianza, en definitiva, cercano a los jóvenes.

Nace esta guía con vocación de continuidad, con el ánimo de ir aportando nuevos temas, actualizar los ya publicados y ser un instrumento que se adapte de forma continua tanto a las necesidades de los profesionales como a las circunstancias cambiantes del entorno de los jóvenes.

Hemos querido en esta línea huir de la exhaustividad y no dar por cerrados o agotados todos los temas que en ella aparecen. Adquirimos el compromiso, pues, de ir renovando y ampliando contenidos a medida que las circunstancias así lo demanden y realizar un seguimiento de otros estudios y trabajos que desde todas las instancias se están realizando.

El contenido actual de la guía se ha estructurado en tres bloques. El primero analiza la situación y los determinantes que influyen en la salud de los jóvenes andaluces, concreta las estrategias comunes ya validadas en otras experiencias similares y concluye en la selección de tres áreas de actuación, incluyendo finalmente, el tratamiento más favorable para proceder a su implantación en el ámbito educativo.

El segundo bloque presenta las áreas de actuación afectivo sexual, adicciones y salud mental. En cada una de ellas se plantea un esquema parecido, que responde a lo que está pasando, cuáles son los principales riesgos y factores de protección en cada área y cómo podemos trabajar con los jóvenes desde una perspectiva de promoción y prevención.

El tercer bloque, de temas de apoyo, recoge una serie de apartados que se consideran de interés para el desarrollo del trabajo diario en las asesorías y que en determinados momentos pueden servir como instrumento para elaborar intervenciones. De una forma más concreta, este apartado se

ocupa de la relación con los padres y la comunidad educativa, de la metodología de trabajo intersectorial y profundiza sobre el trabajo de la educación entre iguales y las acciones mediadas por los propios jóvenes y el voluntariado.

Insistimos en que la situación actual es la de un programa abierto, que se está configurando en esta etapa con el trabajo cotidiano de los propios equipos y la labor de planificación del nivel provincial de cada institución, en un marco de trabajo intersectorial. Este ejercicio de definición de acciones y contenidos desde el nivel local se complementa con las necesidades de respuesta de otros niveles de decisión, administrativos, políticos y sociales.

Esperamos que esta guía sirva de punto de referencia para todos los profesionales que trabajan con jóvenes con la finalidad de que se mejoren y modifiquen sus contenidos, subrayamos su valor de instrumento por lo que será especialmente importante su debate y difusión. Manifestamos nuestro agradecimiento a todos los colaboradores y aprovechamos para decir que estamos abiertos a todo tipo de sugerencias y recomendaciones.

*Equipo de Coordinación de la Guía.
Servicio de Programas de la DGSP
de la Consejería de Salud.*





1. ¿Qué está ocurriendo con la salud de los jóvenes?.....

Rafael Muriel y Miguel Picó.

1

2. Tres áreas de atención preferente.....

Rafael Muriel y Miguel Picó.

23

3. Estratergias validadas para intervención en jóvenes.....

Rafael Muriel y Miguel Picó.

25

4. Forma Joven, una estrategia de acercamiento.....

Rafael Muriel y Miguel Picó.

33

5. La implantación de las asesorías Forma Joven en el espacio educativo.....

Carmen Ayuso y Teresa Varón.

41

BLOQUE 1:

Análisis, Estrategias e Implantación.

1. Qué está ocurriendo con la salud de los jóvenes?.....	1
1.1. ¿Cuántos y quiénes son?.....	2
1.2. ¿Dónde están?.....	4
1.2.1. El Espacio Familiar.....	6
1.2.2. El Espacio Educativo.....	6
1.2.3. El Espacio de Ocio entre iguales.....	7
1.3. ¿Qué problemas tienen?.....	8
1.3.1. Accidentes de tráfico.....	11
1.3.2. VIH-SIDA.....	13
1.3.3. Suicidios.....	15
1.3.4. Relaciones afectivo sexuales.....	16
1.3.5. Tabaco, alcohol y otras adicciones	18
1.3.6. Area de conductas	22
2. Tres áreas de actuación preferente	23
3. Estrategias válidadas para intervención en jóvenes.	25
4. Forma Joven, una estrategia de acercamiento	33
4.1. Objeto y objetivos	34
4.2. Definición de Equipo y Punto Forma Joven:	36
Bibliografía.....	38
5. La implantación de las asesorías de Forma Joven en el espacio educativo.....	41

Introducción41

5.1. Los instrumentos programáticos de los centros docentes y el programa Forma Joven..... 46

5.1.1. *El proyecto educativo de centro y la promoción de la salud* 46

5.1.2. *La educación para la salud en las finalidades educativas.* 48

5.1.3. *El proyecto curricular de centro. (P.C.C.)* 50

5.1.4. *El reglamento de organización y funcionamiento*.....56

5. 2. Algunas consideraciones sobre la salud en el espacio educativo.....58

5.3. Proceso de implantación de una asesoría en el medio educativo..... 63

5.3.1. *Modelos y procesos de asesoramiento curricular*..... 63

5.3.2. *El asesoramiento colaborativo como proceso*..... 64

5.3.3. *Consideraciones extraídas de la práctica conjunta en la implantación y desarrollo de programas de educación para la salud en centros docentes*..... 69

5.3.4. *Estrategias de implantación y desarrollo*..... 71

Bibliografía..... 73

¿Qué está ocurriendo con la salud de los jóvenes?

Miguel Picó y Rafael Muriel

La preocupación actual por los problemas de los jóvenes supera el plano de lo específicamente sanitario para situarse como tema de convivencia social, y, por lo tanto, de Salud Pública, que interesa a varios sectores de la administración, en sintonía con la inquietud de los ciudadanos, que se preguntan "qué pasa con los jóvenes".

Este interrogante, más o menos permanente a lo largo de la historia, adquiere relevancia en las últimas décadas del siglo XX. Efectivamente, las recomendaciones de la Unión Europea a través de sus directrices sobre la Nueva Salud Pública para Europa y las prioridades establecidas por la OMS – Región Europea en sus objetivos para el Siglo XXI sitúan la atención a los problemas de salud de los jóvenes en un marco de atención preferente. Estas líneas de nuestro entorno europeo se ven respaldadas a nivel nacional por asociaciones profesionales como la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública, y la Asociación Española de Pediatría, por citar algunos ejemplos, en sus informes de salud respectivos. La inquietud es recogida y desarrollada también por distintas iniciativas de planificación autonómica en la elaboración de los planes de salud y se encuentra asumida por el Consejo Interterritorial como órgano integrador de las políticas de salud del estado español en su documento "Ganar Salud con los Jóvenes".

Ya antes, Andalucía, desde la década de los 90, inició la elaboración de un programa que documentó de forma sistemática la problemática de salud de los jóvenes y que concluyó en el Plan de Atención a los Problemas de Salud de los Jóvenes en Andalucía.

Por tanto, desde el sector salud se viene siguiendo específicamente la evolución del colectivo comprendido entre las edades 15-24 y 25-34 años (jóvenes y adultos jóvenes respectivamente), especialmente en los últimos años, para situar un punto de referencia del nivel de salud de estas personas y observar su evolución.

La fórmula empleada en este seguimiento parte del análisis de ciertos indicadores, lo que nos ha permitido detectar una serie de problemas específicos que les afectan de forma preferente, para después plantear un conjunto de estrategias y actividades a desarrollar, a fin de minimizar estos problemas, además de indicarnos en que espacios estructurar las respuestas eficaces. Para ello, se sigue un esquema de planificación que responde a las siguientes preguntas:

- A. ¿Cuántos y quienes son?
- B. ¿Dónde están?
- C. ¿Qué problemas tienen?

Para posteriormente elaborar una respuesta:

- ¿En qué espacios?
- ¿Con qué contenidos?
- ¿Con qué organización?

Es fácil comprender que las respuestas a estas preguntas no son definitivas ni concluyentes, que están sometidas a una amplia diversidad y que varían con el tiempo. No obstante es necesario partir de una fotografía inicial de la situación.

1.1. ¿Cuántos y quiénes son?

No está de más clarificar desde el principio las edades con las que estamos trabajando y lo haremos asumiendo, para su comparación, los grupos etáreos epidemiológicos habituales; jóvenes y adultos jóvenes, a la vez que se incorporan las peculiaridades de la adolescencia definida por la OMS (primera y segunda adolescencia),

- 10-14 años, primera adolescencia.
- 15-18 años, segunda adolescencia.
- 15-24 años, jóvenes.
- 25-34 años, adultos jóvenes.



Escogemos estas edades, aunque parezca un punto de partida amplio, porque es necesario analizar lo que ocurre en términos de consecuencias (morbimortalidad y problemas de salud) en edades superiores, derivadas de comportamientos en edades más tempranas, como iremos comprobando en repetidas ocasiones y según el problema de que se trate.

Respecto a **¿cuántos son?**, hemos de hacer dos consideraciones, hoy fundamentales, en las políticas de salud en juventud:

La primera de carácter exclusivamente cuantitativo y temporal, de forma que la España que ha emprendido la entrada en el siglo XXI lo hace con una generación de jóvenes que actualmente tiene entre 15 y 30 años (por lo tanto nacieron a partir de los años 70), que constituyen más de la cuarta parte de la población y que, si tomamos como referencia el intervalo amplio (10-34 años), llegan a aproximarse a un tercio del total de los habitantes de Andalucía, lo cual no sólo es un valor de futuro, como se suele decir y proyectar, sino que constituye un colectivo con valor en sí mismo y en el presente, con el derecho propio a incidir en la vida social actual –no sólo en la futura- y, por lo tanto, con plenos derechos en el presente.

La segunda, de perfil más estratégico, se refiere a aquellos grupos de edad que tienen un valor añadido en la intervención, refiriéndonos a aquel tramo donde ésta es más rentable. Si bien, como analizaremos más adelante, los riesgos se acumulan en las edades juveniles, la preparación para afrontarlos con una mejor respuesta y con los mejores instrumentos ha de hacerse en la edad inmediatamente anterior. Aunque esta preparación se consigue naturalmente a lo largo del proceso educativo desde pequeño, es, sobre todo, los 10 a 14 años la etapa de especial definición de las conductas y evidentemente la última oportunidad para la adquisición de información que configure una mejor respuesta a las situaciones de riesgo. Además este mismo grupo requiere en la actualidad una atención inmediata hacia determinados hábitos como el tabáquico, consumo de alcohol, etc.

De este modo, cualquier intervención y refuerzo en este tramo de edad adquiere un valor estratégico de suma preferencia y prioridad. Como decimos de otra forma se complementan las estrategias curriculares, desde pequeño, con las de oportunidad, para los adolescentes.



Por otra parte, se comprueba que los grupos de jóvenes y adultos jóvenes presentan una tendencia decreciente en relación a su peso relativo en el global de la población andaluza, como se observa en las proyecciones correspondientes a los años 2001 (32,7%) y 2006 (30,1%). En cualquier caso, nos estamos refiriendo siempre a más de un tercio del conjunto de la población, constatando, además, que estamos tratando con los escalones poblacionales más anchos de la pirámide, es decir, los grupos de edad más numerosos.

1.2 ¿Dónde están?

Respecto a **¿Dónde están?**, la respuesta abarca dos aspectos diferentes:

Desde una descripción de la situación física y geográfica, observando dónde se concentra la población juvenil. En este sentido, indicar que en Andalucía los habitantes de estas edades actualmente se distribuyen según el siguiente esquema aproximado:

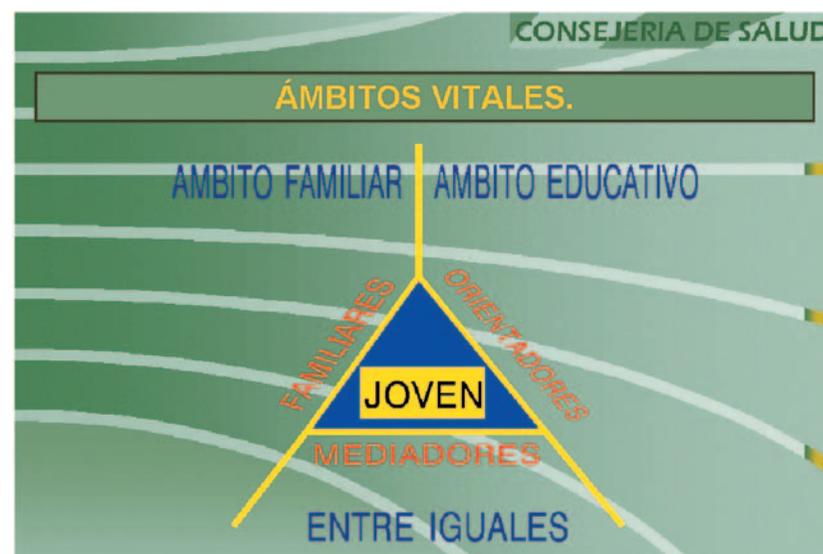
- Un 25% en las grandes capitales >250.000 habitantes.
- Un 25% en municipios de 50 - 250.000 habitantes.
- Un 25% en municipios de 10 - 50.000 habitantes.
- Un 10% en municipios entre 5.000 y 10.000 y
- Un 15% en menos de 5.000.



Aunque esta distribución puede resultar poco clarificadora, geográficamente pueden identificarse tres realidades de características similares respecto a situaciones de más o menos riesgo:

- La concentración urbana de las capitales más los pueblos dormitorio del cinturón, que se comportan como áreas metropolitanas. Esta realidad se ve también reflejada en algunos núcleos costeros que se han constituido en puntos de atracción de población joven, alrededor de la diversión, en épocas estivales, con riesgos comunes o acumulación de las mismas conductas de riesgo. Esta situación afecta al 50% de la juventud.
- Los municipios de ubicación periférica de producción esencialmente agrícola con una población entre 50 y 100.000 habitantes, que constituyen las llamadas "agrocidades" (aproximadamente 30%) y que comparten unos riesgos comunes, al parecer más controlados, según se puede constatar a través de la distribución geográfica de la morbimortalidad de los últimos años.
- La realidad rural, que comprende esencialmente a municipios menores de 10.000 habitantes, que no estén en la órbita de una capital, (20%).

En cuanto a una descripción de los espacios en donde se desenvuelven, nos valemos de otro esquema para comprobar que el adolescente distribuye su tiempo entre el ámbito familiar, el educativo y el ocio con sus iguales preferentemente en la calle. Analizaremos cada uno de estos espacios teniendo en cuenta que, como fondo social de todos ellos, se encuentra una sociedad de consumo y de culto a la imagen, con poderosas influencias de los medios de comunicación.



1.2.1 El Espacio Familiar.

La familia condiciona, que duda cabe, la vida del niño, del adolescente y del joven, desde el nivel socio-cultural de los padres, el grado de instrucción y la profesión y, por lo tanto, el nivel de ingresos. Las relaciones allí establecidas y el nivel de comunicación intrafamiliar determinan, sin duda, en un cierto porcentaje, las conductas que mantienen los jóvenes,

Los estudios en nuestro entorno manifiestan que de un 70 a un 90% de los jóvenes españoles tienen una vida familiar satisfactoria y se encuentran en sus casas felices y confiados. Afirman aprender en su seno los valores básicos de convivencia, confianza, personalidad, afectividad y los más pragmáticos de programación del futuro y administración de recursos escasos.

La influencia directa que la familia tiene sobre el joven se relativiza progresivamente y está siempre sujeta al grado de comunicación establecido de mutuo acuerdo, guardando siempre relación directa con la fuerza de determinación de los otros espacios. Otras cuestiones son la tendencia a prolongar la estancia en el espacio familiar, y la falta de proyecto independiente, aun cuando se tuviera autonomía de recursos. De aquí también se deriva la falta de proyecto de pareja autónoma y, por lo tanto, también de descendencia. Todos estos temas se tratarán más detenidamente a lo largo de la guía.

1.2.2 El Espacio Educativo.

En general, la valoración que los jóvenes hacen del sistema educativo es favorable, más positiva si se reside en un núcleo urbano. En cambio, el nivel de abandono y fracaso escolar se sabe que es elevado, la respuesta casi siempre es muy compleja y muchas veces relacionada con apreciaciones poco consistentes: "no sirve para estudiar", "esto no es lo mío", etc. ...

Las expectativas de trabajo, no muy favorables, parece que influyen en la estimación de la utilidad de lo que se aprende. Una cuarta parte considera que su aprendizaje no está conectado con su realidad.

Por otro lado, la influencia de la información aprendida en los centros docentes sobre las conductas no siempre es automática; antes al contrario, la misma condición de joven relativiza la credibilidad en la aplicación real de lo aprendido. Bien conocidos al respecto son los reiterados llamamientos a la práctica del sexo seguro, o la conflictiva relación entre alcohol y otras drogas, con la conclusión de que no terminan por penetrar en la respuesta al riesgo que elaboran los jóvenes. Una cosa es conocer y otra muy distinta es aplicarlo a la vida cotidiana.

1.2.3 El Espacio de Ocio entre iguales.

La relación con los amigos es, sin duda, el espacio más capaz de influir en conductas que afectan sobre todo a las formas de diversión, de vestir, de comer. Este nivel de influencia está relacionado con la edad, la presión del grupo en la adolescencia es más intensa... Estos encuentros entre jóvenes suelen producirse en espacios abiertos y las relaciones que allí se establecen son múltiples y polivalentes. En ellos, la comunicación, por lo tanto, está garantizada.

En definitiva, aunque el vector familiar y el educativo son importantes, cada vez adquiere más influencia el grupo de "sus iguales" para determinar la conducta elegida. Sin duda, la relación con los amigos es el espacio con mayor capacidad para influir en conductas que afectan a la forma de diversión, del vestir, del comer, del transporte, etc.

Esta influencia entre los iguales ha de tenerse en cuenta tanto como factor de potenciación de los riesgos, para lo que habrá que neutralizar la presión del grupo, y como oportunidad a aprovechar en sentido positivo, cuando la comunicación de joven a joven toca aspectos favorables a la salud.

Es evidente que los mensajes que se generen en cada espacio (familiar, educativo, entre iguales) se reforzarán si son coherentes o entrarán en conflicto si son contradictorios. Por todo ello la permeabilidad, es decir, el aumento de contactos de unos espacios con otros, por ejemplo entre padres y profesores, favorecerá determinados comportamientos y neutralizará más fácilmente las conductas negativas, así como la transmisión de la información a través de los mismos jóvenes como mediadores.

1.3. ¿Qué problemas tienen?

Respecto a **¿Qué problemas tienen?**, aunque nos estamos refiriendo al colectivo de jóvenes en general, es evidente que los problemas no afectan a todos por igual. Una característica precisamente de este colectivo, como hemos comentado, es su diversidad de situaciones y de comportamientos,

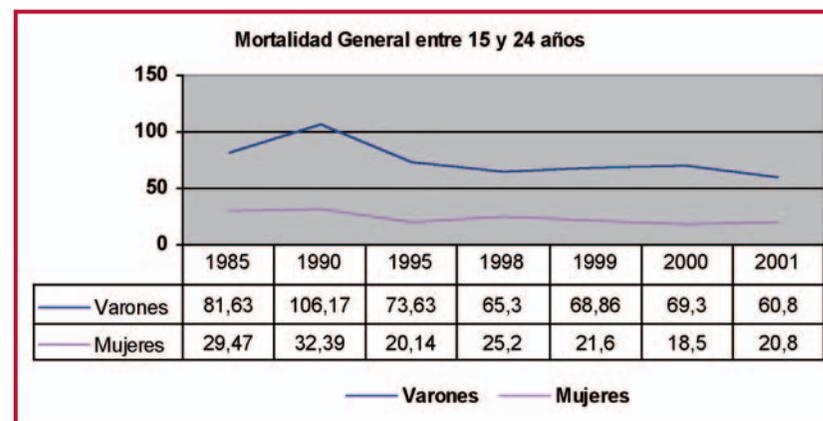


por lo tanto, el riesgo y la segmentación (identificar grupos con más posibilidades de deterioro de su salud) tienen en él un valor especial, un doble valor. Así, aunque afloren unos problemas y unas tasas de morbimortalidad determinados, debajo, sumergida, se encuentra una realidad socioeconómica y socioafectiva desfavorable. Por otro lado, hay que tener en cuenta también que en el grupo de jóvenes, los riesgos se "socializan", esto es, que una ancha banda de la población juvenil puede presentar la misma conducta en situaciones de riesgo, independientemente de su historia familiar o curriculum escolar.

El análisis del nivel de salud de los jóvenes se hará en función de concretar las causas de muerte y las que provocan enfermedad (morbimortalidad). Se completa con el análisis de su evolución. Además, se incorporan

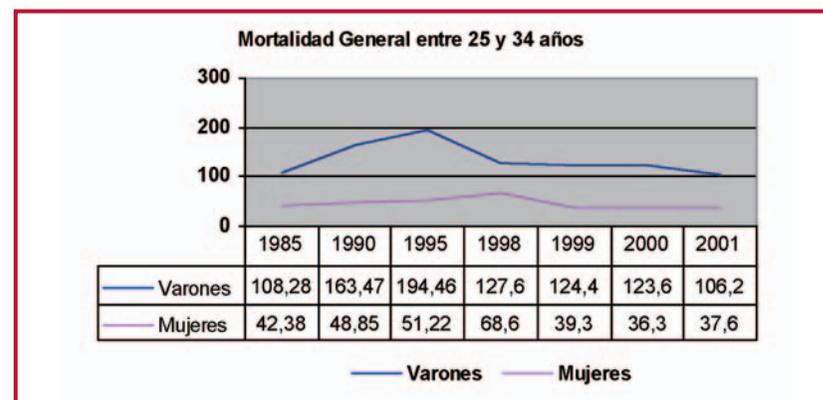
otros indicadores más cualitativos referidos a actitudes frente a problemas específicos como la sexualidad y el SIDA y los obtenidos de la encuesta de salud de Andalucía para el año 1999.

La mortalidad en jóvenes ha seguido en los últimos quince años del siglo XX una tendencia prácticamente constante en la que sobresalen dos fenómenos importantes: la diferencia de género en ambos intervalos de edad (jóvenes y adultos jóvenes) y la tendencia constante para ambos grupos de edad y sexo en los últimos años (1996-2001). Hemos de comentar que la mortalidad a estas edades es claramente inferior con respecto a otras superiores, no obstante, si adquiere un peso relativo, si la relacionamos con los años potenciales de vida perdidos.



Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía. IEA. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

Estos datos, nos refuerzan la necesidad de seguir prestando una atención preferente a estos colectivos.



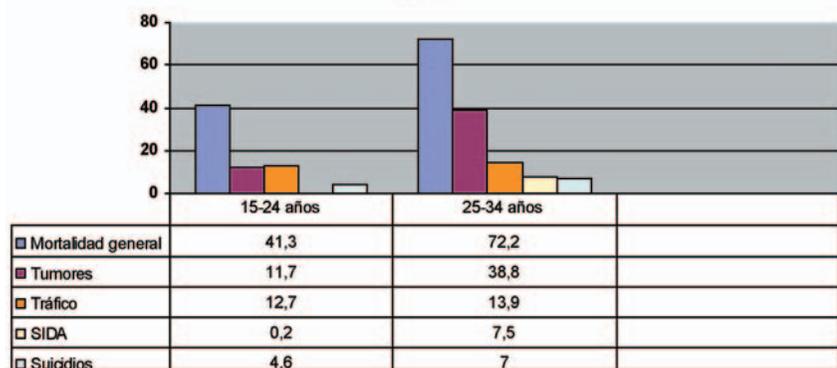
Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía. IEA. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

Los últimos datos de mortalidad publicados por el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA), pertenecientes al año 2001, reflejan la siguiente realidad en cuanto a causas de muerte:

- En términos generales y para ambos grupos de edad, la mortalidad es netamente superior en varones, más del doble en el grupo de 15 a 24 años y de 25 a 34 años, si exceptuamos los tumores. Esta diferenciación entre géneros se da evidentemente en las causas relacionales y no en las que el determinante es entre otros la genética.

- Aunque cuantitativamente, como hemos comentado antes, el número de fallecimientos es pequeño, la primera causa para el grupo de 15 a 24 años en ambos sexos es siempre Accidentes de Tráfico, seguida por tumores y por el suicidio, en cambio en el grupo de 25 a 34 la primera causa es tumores, con una preponderancia importante sobre las siguientes, que son en primer lugar tráfico y a distancia se sitúan el SIDA y los suicidios en este grupo como cuarta causa.
- Pensemos que el SIDA se constituye como caso de enfermedad o causa de muerte, en edades posteriores al contagio. Dicho de otra forma, aunque aparece como causa de muerte entre los 25 a 34 años, la enfermedad probablemente se haya contraído en una etapa anterior.

Tasa de mortalidad general, tráfico, SIDA, suicidios, por grupos de edad. 2001
Infoiea.



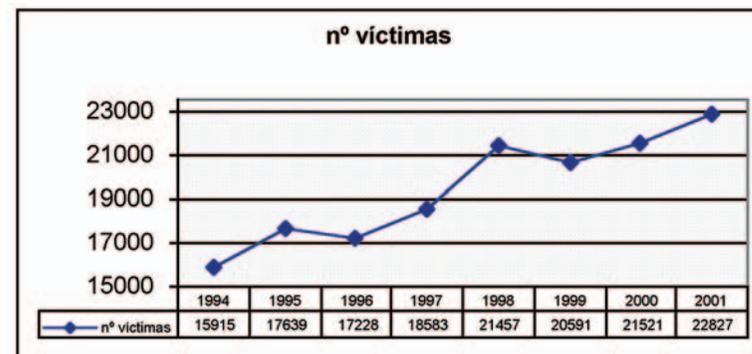
Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía. I.E.A. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

- En términos generales, la mortalidad nos está informando de un bloque de causas incidentes a estas edades que tienen que ver con lo relacional y cuya reducción se encuentra en estrategias que implican a distintos sectores. Y otra causa, tumores, cuya expectativa de reducción a medio plazo está relacionada con el progreso tecnológico y la investigación genética.

1.3.1 Pasamos ahora a analizar las causas relacionales, comenzando por los accidentes de tráfico.

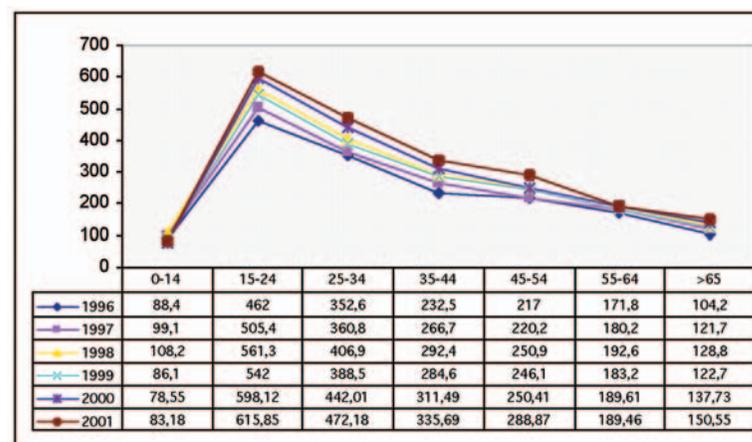
Aunque la mortalidad por accidentes de tráfico está estabilizada en Andalucía, se puede observar en el cuadro siguiente, el aumento progresivo y constante del número de víctimas involucradas en el accidente, de todas las edades, desde el año 1994 al 2001 (de un 16,8% globalmente), exceptuando un ligero descenso en el año 1999

Evolución víctimas de tráfico. Andalucía. 1994-2001



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

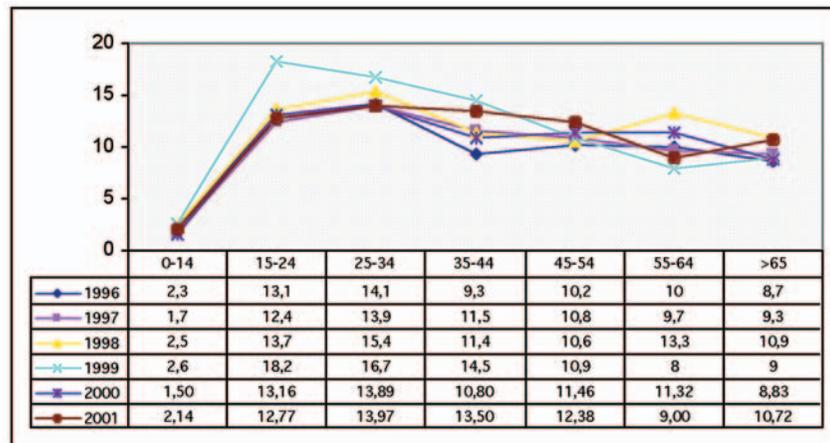
Tasas por 100000 hab. víctimas de tráfico por edad 1996-2001



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

Estas víctimas son claramente más numerosas en el grupo de 15 a 24 años, seguidas por el de 25 a 34, situándose a distancia los restantes grupos de edad, en una curva consolidada a lo largo de los últimos años, en la que vuelve a apreciarse el incremento en los grupos de jóvenes antes aludidos.

Tasas por 100000 hab de mortalidad por accidente de tráfico por grupos de edad. Andalucía 1996-2001

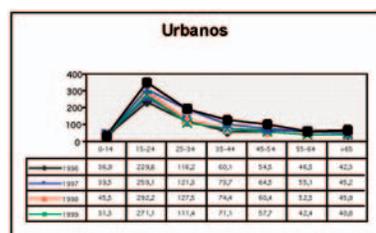


Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

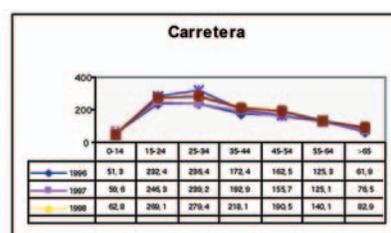
En cuanto a la mortalidad la curva cambia, existía un ligero predominio hasta el año 1998, en el grupo de 25 a 34 años, que en 1999 se ha desplazado hacia las edades de entre 15 a 24 años. A partir del año 2000 se inicia un descenso en la mortalidad en ambos grupos.

Cuando se analizan otras variables como la situación vial (urbanos y carretera) y el tipo de vehículo (ligero y de dos ruedas), y se correlacionan entre sí, aparecen dos modelos de accidentalidad, uno correspondiente a las ya comentadas situaciones urbanas y metropolitanas, en el que las víctimas se concentran en el grupo de 15 a 24 años, en vehículos de dos ruedas y con menor mortalidad; y otro correspondiente a la carretera, en el que las víctimas se distribuyen más uniformemente entre ambos grupos, con mayor implicación de vehículos ligeros (turismos) y con una mortalidad superior. Estas dos realidades determinarán, lógicamente, dos formas distintas de enfocar la prevención.

Tasas por 100.000 víctimas de tráfico urbano.1996-2001



Tasas por 100.000 Víctimas de tráfico carretera 1996-2001

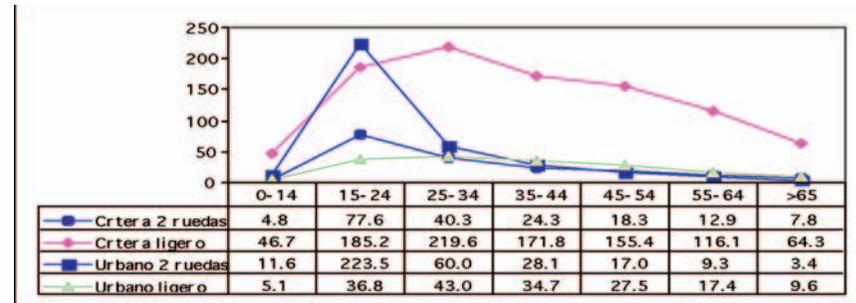


Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

En las víctimas de accidentes urbanos, el grupo de 15 a 24, de forma constante y creciente en el año 2001, se mantiene siempre en primer lugar.

En cambio, es el grupo de 25 a 34 el que, desde el año 1998, acumula mayor número de víctimas en los accidentes de carretera, seguido de cerca por el de 15 a 24 años.

Tasas por 100.000 hab. de víctimas de accidentes de tráfico en desplazamientos, según tipo de vehículo. 1999



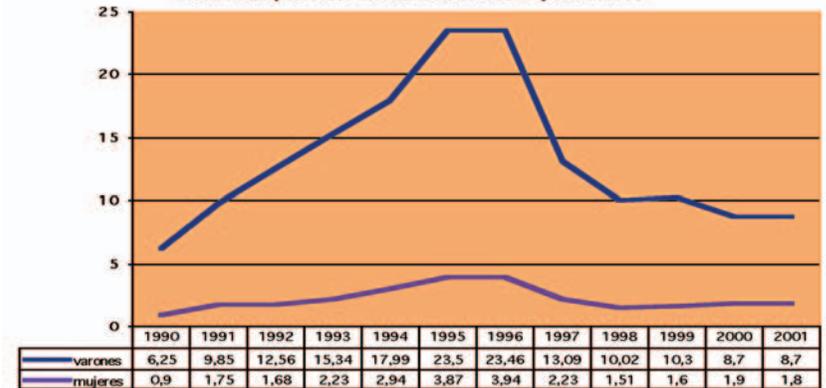
Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación

Como hemos comentado, estos datos nos permiten ir configurando un Perfil de la accidentalidad por tráfico cada vez más aproximado a la realidad en Andalucía:

1.3.2 Si examinamos ahora la infección por el VIH - SIDA.

Evidente el retroceso experimentado como causa de muerte y de enfermedad de este síndrome, pasando de ocupar el primer lugar en los años ochenta y principios de los noventa a prácticamente desaparecer del bloque de primeras causas en el grupo de jóvenes y como tercera causa en adultos jóvenes.

Mortalidad por SIDA en Andalucía. Tasas por 100.000



Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía. I.E.A. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud

Concretamente hasta el año 1995, el incremento es constante tanto para hombres como para mujeres. Aunque con notable diferencia con mas fallecimientos en los hombres. Pero lo más evidente es la caída que se produce a partir de 1996. ¿Porqué sucede así?.

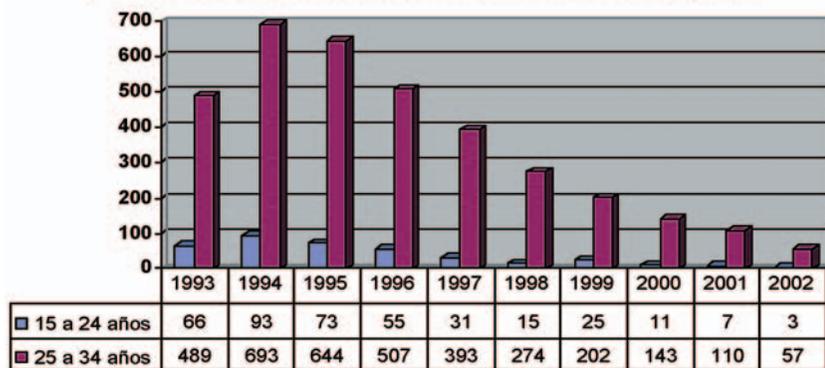
Es obvio que a nivel sanitario, el trabajo de los profesionales y los servicios, así como los tratamientos han convertido una enfermedad que era mortal en un proceso crónico, contribuyendo además al control de su transmisión.

Ahora bien, el esfuerzo decisivo realizado en promoción y prevención ha incidido directamente en la espectacular reducción de nuevos casos, habiendo conseguido además el consenso y la intervención conjunta a nivel social de asociaciones, actores, deportistas, medios de comunicación...que han hecho posible que la "vacuna de la prevención", haya tenido un impacto decisivo en la reducción de esta enfermedad en nuestro entorno.

Esta lección que nos da el SIDA, tan evidente como importante a nivel estratégico, habla de la potencia que la promoción de la salud tiene cuando concita los intereses de toda la sociedad y que es especialmente aplicable para la vivencia de los riesgos desde el mundo juvenil.

A propósito y según muestran los datos del Registro Andaluz de Casos, la epidemiología de la enfermedad vuelve a evidenciar el predominio de la infección en varones (relación de 5/1 respecto a las mujeres en los adultos jóvenes). Por otro lado, puede apreciarse en el segundo gráfico el peso de la enfermedad en los más jóvenes durante los años 90, que se va desplazando al intervalo de edad de 25/34 años.. además de la notable reducción del número de casos en estos grupos de edad desde 1994 hasta la actualidad.

Casos declarados de SIDA por grupos de edad 1993-2002



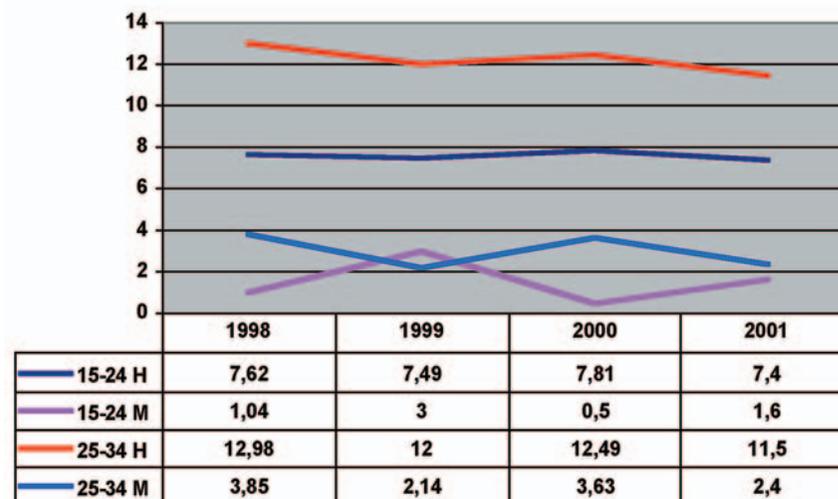
Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

Volvemos a insistir que este desplazamiento progresivo a edades adultas, se da en la situación de caso y en la mortalidad por SIDA, naturalmente la infección se sigue contrayendo fundamentalmente a edades más tempranas, por lo que los jóvenes siguen constituyendo un grupo de atención preferente respecto a la prevención. Las vías de contagio a tener en cuenta en estos tramos de edad, siguen siendo la derivada del uso de drogas por vía parenteral, que aunque en franca reducción, mantiene aún el más alto porcentaje en nuestro entorno y, la derivada de las prácticas de riesgo sin protección en las relaciones sexuales, con lo que las chicas, son un elemento esencial a la hora de estructurar estrategias de prevención en jóvenes.

1.3.3 Analizamos ahora los suicidios, como otra de las causas destacadas de la mortalidad en esta edad.

Lo primero que llama la atención es como el suicidio se convierte en estas edades en una de las grandes causas de muerte. Recordemos que en la tabla de mortalidad ocupa el tercer y el cuarto lugar respecto a jóvenes y adultos jóvenes.

Evolución de las tasas de mortalidad por suicidios y grupos de edad en Andalucía 1998-2001.



Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía. I.E.A. Elaboración: Servicio de programas. Dirección general de Salud Pública y Participación Consejería de Salud.

Si examinamos las tasas no podemos extraer una tendencia definida; solamente confirmar la diferencia de género propia de la mortalidad en estas edades.

1.3.4 Además de analizar las causas de muerte nos introducimos en el análisis de la morbilidad, es decir de las enfermedades y los problemas de salud. Comenzamos con las relaciones afectivosexuales

Para saber lo que está ocurriendo y poder llegar a conclusiones utilizamos los registros de que disponemos de interrupciones voluntarias del embarazo, el más reciente de uso de la postcoital y aquellos estudios cualitativos sobre las actitudes de los jóvenes andaluces ante las relaciones sexuales y el SIDA, con el apoyo de la experiencia de algunos servicios, como son las consultas de planificación familiar y los informes de los teléfonos del SIDA y de Sexualidad.

Los embarazos en la adolescencia, aunque cuantitativamente no representan un gran volumen en el conjunto de las mujeres fértiles, son causa de preocupación social por las repercusiones que un hijo a estas edades pueda tener en la trayectoria de vida de las adolescentes afectadas. En los países desarrollados, pese a la difusión y accesibilidad de los modernos métodos anticonceptivos, todavía la mayor parte de los embarazos en adolescentes son no deseados (en España se cifra en 32.000 el número de embarazos no deseados, en un año, en menores de 20 años).

Si observamos la evolución de las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), respecto a las edades en los últimos años nos damos cuenta en primer lugar que tienen una tendencia creciente, aunque comparada con los países de nuestro entorno es más baja. Si analizamos detenidamente la evolución, el grupo de 20 a 24 años, se destaca en una primera posición con una tasa de más de 11 IVE por mil mujeres en el último año registrado 2001.

EVOLUCIÓN DE TASAS DE I.V.E. PARA ANDALUCÍA 1991-2001 POR GRUPO DE EDAD



* Datos provisionales.
Para 1991-2000 Población proporcionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
Para 2001 Población proporcionada por el Instituto de Estadística de Andalucía

Sin embargo si nos detenemos en seguir la evolución del grupo de 15 a 19 años, vemos que parte en quinto lugar en el año 1991 y que se sitúa en el 2001 en un segundo lugar compartido con 30-34 años. Esta situación refleja la progresión de los IVE en el tramo de edad de 15 a 19 años.

2. TASAS BRUTAS DE IVE PARA ANDALUCÍA Y PROVINCIAS 1991- 2001

TASAS DE I.V.E. POR 1.000 MUJERES ANDALUZAS DE 15 A 44 AÑOS.

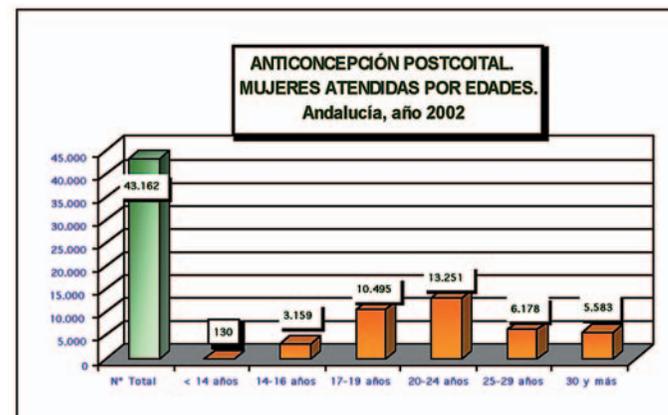
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
Andalucía	2,65	2,96	3,82	4,76	4,55	4,42	4,63	5,10	5,44	6,14	6,73
Almería	3,57	4,38	4,94	6,22	6,27	6,32	8,49	8,23	7,61	10,07	11,32
Cádiz	2,10	1,56	2,49	4,39	4,53	4,76	4,25	4,57	4,50	4,11	4,96
Córdoba	2,67	4,28	4,35	5,35	4,65	3,00	2,52	3,13	3,96	4,43	4,72
Granada	4,02	4,86	5,75	6,96	7,01	7,46	8,42	8,12	7,51	7,59	8,83
Huelva	2,72	3,18	5,10	3,22	3,73	3,27	2,78	3,51	3,75	5,26	6,31
Jaén	1,84	2,13	2,32	3,11	2,90	3,15	3,24	3,49	3,82	4,32	3,94
Málaga	3,95	5,03	5,18	6,42	6,37	5,64	6,71	7,75	8,04	9,62	10,22
Sevilla	1,45	0,81	2,52	3,13	2,39	2,75	2,51	3,13	4,30	4,90	5,19

* Datos provisionales.
Para 1991-2000 Población proporcionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
Para 2001 Población proporcionada por el Instituto de Estadística de Andalucía

De 1999 a 2000 se produce un aumento en la tasa de IVE general de Andalucía de 5,44 pasamos a 6,14, este aumento se vuelve a producir en el año 2001, pasando la tasa a 6,73 (dato provisional). Como se puede apreciar en la tabla, del 2000 al 2001 todas las provincias han presentado un aumento de la tasa de IVE; al igual que ha ocurrido en el conjunto del Estado.

La información proporcionada por el Sistema de Registro de IVES de Andalucía nos ayuda a comprender la dimensión real del problema poniendo el acento sobre la incidencia en las edades más jóvenes y el elevado índice de repeticiones en las mismas mujeres. Finalmente, y siempre según la misma fuente, parece que el nivel de instrucción no determina diferencias.

Igualmente al consultar el registro del uso de la poscoital 2002 se vuelve a confirmar que el grupo 14-19 en este caso supera ligeramente al grupo de 20-24.



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Elaboración: Servicio de Programas. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

La encuesta de fecundidad del año 1999, sobre utilización de métodos anticonceptivos, subraya otra vez que en el grupo de 15 a 19 años, el 80% no usa un método eficaz en sus relaciones sexuales, frente al 40% en el grupo de 20-24 y el 20% en el siguiente grupo.

Parece que todo coincide en señalar que el grupo de edad diana para mejorar las relaciones sexuales en términos de seguridad es el de 15 a 19 años por el avance progresivo de las IVE y su índice de repetición, el uso de la anticoncepción de emergencia y la baja eficacia en el uso de un método adecuado en relación con otros grupos.

Distribución de mujeres según la edad actual y la utilización de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida
Población: Colectivo total de mujeres entre 15 y 49 años (Cifras relativas)

Edad actual	Utilización de métodos anticonceptivos		
	No ha utilizado ningún método	Ha utilizado algún método eficaz ¹	Ha utilizado algún método ineficaz, pero ninguno eficaz ²
Total	28,05	70,48	1,47
15 a 19	79,93	20,07	-
20 a 24	41,30	58,27	0,44
25 a 29	21,68	77,48	0,83
30 a 34	11,18	87,57	1,24
35 a 39	12,39	86,39	1,21
40 a 44	12,68	84,35	2,97
45 a 49	20,96	74,85	4,19

Fuente: Encuesta de Fecundidad 1999. INE

¹ Píldora, DIU, diafragma, tapón, esponja vaginal, abstinencia, preservativo, condón femenino, inyección, píldora del día siguiente, ligadura de trompas, vasectomía

² Ritmo y temperatura basal, coitus interruptus, lavado vaginal, cremas anticonceptivas, lactancia prolongada, otros métodos

1.3.5 El consumo de tabaco, alcohol y otras adicciones.

En cuanto al consumo de tabaco, resaltar que en el grupo de edad de 16 a 20 años ya fuman diariamente el 39,5%, con lo que queda claro que la intervención debe realizarse en edades más tempranas

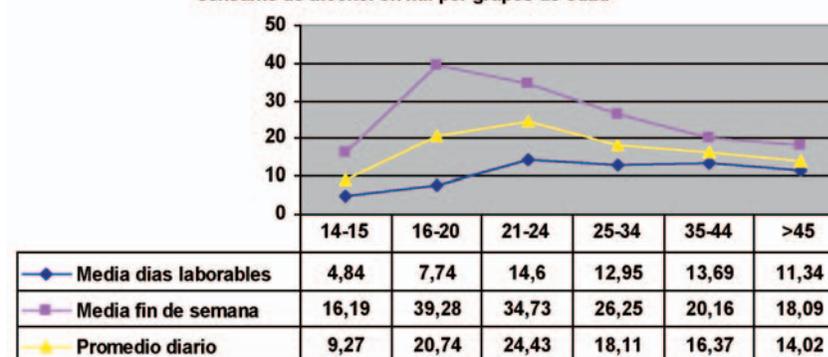
Porcentajes de consumo de tabaco, según género y grupo de edad.

	Genero			Edad						
	Total	H	M	12-13	14-15	16-20	21-24	25-34	35-44	45 >
Fuman	49.7	40.7	58.4	94.3	72.7	47.1	38.9	42.9	32.5	55.4
Nunca	13.3	15.4	7.6	0.9	2.7	4.0	5.1	10.1	14.2	16.7
No ahora	5.6	5.8	5.3	2.8	11.8	9.4	10.2	7.0	5.6	2.3
Ocasionalmente	33.2	38.0	28.8	1.9	12.7	39.5	45.8	40.8	47.8	25.6
Diariamente										

Fuente: "Los Andaluces ante las drogas VII" Comisionado para la drogadicción. Consejería de Asuntos Sociales

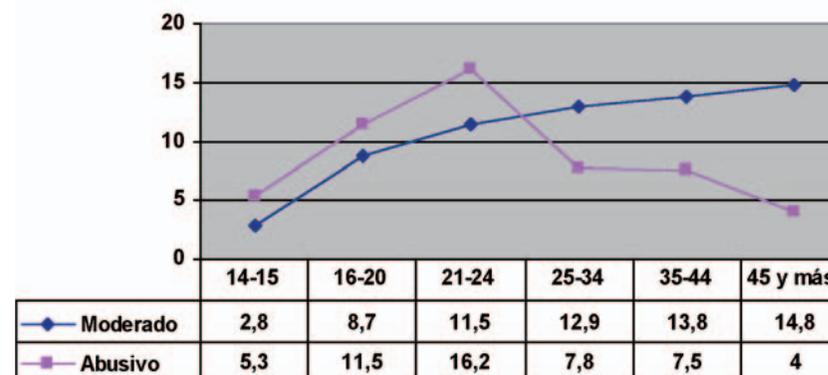
En relación al consumo de alcohol, mientras que en la población general se observa un paulatino descenso de los usos más abusivos, entre los jóvenes se dan unos patrones de consumo abusivo, especialmente los fines de semana. Así, las máximas prevalencias de bebedores abusivos se alcanzan entre los varones de 21 a 24 años (16,2%) y de 25 a 34 (7,8%), duplicando la tasa general de bebedores abusivos, cifra en el 6,5%, de todos varones. (Datos extraídos del VII Informe Los Andaluces ante la drogas.2001)

Consumo de alcohol en ml. por grupos de edad



Fuente: "Los Andaluces ante las drogas VII" Comisionado para la drogadicción. Consejería de Asuntos Sociales 2001.

Porcentaje del tipo de bebedor según la edad



Fuente: "Los Andaluces ante las drogas VII" Comisionado para la drogadicción. Consejería de Asuntos Sociales.2001

Es por esto que muchas de las instituciones en el ámbito internacional (Conferencia de Estocolmo, febrero de 2001) y de los servicios específicos en el campo de la atención a la drogodependencia (Comisionados para las

Drogodependencias) sitúan como prioridad indiscutible en este momento el problema del alcohol en los jóvenes.

Las características que pueden diferenciar el consumo de alcohol a estas edades, se definen a continuación:

La motivación esencial que se persigue es alcanzar, en el tiempo más breve posible, un nivel de alcoholemia que produzca una desinhibición que facilite las relaciones.

Esto conduce a un patrón abusivo y compulsivo del consumo, que después es necesario mantener durante el resto de la noche.

El marco del consumo y, por lo tanto, de las relaciones se establece en espacios de encuentro más o menos masificados (movida) y en horarios nocturnos del fin de semana.

Las relaciones así establecidas están directamente influenciadas por un alto consumo de alcohol, por lo que se amplían los riesgos y se compromete la calidad de la relación.

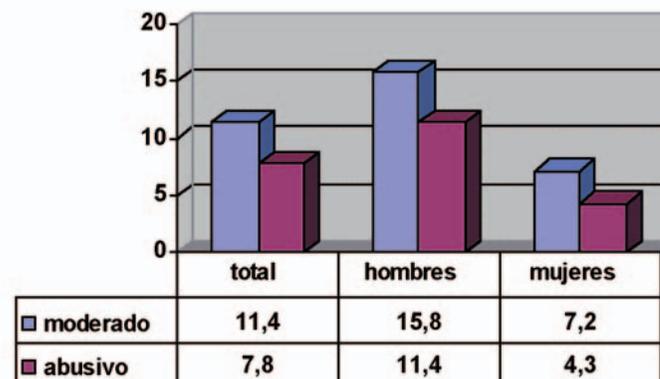
Aparecen así una serie de situaciones de riesgo y consecuencias de hecho que provocan problemas de los que ya hemos hablado, como son los accidentes de tráfico, la violencia entre iguales, los embarazos no deseados y las disfunciones en las relaciones sexuales.

El alcohol, en principio, refuerza la desigualdad de género tradicional en las relaciones, aunque también puede provocar un cambio de roles; la chica, en estos casos, puede tomar iniciativas agresivas, con lo que se incrementa la banda de situaciones de riesgo.

Al repetirse cada fin de semana estos comportamientos, se favorecen las condiciones y se incrementan los riesgos para el establecimiento de hábitos alcohólicos.

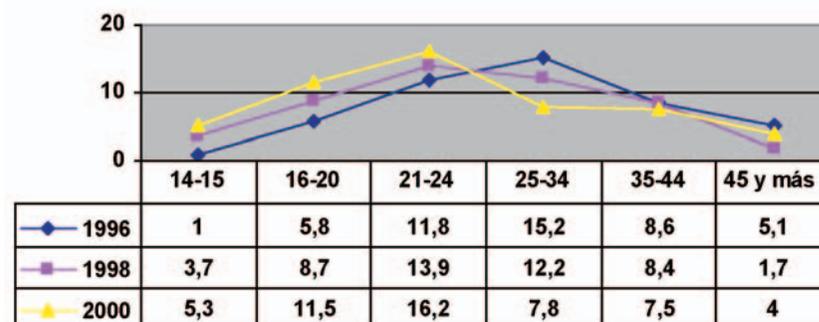
Los datos reflejan como existe un desplazamiento en los últimos años hacia edades más jóvenes de los bebedores abusivos, que se concentran ahora en el intervalo entre 16-24 años.

Porcentaje del tipo de bebedor según sexo



Fuente: "Los Andaluces ante las drogas VII" Comisionado para la drogadicción. Consejería de Asuntos Sociales.

Porcentaje de bebedores abusivos según edad



Fuente: "Los Andaluces ante las drogas VII" Comisionado para la drogadicción. Consejería de Asuntos Sociales.2001

Según la última publicación de la Consejería de Asuntos Sociales " Los Jóvenes Andaluces ante las drogas y adicciones 2002"; un 45,6% del total de los jóvenes andaluces, unos 887.000, consumieron tabaco diario y/o alcohol abusivo, y/o cannabis, cocaína, éxtasis, heroína (en los últimos seis meses). De ellos un 29,6% usó una sola sustancia, mientras que un 16% consumió dos o más. Este último grupo sería el de los policonsumidores, que en términos absolutos serían unos 311.000 (de ellos un 52%, unos 100.000 consumirían tres o más sustancias)

Si bien no puede hablarse de estas asociaciones como un fenómeno de escalada, sí es evidente que existe un síndrome predominante que comparten determinados jóvenes, que están iniciando un consumo múltiple, que puede conducir a problemas de mayor entidad. Esta situación

de iniciados coloca en primer lugar, en este momento, la necesidad de dar una respuesta a estos jóvenes que se están iniciando en las adicciones, con la que se pueda identificar los problemas y desarrollar estrategias de prevención secundaria.

Según la publicación de la Consejería de Asuntos Sociales, anteriormente citada, en los jóvenes andaluces los factores de riesgo más influyentes en los consumos de drogas y en el juego, serían las situaciones problemáticas en su familia y las situaciones de riesgo en su ámbito social.

El reto, no sólo está en acercar a los jóvenes asesorías en sus espacios, sino en que los servicios especializados de salud mental y/o atención a drogodependientes, se planteen la respuesta a estas situaciones (adaptación del segundo nivel de atención).

1.3.6 Área de conductas.

La afirmación de que la Salud mental debería ser un ámbito prioritario en las intervenciones destinadas a mejorar la salud de la población joven (Informe sobre la Salud de los Jóvenes en la Unión Europea. Bruselas 2000) se relaciona con aspectos que ya se han situado como preferentes y que tienen que ver directamente con el área de atención a la salud mental de los jóvenes:

La relación de la promoción y prevención con aspectos como la asertividad y la autoestima, tan decisivos para el desarrollo en la etapa adolescente y la capacidad para afrontar riesgos en la etapa juvenil y posteriores.

La preocupación por problemas de violencia entre jóvenes en espacios tan habituales como los educativos, deportivos, lúdicos y su orientación positiva en recobrar actitudes para la convivencia.

La sensibilidad social frente a temas como los trastornos alimentarios en general y la anorexia y bulimia en particular, que, si bien no constituyen desde la perspectiva epidemiológica un problema prevalente, (el informe europeo cifra una prevalencia para la anorexia del 1% y la buli-

mia del 1,5 al 2% entre jóvenes de 15 a 24 años), sí lo son desde el punto de vista relacional, madurativo y educativo.

La respuesta a situaciones que tienen que ver con hábitos: el alcohol como mediador de relaciones, síndromes de consumo múltiple, disfunciones sexuales.

La Unión Europea incide en que uno de cada diez jóvenes parece presentar síntomas de depresión, clínicamente reconocibles, el cinco por ciento tienen problemas con el consumo de sustancias adictivas y entre un uno y un dos por ciento padece trastornos de la alimentación.

Y sobre todo la importancia relativa del suicidio como causa de mortalidad en los grupos de 15-24 y 25-34 respectivamente, aunque aún no tan prevalente en nuestro entorno, aparece entre las primeras causas de mortalidad a estas edades, y en la que como en otras causas, también se aprecia la diferencia de género.

Todo ello sitúa a la Salud Mental como una de las áreas de trabajo a desarrollar en la atención a los problemas de salud de los jóvenes en Andalucía y, como se ha comentado, obliga a replantear los distintos niveles de atención. En este sentido, los equipos de salud mental de segundo nivel (ESMD) representan el apoyo técnico y el consejo a las asesorías de jóvenes, convirtiéndose en el referente local para este área.

Tres áreas de actuación preferente

Como conclusiones a este análisis, se puede afirmar que los problemas de salud de los jóvenes en los grupos de edad comprendidos entre 15-24 años y 25-34 años (jóvenes y adultos jóvenes respectivamente) son homologables con el resto del estado y similares en los países del sur de la Unión Europea y cuyo perfil puede esquematizarse en los puntos siguientes:

- Existe una tendencia mantenida de las tasas de mortalidad en ambos grupos de edad a partir de 1995.

- Las causas principales en el grupo de 15 a 24 años son tráfico, tumores y suicidios; de 25 a 34 años: tumores, tráfico, SIDA y suicidios.
- Desequilibrio respecto a la variable género, estando los varones, con diferencia, más afectados en todas las causas relacionales de mortalidad.
- En cambio, algunos problemas son exclusivos o más prevalentes en las jóvenes, como el embarazo no deseado, interrupciones voluntarias de embarazo y trastornos alimentarios.
- Muchos de estos problemas se derivan o están relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.
- Aunque la enfermedad o la muerte se produce en un intervalo de edad superior, la causa y los hábitos se adquieren en edades más tempranas, SIDA por ejemplo.
- Una característica importante es que las causas que motivan esta mortalidad son evitables, si nos referimos a las relacionadas con los hábitos de vida. En el caso de los tumores, como hemos comentado, las líneas de reducción están más condicionadas por los avances tecnológicos y genéticos.

Efectivamente, estos problemas son prevenibles si se mejora la respuesta a las situaciones de riesgo. Cuando hablamos de esta morbimortalidad evitable, no lo hacemos desde la óptica de lo sanitariamente evitable, ya que existe una vinculación entre los estilos de vida y las culturas vigentes en cada tramo de población. Por ello, la respuesta se concreta en estrategias de Salud Pública, conjuntamente con otros sectores, que pueden reducir estos problemas tanto desde su dimensión sanitaria como social.

Una vez pomenorizado el análisis de los problemas de salud más prevalentes que afectan a los jóvenes e identificados aquellos aspectos que precisan una atención preferente, se definen tres áreas de trabajo complementarias y relacionadas entre sí, aunque deben de ser diferenciadas para facilitar la organización de las tareas y estrategias de promoción, prevención y reducción de daños específicos.

Áreas de atención preferente

<p>Área afectivo-sexual: Relaciones satisfactorias. Prevención de riesgos. (Sida, embarazos no deseados) Eliminar comportamientos sexistas.</p>
<p>Área Adicciones: Alcohol, tabaco y otras adicciones. Accidentes de tráfico.</p>
<p>Área de salud mental: Autoestima, asertividad, convivencia. Trastornos alimentarios (Anorexia, bulimia). Suicidio, violencia entre iguales y de género.</p>

Como se aprecia, en cada una de las tres áreas se repite el mismo esquema de intervención, que tiene tres líneas de trabajo para la acción:

1. Se trabaja para evitar que el hecho ocurra, **Prevención Primaria**, en ocasiones con aquellos grupos de jóvenes que presentan más riesgos (jugando con fuego) **Prevención Secundaria**.
2. Cuando el problema está ya consolidado, aportar los cauces de derivación o instrumentos de solución. **Procurar la Asistencia**.
3. Sobre los problemas, situaciones y riesgos que competen a la salud de los jóvenes que hemos comprobado, aportar instrumentos para la vivencia sana, la seguridad y la satisfacción. **Promoción de la Salud**.

Estrategias válidas para intervención en jóvenes.

El resultado del análisis socio-epidemiológico de la situación de la salud de los jóvenes nos enfrenta a problemas prevalentes de Salud Pública que son vulnerables a niveles esencialmente de prevención y promoción, exigiendo una intervención intersectorial desde edades tempranas, que es cuando se adquieren los hábitos y comienza a construirse una vida autónoma y la identidad de género y la exclusión social son decisivas.

Además de esta intervención intersectorial que se desarrolla fundamentalmente a lo largo del proceso madurativo, es evidente que en la actualidad se precisa de una respuesta inmediata a los que ya son adolescentes, que reclaman instrumentos para manejar los riesgos propios de la edad juvenil. Por lo tanto, tendremos que combinar una respuesta, dilatada en el tiempo, de carácter curricular para poblaciones infantiles, con lo que hoy llamamos asesorías para adolescentes y jóvenes.

En cualquier caso, una planificación de Salud Pública exige contemplar como prioritario los recursos y los esfuerzos organizativos dedicados a estos sectores de edad: adolescente, joven y adulto joven..

Estamos ya, siguiendo el apartado que planteamos al inicio bajo el título **¿Qué está ocurriendo con los jóvenes?**, en el momento de elaborar una respuesta:

- **¿EN QUÉ ESPACIOS?**
- **¿CON QUÉ CONTENIDOS?**
- **¿CON QUÉ ORGANIZACIÓN?**

Ya en el momento actual, la atención a la salud, vistos los datos epidemiológicos, exige planteamientos actualizados y voluntades decididas basadas nuevamente en la evidencia de lo que ocurre. La OMS, a través del documento Salud Siglo 21 para Europa, y el Informe sobre la Salud de los Jóvenes en la Unión Europea así lo determinan y recomiendan a los países miembros, aunque ambas instituciones subrayan la importancia del nivel local y la participación de las asociaciones de los mismos jóvenes como mediadores.

Informe de Programas de Salud 1.998/99 .

- En un marco de descenso de la mortalidad general y de la mortalidad específica en todas las edades, la mortalidad correspondiente al intervalo 25-34 años (adultos jóvenes) se incrementa entre los años 1985-1995 y, como hemos comprobado, se mantiene desde entonces hasta hoy en ambos intervalos.

- Por otro lado, mientras la frecuentación de los servicios sanitarios se incrementa en todos los intervalos de edad, disminuye precisamente en los jóvenes y adultos jóvenes en la media nacional y andaluza.

Esta realidad nos conduce a considerar el tipo de asistencia (**promotiva y preventiva**) que deberemos ofertar desde los Servicios Sanitarios, y desde otras instituciones no sanitarias, pero implicadas en conformar una respuesta integrada hacia estos problemas.

Completar los aspectos de una mejor respuesta a los riesgos en estas edades exige de los servicios de salud –sobre todo a nivel de atención primaria- que conecten con otros sectores a nivel local, incluso con los propios jóvenes, para la aplicación de programas de promoción y prevención.

Desde una óptica de Salud Pública, a este nivel se han venido configurando estrategias validadas por su efectividad en distintas experiencias similares en países de nuestro entorno y que convergen en el interés de elaborar con los jóvenes una respuesta adecuada a los riesgos que ponen en peligro su salud:

- La superación de iniciativas aisladas y sectoriales por una **acción intersectorial** y coordinada en el marco de un plan integral para la atención ordenada a estos problemas.
- La **participación** de los jóvenes como un instrumento y un medio efectivo para conseguir los objetivos propuestos. Es un arma fundamental para incrementar la efectividad de lo que se planifique conjuntamente y sobre los principios de que se informa y se forma para la libre toma de decisiones y no para reducir esta facultad, a la vez que se resalta la fuerza de la idea de hacer compatible el ser joven y vivir como tal con ser saludable.
- Prestar una **atención especial** a los sectores de la población joven con mayor dificultad. Aunque el proyecto está dirigido a jóvenes en general, siempre deberá priorizar sus recursos a segmentos que presenten mayores situaciones de riesgos o desarrollen conductas que acrecienten el riesgo, teniendo también en cuenta que las situaciones de riesgo en los jóvenes se extienden en una banda

amplia de la población juvenil, muchas veces independientemente de la situación familiar y curricular, como ya se ha comentado en otras ocasiones.

- **Trabajar en habilidades y oportunidades.** No sólo basta con medir y transferir conocimientos; el proceso de formación en jóvenes ha de preocuparse por la aplicabilidad a la vida real de lo aprendido. Además, unir en un mismo tiempo planificación política y acción para transformar es especialmente importante en el trabajo con los jóvenes, por las necesidades inmediatas de cambio e integración crítica que este colectivo tiene.
- Las propuestas deberán seguir el principio de la **descentralización** y concretarse a **nivel local**, muy cercano al entorno individual y grupal de joven. Aunque los niveles de planificación son necesarios, deberían actuar más como catalizadores para la realización de las actividades desde el nivel local. Por lo tanto, la concreción de lo que desarrollan los niveles locales será una de las estrategias claves del Plan de Atención. De esta manera, los recursos concretos deberán orientarse a hacer efectivo el desarrollo de programas a nivel local.
- La **comunicación** a la sociedad de la situación real del problema. Es necesario no guiarse por impresiones, sensibilidades o intuiciones: hay que aclarar el peso real del problema y comunicarlo en su auténtica dimensión a la sociedad, a los interesados y a los protagonistas. Es ésta una estrategia básica para implicar en la solución real de los problemas de Salud Pública a la población directamente afectada. (concepto de promoción de salud).
- **Acercando la atención** a los espacios propios de los jóvenes. Las actividades deberán producirse a tres niveles: el asistencial propio de los servicios, que en estas poblaciones tienen en la mayoría de las ocasiones el carácter de asesorías, individuales o grupales; el preventivo, con atención preferente a situaciones de riesgo; y el de promoción, en dirección a la población y a los jóvenes en general.

- Una estrategia consolidada con una amplia capacidad de promoción y prevención son las **convocatorias de ayuda** para proyectos dirigidos a problemas prevalentes concretos, como la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes, prevención del SIDA en jóvenes... Los beneficiarios suelen ser las asociaciones y las corporaciones locales. con lo que se consigue implicar a los ciudadanos en la resolución de sus propios problemas.
- Otra de las estrategias con evidencia científica consiste en la mediación de los mismos jóvenes ante sus iguales, lo que exige la potenciación de cursos de **formación de mediadores** juveniles, realizados a través del Instituto y del Consejo de la Juventud. Es necesario destacar el impacto de esta estrategia en temas señalados como prevalentes: área afectivo sexual, prevención de accidentes de tráfico y trastornos alimentarios.
- **La cuestión de género, sombras y oportunidades.**- Procediendo de las diferencias biológicas a los chicos y a las chicas les son dados diferentes contextos para la acción social, lo que determina la percepción individual, la manera en que se trata al propio cuerpo y el desarrollo de la personalidad. La adopción de la perspectiva de género ofrece una oportunidad para que nuestras acciones sean mucho más efectivas. El género ha sido uno de los aspectos más significativos para la salud y también hay consideraciones específicas de género en el trabajo con jóvenes. Asumiendo que ha sido la herencia del modelo patriarcal el que ha venido configurando las actitudes en la etapa actual, también en jóvenes, con una notable desventaja para las mujeres, el avance en la evolución histórica de la mujer (movimiento feminista) en las últimas décadas está provocando casi un replanteamiento general radical en el posicionamiento de los géneros, las relaciones de igualdad y los proyectos de familia y descendencia. Estos avances afectan directamente al trabajo con jóvenes, por lo que es necesario actualizar y consensuar un discurso que analice los claroscuros de estas diferencias y permita buscar las oportunidades para proyectar, en un marco favorable para la salud de ambos géneros, una relación corresponsable de igual a igual, donde nos sirvamos de la diversidad para ser más efectivos, cara a dar respuesta a los problemas de salud a estas edades.

Las experiencias existentes en nuestro entorno sobre estas estrategias, como, por ejemplo, las **mesas intersectoriales** en trabajo con jóvenes, se vinculan a problemas concretos como SIDA y Tráfico, y, aunque son difíciles de constituir y mantener, cuando esto se consigue, son un instrumento de alta capacidad para dar respuestas concretas a problemas definidos. El nivel apropiado para su desarrollo es el provincial, sin perjuicio de que puedan reproducirse a otros niveles municipales o de áreas de servicios.

Realmente plantearse la respuesta a los problemas de salud de forma aislada carece de sentido. La salud debe ser un aspecto más, aunque importante, de las políticas de juventud; ello no excluye que, en determinadas etapas, sea el sector salud el que propicie la acción en planes más integrales. En cualquier caso, la **conexión directa** con el **Instituto de la Juventud** y las asociaciones juveniles a través del **Consejo de la Juventud**, son imprescindibles para su planificación y ejecución, ya que, de no ser así, el resultado obtenido sería bien distinto.

Ya se ha señalado la importancia de grupos con conductas de alto riesgo, y también la condición de joven asimilada a asumir un nivel de riesgo elevado de por sí. Esta situación nos obliga a la vez a concretar, evitando dispersiones, el **trabajo en áreas prioritarias** como las ya descritas (afectivo-sexual, alcohol-consecuencias y comportamentales). Por ello se insiste, en concentrar los esfuerzos, en reconducir conductas ante los riesgos más prevalentes.

Trabajar con jóvenes no es transmitir conocimientos; es, sobre todo, conseguir la habilidad de que se plasmen en conductas concretas y en el momento oportuno. Por ello se afirma que es preciso **trabajar en habilidades** y oportunidades. Al respecto, basta con pensar en la idoneidad del preservativo: ¿conocimiento/ uso, alcohol/ conducción...?

El tema de la comunicación a la sociedad y en concreto la comunicación con los jóvenes ha de replantearse de forma radical sobre la base de su propio lenguaje simbólico y debe de abarcar las metodologías de **campañas** y mensajes, sustituyendo los lenguajes e instrumentos mediáticos por aquellos que les son más frecuentes y naturales, como son los **eventos** musicales, deportivos, cinematográficos...

La experiencia en Andalucía ha llevado progresivamente al acercamiento a los espacios propios de los jóvenes y a articular en ellos la respuesta a los problemas de salud en forma de asesorías directas al joven, a la pareja, al grupo... Éste es el Forma Joven que se comprueba de mayor eficacia, aunque conlleve a ciertos replanteamientos en sectores como el educativo y el de salud que, para ello, deben compartir objetivos, espacio, y profesionales que lo lleven a cabo.

Con esta última aportación se pueden completar y relacionar las áreas de trabajo, en la práctica con una cartera de servicios.

CARTERA DE SERVICIOS	ÁREAS DE TRABAJO
<p><i>Atención y asesoría individual.</i> <i>Atención y asesoría en parejas.</i> <i>Asesoría grupal:</i> <i>Subprograma de mediadores</i></p>	<p>Área afectivo-sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones satisfactorias. • Prevención de riesgos. • Eliminar comportamientos sexistas
<p><i>Continuidad de atención en la familia.</i></p>	<p>Área Adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol, tabaco, otras. • Accidentes de tráfico.
<p><i>Asesoría grupal y colectiva.</i> <i>Subprogramas de mediadores.</i> <i>Conexión con AMPAS-Consejo Distrito.</i></p>	<p>Área de Conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. • Trastornos alimentarios • Violencia entre iguales y de género.

Forma Joven, una estrategia de acercamiento



...forma-ción...in-forma...en-forma...con-forma...forma-to...

Aún considerando que el colectivo joven es un grupo esencialmente sano y globalmente considerado como saludable, es cierto que en los últimos años, en los que se sigue pormenorizadamente la evolución de los datos por la D. G. de Salud Pública y Participación, hemos constatado un perfil de estos problemas en base a los indicadores de morbimortalidad.

Del conjunto de todas las estrategias que conforman la respuesta más eficaz a los problemas de salud de los jóvenes, que el análisis nos ha evidenciado, nace el Proyecto Forma Joven, que consiste en acercar a los espacios que frecuentan los jóvenes: educativos y centros juveniles, una información-formación, a nivel individual y colectivo, con la que se pretende mejorar la respuesta a los riesgos y hacer compatible diversión y salud.

Esta actividad se realiza por profesionales de los sectores de Salud y Educación con participación de los propios jóvenes con un objetivo central: Asesorar informando y formando, para hacer posible la elección de la conducta más favorable para la salud.

Se plantea como una respuesta centrada en los problemas de salud de los jóvenes, orientada a las áreas prioritarias y cartera de servicios que ya hemos comentado. Se oferta en los centros educativos o en espacios de

encuentro juvenil, como pueden ser los centros juveniles y otros similares a nivel municipal, con un horario específico que se concreta en cada centro (1, 2, 3 horas a la semana)

El Proyecto Forma Joven exige la constitución de un equipo de trabajo cuyo núcleo está formado por personal de salud y de educación, al que se añade la participación directa de los jóvenes a través de los denominados mediadores:

- Educación: Orientadores/as (Psicólogo/pedagogo) del Departamento de Orientación, y/o educador/a del Centro y/o componentes de Equipos de Orientación Educativa.
- Salud: Facultativo/a de la zona básica y/o Enfermería y/o Trabajador/a Social.
- Jóvenes: participación de un/a joven con perfil de mediador.

A nivel local se procura concretar el apoyo e implicación con estos equipos del Instituto de la Juventud, Instituto Andaluz de la Mujer, Consejo de la Juventud y los programas convergentes de los Ayuntamientos, a través de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias.

El Proyecto Forma Joven es pues un trabajo intersectorial que, compartiendo un espacio concreto de referencia para los jóvenes, constituye un equipo de profesionales procedentes de distintos sectores. En consecuencia, no es habilitar un espacio juvenil para que se pasen consultas de salud, sino que es ante todo la constitución de un equipo que es capaz de acercar a los jóvenes los instrumentos necesarios para afrontar los conflictos que tienen repercusiones directas en su salud.

4.1 Objeto y objetivos

Objeto: Mejorar la respuesta a los problemas de salud de adolescentes y jóvenes.

Objetivos Generales.

- Acercar la atención al espacio habitual de los jóvenes.

- Aportar instrumentos para afrontar los riesgos.
- Hacer compatible salud y diversión
- Asesorar informando y formando, para hacer posible la elección de la conducta más favorable.

Objetivos Específicos.

- Favorecer una política de anticoncepción efectiva, desde la perspectiva de la Salud Pública, en el área afectivo-sexual.
- Promover unas relaciones afectivosexuales seguras y satisfactorias
- Promover una conducta igualitaria entre géneros, introduciendo contenidos de educación en valores de convivencia
- Alertar sobre las consecuencias de las conductas mediadas por el alcohol, el tabaco y otras adicciones.
- Contribuir al descenso de los accidentes de tráfico.
- Detectar y encauzar los trastornos alimentarios.
- Favorecer la convivencia y propiciar un espacio de negociación de conflictos, como la violencia, incluida la de género.

Ideas básicas para la acción en el espacio Forma Joven:

- Respetar los derechos individuales, abandonando actitudes paternalistas.
- Dar prioridad a los problemas prevalentes.
- Articular intervenciones intersectoriales: educación y salud.
- Actuar en los espacios y tiempo propios de los adolescentes.
- Desarrollar asesorías individuales y grupales.

- Utilizar la estrategia de mediadores/as, dada la influencia de sus iguales.
- Sensibilizar a la opinión social, contando con la participación de los padres, madres, profesionales y sus organizaciones (AMPAS, Consejo, Asociaciones).
- Desarrollar una formación específica en estas áreas.
- Incluir la red Forma Joven en los Contratos-Programa.

4.2 Definición de Equipo y Punto Forma Joven

Equipo Forma Joven: Conjunto de profesionales constituido por sanitarios/as, orientadores/as, educadores/as y dinamizadores/as juveniles pertenecientes al sector Salud, Educación e Instituciones Juveniles, Ayuntamientos, asociaciones juveniles..., para trabajar, conforme a las líneas que marca el proyecto F J, en las tres áreas que se identifican: afectivo sexual, adicciones y salud mental.

Punto Forma Joven: Espacio con un tipo de asesoría integral, atendida por un EFJ, que requiere siempre la participación de profesionales sanitarios y, como mínimo, de los pertenecientes a uno de los otros sectores, para atender, de forma coordinada, al menos a dos de las tres áreas que se identifican en el proyecto F J.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Independientemente de los indicadores de morbimortalidad: tasa de embarazos en menores, interrupciones voluntarias de embarazo, tasas de accidentes de tráfico, incidencia y prevalencia de anorexia y bulimia, consumo de alcohol, drogas..., se controlará el seguimiento de los equipos de coordinación, nº de puntos de atención (Forma Joven), tipo de atención, etc, mediante los correspondientes indicadores, extraídos de los protocolos, fichas de seguimiento, etc.

1.- Indicadores de estructura:

Número de puntos de atención "Forma Joven": Mapa
 Registro de cada punto de atención: Ficha
 Formación de los/as profesionales

2.- Indicadores de proceso:

Cobertura de servicios (número y tipo de visitas).

Valoración de usuarios (análisis cualitativo: encuesta, entrevista...)

Alcance del Programa de Mediadores

3.- Indicadores de resultado:

Informe Anual de seguimiento y evolución de los problemas prevalentes de salud en los adolescentes.

Actualmente se está conformando un sistema de registro único y universal que ha de ser validado en los respectivos encuentros provinciales y autonómico. Será entonces cuando lo aportaremos en este apartado de forma definitiva.

El Proyecto Forma Joven como cauce de programas y recursos:

Ha quedado claro que el proyecto F J exige un trabajo en equipo con roles profesionales diferenciados que comparten un espacio común cercano a los jóvenes. Todo ello obliga a una redefinición conjunta e interdisciplinar de esos roles, construyendo y compartiendo un proyecto único. Los roles en las actividades han pues de repartirse y definirse en el marco del proyecto que proponemos y que aún permanece abierto. Otro de los aspectos es la incorporación de los/as jóvenes y dinamizadores juveniles al proyecto; no existe mucha tradición en nuestro trabajo, aunque la experiencia que ya tenemos nos dice que el proceso y el resultado son totalmente distintos cuando trabajamos con los jóvenes que cuando lo hacemos para los jóvenes.

El proyecto F J nace como un espacio donde pueden converger distintos programas. Con frecuencia nos quejamos de la dispersión y el "bombardeo", no ya de distintos programas a iniciativa de diferentes sectores de la administración pública autonómica y/o estatal, y/o europea, sino también de iniciativas de organizaciones privadas... El proyecto F J es precisamente un espacio intersectorial donde pueden encontrar cauces de desarrollo distintas iniciativas en un planificación más conjunta y racional.

Aunque la cartera de servicios del proyecto FJ es amplia, la actividad que primeramente se consolida es la asesoría. Ello no quiere decir que el proyecto se reduzca a esta actividad; antes al contrario, FJ presenta muchas opciones para su desarrollo, actividades como: la conexión con la comunidad educativa (Padres, familias, Ampas...), su conexión con otras asociaciones y otros colectivos implicados en la atención a los jóvenes (Jornadas, eventos, campañas...).

Desde su constitución el FJ aglutina y multiplica sus recursos al estar alimentado por diferentes sectores. Una expresión concreta es el módulo de materiales, que incluye en un mismo lote la producción de cada sector. Igualmente y a nivel local el programa presenta una potencialidad de recabar recursos por las conexiones que pueda establecer con la comunidad y el territorio donde se desarrolla.

Bibliografía:

1. "Actividad física y salud: guía para padres y madres". Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior. Madrid, 1999.
2. "Adolescencia y Salud: Jornada sobre la atención a la sexualidad en el adolescente". Reunions Científiques, Serie R nº 24. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 1998.
3. "Anuario Estadístico: Andalucía 2000". Instituto Estadístico de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Sevilla, 2001.
4. "Anuario Estadístico de la Dirección General de Tráfico". Ministerio del Interior, 1999.
5. Castillo Serrano C. "Guía de mediadores de salud: drogas". Consejo de la Juventud de Andalucía. Sevilla, 2000.
6. "V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción: libro de comunicaciones". Santander 21-24 de marzo de 2000.
7. "VII Congreso Estatal de Planificación Familiar: Ponencias y Comunicaciones". Cáceres, 21-23 de octubre de 1998.
8. "Controversias en planificación familiar. Otros aspectos de la maternidad y la paternidad". Eds: Asociación de mujeres Astarté y Enriqueta Barranco. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 1997.

9. Cuéllar Portero P. "Guía de mediadores de salud: sexualidad". Consejo de la Juventud de Andalucía. Sevilla, 2000.

10. Delgado M. "La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España. la influencia del aborto". *Revis ta Española de Investigaciones Sociológicas*. Nº 87, sep. 1999. Salud XVI: "Anorexia y bulimia". Documento de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

11. "Educación para la salud en enseñanza secundaria: Sida". D.G. de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia. 2ª Edición, 1997.

12. "Estadísticas Vitales: Evolución de la mortalidad en Andalucía de 1975 a 1997". Viceconsejería. Sevilla: Consejería de Salud, 1999.

13. "Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada, curso 1993/94". D.G. de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia, 1997.

14. "Evaluación de programas: salud materno-infantil, Andalucía 1984-1994". Serie de Monografías nº 16. EASP-Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Granada, 1995.

15. García Roca J. "Las constelaciones de los jóvenes. síntomas, oportunidades, eclipses". En: www.fespinal.com/espinal/castellano/visua/es62htm

16. García-Calvente M, Mon A. "Cinco simposios para el consenso". Serie de Monografías EASP Nº 9. EASP-Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Granada, 1995.

17. Glasier A. "Emergencias postcoital contracepción". *The New England Journal of Medicine*. Vol. 337-nº 15, oct. 1997. 1058 – 1063.

18. "Guía de salud infantil y del adolescente". Consejería de Salud. Sevilla, 1999.

19. "Guía de salud para jóvenes". D.G. de Salud. Consejería de Sanidad y Seguridad Social. Región de Murcia, 1997.

20. "Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes". Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, 1995.

21. Informe SESPAS 2000. "La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo". Eds: Alvarez Dardet C., Peiró S. Granada: EASP, 2000.

22. Informe SIAS 2. "Salud, infancia, adolescencia y sociedad". Sección de Pediatría Social. AEP. Sevilla, 1999.

23. "Informe sobre la salud de los jóvenes en la unión europea. Comisión de las Comunidades Europeas". Secc. (2000) 667. Bruselas, 2000.

24. "Interrupción voluntaria del embarazo". Andalucía, 1998-1999. Viceconsejería. Sevilla: Consejería de Salud, 2000.

25. "Jóvenes andaluces de los 90". D.G. de la Juventud. Escuela de Animación Sociocultural. Consejería de Asuntos Sociales, 1993.

26. "La infección por el VIH: guía práctica". Junta de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, 2000.
27. "Levonorgestrel for emergency contraception". WHO 1998; 12 (4): 223-4.
28. *Levonorgestrel y more effective, has fewer side effects, than Yuzpe regimen". Programme's Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. The Lancet, 352: 428-433, 1998.*
29. "Memoria estadística de la Consejería de Salud 1999". Viceconsejería. Sevilla: Consejería de Salud, 2000.
30. Navarro J, Gómez E. "Los andaluces ante las drogas". Comisionado para las Drogodependencias. Junta de Andalucía, 1999.
31. "Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios". Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior. Madrid, 2001.
32. Pérez de los Cobos J, Battle F, Etcheberrygaray A. "Alcoholismo y toxicomanías". Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Aula Médica Ediciones. Madrid, 1999.
33. "II Plan Andaluz de Salud". Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1999.
34. "Programa del adolescente: no te cortes ...". Ayuntamiento de Madrid, Área de Salud y Consumo. Madrid, 2000.
35. "Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes". Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1999.
36. "Salud 21, salud para todos en el siglo XXI". OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
37. "Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo". SAS-Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1993.
38. "Sexualidad y contracepción en la adolescencia. Un estudio cualitativo". SAS-Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1993.
39. Suárez Pinilla F. "Consulta joven en los institutos, una experiencia a compartir". Medicina de Familia (And.). vol. 1, nº 1. Junio, 2000.
40. Tejerizo LC, Lanchares JL. "Contracepción postcoital precoz y tardía". Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 17-nº 6, 1999. 157-164.
41. Toro J. "Psiquiatría de la adolescencia". Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Aula Médica Ediciones. Madrid, 1999

La implantación de las asesorías de Forma Joven en el espacio educativo

Carmen Ayuso y Teresa Varón

Introducción

Cualquier intervención que persiga la promoción de la salud y los estilos de vida saludables en distintos ámbitos sociales donde se generan las decisiones que directa o indirectamente inciden en la salud tiene que partir necesariamente de la comprensión de la realidad de dichos espacios sociales. Desde esta premisa las personas responsables y agentes que persigan implantar y desarrollar el Proyecto Forma Joven han de aproximarse al medio en el que se van a desenvolver, a sabiendas de que sin un conocimiento crítico de esta realidad estarán abocados al fracaso.

En el caso de Forma Joven, como sabemos, el escenario social son los centros educativos. Conocer, pues, sus dinámicas básicas nos dará claves de funcionamiento importantes; dotará de sentido las acciones que se desplieguen y nos ayudará a comprender la dimensión ecológica y social de la salud.

Forma Joven es un Programa de Promoción de la salud cuyas herramientas fundamentales son la Educación Para la Salud y la "Asesoría" para la información-formación. La educación para la salud en un centro docente no puede verse nunca como un proceso aislado, al margen de lo que son los procesos educativos básicos. Se inscribe, pues, dentro de la educación en valores y la formación del alumnado como ciudadanos y ciudadanas libres, críticos/as, responsables y solidarios/as.

El sistema educativo actual considera una educación integral la que contempla, entre otras cuestiones, la formación del alumnado para que sea capaz de tomar decisiones con libertad y de una forma razonada y entre

esas decisiones están las que van a tener consecuencias sobre su salud y la de los que los rodean.

Desde una opción de enseñanza de aprendizaje constructivista, que parte de las ideas previas para generar nuevos aprendizajes mediante la interacción con la realidad cultural del alumnado, contar con contenidos como los que pueden proporcionar centros de interés relativos a la educación para la Salud y con nuevos recursos que dinamicen los centros docentes es muy interesante.

En el momento actual existe un interés general de la población por la salud, más en las personas adultas que en la adolescencia y juventud por lo cual habría que dirigir los esfuerzos a que se asuma como una responsabilidad individual y colectiva en su protección y fomento.

El proyecto Forma Joven trata de fomentar que la juventud que asiste a los centros educativos sea más autónoma en el cuidado de su salud, favoreciendo tanto el autocuidado como la relación de ayuda, y, consecuentemente, que adopte estilos de vida más saludables y sea capaz de implicarse individual y colectivamente en la transformación del medio.

No es otra cosa que una educación de nuestros hábitos y costumbres a la hora de actuar y, bajo esta perspectiva, se puede considerar una propuesta de Educación Ética y Moral.

Se trata de una búsqueda de equilibrio entre libertad y responsabilidad.

El objetivo último que se pretende es un cambio en las actitudes, en los comportamientos de los adolescentes y jóvenes ante sus problemas de salud, de los cuales en muchas ocasiones no son conscientes, en las tres áreas prioritarias del proyecto: afectivo-sexual, comportamiento y adicciones.

Para propiciar este cambio de actitud, aprovechando el potencial educador de los centros docentes y el curriculum, es importante conocer el espacio educativo, contribuyendo con recursos humanos y materiales, ya que es uno de los escenarios donde se produce la socialización de las personas jóvenes.

Acercamiento al espacio educativo por parte de otros agentes y especialistas expertos (sanitarios/as, orientadores/as de zona...)

Los centros educativos son las instituciones encargadas de la Educación Formal y con ella, de la transmisión de los conocimientos y valores de la cultura en la que se han de insertar las personas.

Un centro educativo se puede estudiar desde muchas perspectivas. Nos adscribimos a la de escuela como un ecosistema social y humano. Este ecosistema está integrado por una población de profesorado, alumnado, padres, madres, expertos/as y representantes municipales que establecen una estructura relacional que posibilita la reconstrucción de la cultura y el conocimiento alcanzado por la sociedad (curriculum) poniéndose en comunicación e intercambio permanente con su medio.

Un proyecto de educación para la salud para desarrollar en el ámbito educativo, como es "Forma joven", ha de perseguir la implicación de todas las estancias educativas, incidiendo en el estilo educativo del centro; por otra parte el ecosistema del centro influirá en la concreción del programa.

Los centros educativos en las sociedades avanzadas absorben mayor cantidad de responsabilidades que antaño. Esta tendencia a acaparar funciones que antes ejercían otras agencias socializadoras, como la familia y la iglesia, son las que hacen que se hable de la escuela como una institución total. Su ámbito de influencia cubre desde la custodia, que sustituye la presencia materna, a la de aparcamiento, por la cada vez más tardía incorporación de los jóvenes al mundo del trabajo.

Este carácter multifuncional del centro educativo tiene unas funciones patentes o explícitas: socializar, instruir, orientar...; y otras latentes u ocultas, como son reproducir la cultura dominante o servir a los intereses de grupos de poder.

Una de las principales contradicciones del sistema educativo es el conflicto entre los intereses sociales y productivos de la realidad que envuelve

la escuela (dominio, supremacía,...) y el hacer que los sujetos que se están formando tengan una visión democrática, basada en el respeto a las libertades, a las individualidades y que haga crecer a las personas en todas sus dimensiones.

Si bien es cierto que esta dualidad opuesta existe en la escuela, no es menos cierto que existe una predisposición de gran parte del colectivo a crear otro tipo de valores, de creencias, de comportamientos diferentes de los que la sociedad pretende que sean prioritarios.

Se trata de potenciar la creación de una cultura formativa, transformadora y abierta a la comunidad, de un centro educativo en el que se proporcionen los instrumentos y estrategias para que la persona aprenda a pensar y a buscar con rigor un camino de indagación en colaboración con los demás. La verdadera Educación nos tiene que llevar a poder dar razones, a comprender los cuestionamientos, a asimilar de forma racional los mensajes y a favorecer los actos de conciencia sobre los mismos.

Pero el entendemos como personas, tanto en salud como en enfermedad, no es suficiente para atender nuestra salud. Necesitamos además entendernos y comprendernos en relación con el medio. En este sentido, los distintos ámbitos de trabajo del proyecto FORMA JOVEN nos posibilitan temas de reflexión a través de las distintas áreas que ofrece para impulsar ese conocimiento, ya sea en las sesiones de tutoría o bien en la inclusión de los contenidos que sean susceptibles de ello en las distintas materias, ya que partimos de un elemento que es clave para el desarrollo del currículo en los centros educativos de secundaria: el elevado nivel de motivación de los y las jóvenes hacia estos temas.

La cultura de cada institución escolar es fruto de la historia del propio centro, del equipo de docentes, del entorno que la rodea, y de lo que la comunidad educativa considera más valioso. Esta cultura se explicita en el Proyecto Educativo de Centro en el que se sintetizan las finalidades y actitudes educativas, las concepciones sobre la enseñanza, los procesos de aprendizaje,.....

En la actualidad en los centros educativos se está produciendo, en muchos casos, una dialéctica entre: mantener una cultura estática perpetuadora de los valores sociales predominantes, aunque no explícitos, y una cultura alternativa que persigue otro modelo de sociedad.

Las contradicciones entre lo teóricamente perseguido y la realidad práctica son frecuentes, manifestándose, por ejemplo, en la pretensión de que el alumnado sea crítico pero que acepte los valores socialmente establecidos, o en una educación individualizada que finalmente otorga a los sujetos certificaciones de rendimiento mediante evaluaciones competitivas.

La cultura de la institución escolar está relacionada con el concepto de clima de centro. Cuando se dice que el clima del centro es bueno, lo que se quiere destacar es esa idea de ecosistema como totalidad singular e irrepetible que ha conseguido un equilibrio estructural y funcional.

Conocer el clima de un centro, hacerse una idea sobre lo que lo identifica y le da personalidad es útil en la medida en que se dispone de pautas de comportamiento y actuación acordes con esa realidad en la que se actúa o se pretende actuar.

Una de las variables que influyen en la elección de centro es el tipo de clima o ambiente que tiene. El profesorado sabe que determinados ambientes o están muy alejados de su sensibilidad o son incompatibles con su perfil personal y profesional y se informará sobre convivencia, tradición pedagógica, el talante de la dirección, el tipo de conflictos y la forma habitual de encararlos, las relaciones con los padres, las madres y alumnado

El clima de un centro es aquel ambiente peculiar que le confiere un perfil característico y lo identifica ante propios y extraños.

Si entendemos el hecho educativo desde el enfoque de la comunicación, el "clima de centro" no es otra cosa que el resultado del proceso comunicativo que se desarrolla en cada centro escolar.

Lo que conforma el ambiente característico de los diferentes centros tiene que ver fundamentalmente con el tipo de relaciones profesionales, educativas, socioafectivas e incluso personales que mantienen entre sí profesorado, alumnado, padres y madres como triángulo básico de la comunidad educativa, que influye exactamente en la configuración de un marco de convivencia favorable al desarrollo de actividades educativas y a la resolución negociada de los conflictos. Es una verdadera cultura en tanto que comporta una forma de pensar, de sentir y actuar en relación con los otros, basada en el principio democrático de participación que parte de la base de que cualquier proyecto colectivo, y el proyecto educativo lo es, sólo es legítimo y viable en la medida en que es el fruto de la negociación y el consenso de todas las partes afectadas.

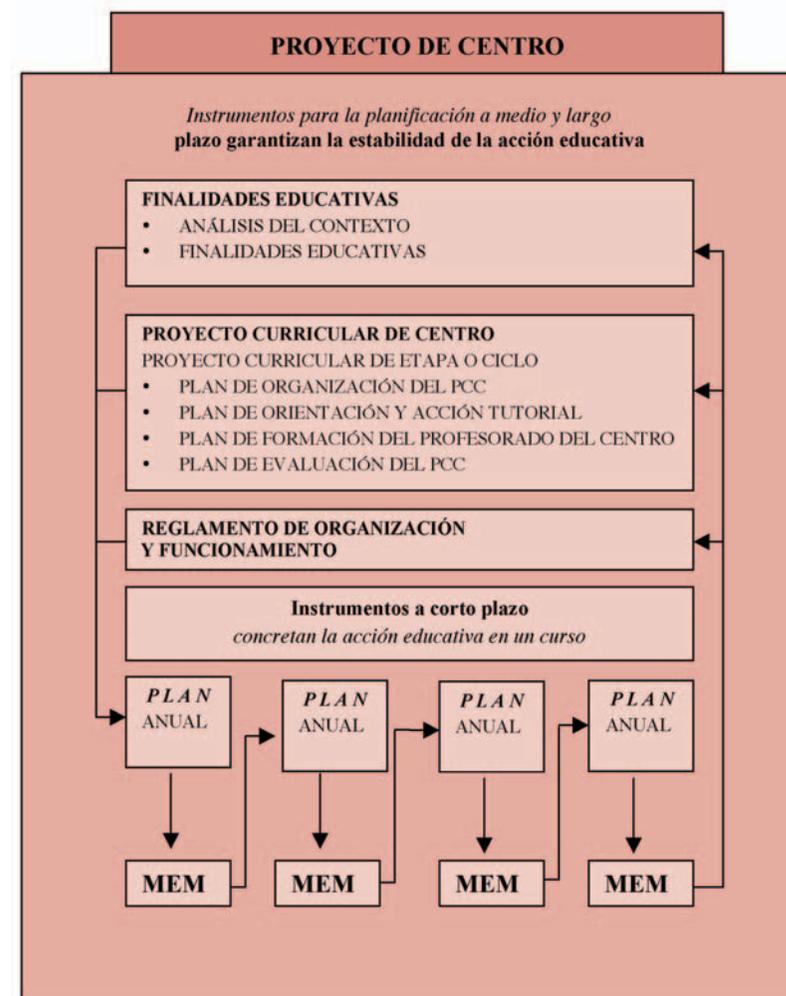
Unas relaciones de comunicación jerárquicas y excluyentes, basadas en el principio de autoridad, generan climas hostiles para el desenvolvimiento de la vida académica. Relaciones horizontales que se rigen por principios y métodos propios de la cultura de la participación crean ambientes favorables a la actividad educativa.

5.1. Los instrumentos programáticos de los centros docentes y el programa forma joven

5.1.1 El proyecto educativo de centro y la promoción de la salud

El proyecto de centro es un instrumento que nos posibilita la planificación de la vida del centro a medio y largo plazo. Se entiende la planificación como abrir un periodo reflexivo sobre el futuro del centro, partiendo de un diagnóstico de la situación en la cual nos encontramos. En esta planificación deben participar todos los integrantes de la comunidad socioeducativa. En este proyecto se recogen las notas de identidad y se establecen el marco de referencia global y los planteamientos educativos que distinguen y definen al centro docente.

El proyecto educativo de un centro saludable debe incluir referencias explícitas a la Educación para la Salud en todos los instrumentos que lo compone, QUE SON LOS SIGUIENTES:



Previamente a la elaboración del Proyecto Educativo de Centro habrá que realizar un análisis del contexto dónde se encuentra ubicado el centro, que, lógicamente, coincidirá con el contexto dónde se encuentra ubicado el centro de salud. En ese análisis se estudiará la realidad socioeconómica y cultural, el perfil del alumnado y la realidad interna del centro.

Es muy importante, en relación a la Promoción de la Salud, que, tras las oportunas deliberaciones y reflexiones por parte de las comisiones competentes, se incorporen al Proyecto de Centro las decisiones necesarias que hagan posible que los centros educativos sean promotores de salud. Ello supone la aceptación de una doble línea de actuación: por un lado atender al desarrollo de capacidades y adquisición de habilidades en el alumnado para influir en los factores determinantes de su salud; por otro, inter-

venir decididamente sobre el entorno para modificar los elementos que favorezcan o dificulten el desarrollo de estilos de vida saludables.

Particularizando en Forma Joven, es importante analizar el centro y su entorno desde la perspectiva de salud en las tres grandes áreas que desarrollará: drogodependencias, sexualidad y salud mental. Para ello se puede recurrir a la documentación e información que proporcionan las instituciones y organismos de la zona (ayuntamientos, centros de salud), de manera que se llegue a un mayor nivel de concreción que el que ofrecen los estudios epidemiológicos que se realizan para la comunidad autónoma o para la totalidad del estado.

Detectar los estilos de vida de la comunidad escolar en concreto nos ofrecerá un punto de partida sobre el que desarrollar un trabajo sólido:

- Hábitos alimentarios (grupos de alimentos y cantidad de los mismos que se consumen).
- Actitudes, hábitos y comportamientos en torno a la sexualidad.
- Hábitos higiénicos (adecuación de la vestimenta, aseo personal...)
- Consumo de drogas (alcohol, tabaco, medicamentos, drogas ilegales..)
- Empleo del tiempo de ocio (discotecas, bar, prácticas deportivas, televisión, tiempo para las tareas académicas...)
- Conductas relacionadas con los accidentes de tráfico (respeto a la señalización, uso del casco, conducción bajo los efectos de algún tóxico..)

5.1.2 La educación para la salud en las finalidades educativas.

Las finalidades educativas reflejan el posicionamiento del centro ante el hecho educativo. Son sus señas de identidad. Responden a las cuestiones referidas a quiénes somos y qué pretendemos y son elaboradas por el Consejo Escolar de Centro con la participación de una comisión representativa de los diferentes sectores educativos.

Dentro de las finalidades de un centro educativo que valore el potencial de temáticas como las que proporciona Forma Joven habrán de incluirse objetivos que hagan mención a la promoción de hábitos de vida saludables entre la población escolar. A tal efecto, habrán de tenerse en cuenta los resultados del análisis del contexto en que se mueven los alumnos y alumnas que hemos esbozado en el apartado anterior, de manera que se recojan las formulaciones encaminadas a paliar las carencias detectadas y las necesidades que se prioricen. Para ello, habrán de valorarse las problemáticas que se estimen en función de criterios claramente definidos y relacionarlos con los aprendizajes de la Educación para la Salud que ha de adquirir la población escolar en los distintos niveles educativos.

Pero todo esto quedaría en una mera declaración de intenciones si no se establecen las estrategias de intervención necesarias y se despliegan recursos a tal efecto. Las finalidades educativas deben ser aprobadas por el Consejo Escolar de Centro y servir realmente de guía al desarrollo del currículum.

A modo de ejemplo y en relación con las temáticas de Forma Joven, podrían formularse finalidades como las que enunciamos a continuación:

- Consideramos que la promoción de la salud individual y el cuidado del entorno son factores importantes para la adquisición de un estilo de vida saludable por parte de nuestro alumnado. Ello contribuirá a su desarrollo integral como persona, a la significatividad de los aprendizajes y a la motivación por las enseñanzas curriculares. Para conseguir ESTOS OBJETIVOS nos proponemos:
 - Sensibilizar a toda la comunidad educativa para propiciar actitudes y comportamientos afines a un modelo de escuela promotora de salud.
 - Fomentar el conocimiento y entendimiento del propio cuerpo, la manera de funcionar, el psiquismo.
 - Conocer los mecanismos fisiológicos y psicológicos básicos que nos permiten respirar, crecer, gozar, pensar, movernos, respirar, sentir, expresarnos, soñar, envejecer...
 - Integrar la educación sexual y de la afectividad como factores que contribuyen al equilibrio personal y la integración social.

- Proporcionar una educación sexual adecuada, que explícitamente contribuya a evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.
- Implementar la prevención de drogodependencias a través del desarrollo de los conceptos básicos en este ámbito y el tratamiento de los factores psicosociales más susceptibles de abordarse desde el currículo.
- Entrenar al alumnado en la toma de decisiones y resolución de conflictos mediante la puesta en práctica de la asertividad...
- Desplegar estrategias encaminadas a conseguir la colaboración de las familias en el desarrollo de los programas de Educación para la Salud y concretamente de Forma Joven.
- Alcanzar un buen nivel de coordinación con los servicios sanitarios de la zona para optimizar el trabajo conjunto CON MIRAS AL desarrollo de objetivos comunes a partir del trabajo intersectorial.

Para la consecución de las Finalidades Educativas se establecerá un Proyecto **Curricular**.

5.1.3 El proyecto curricular de centro. (P.C.C.)

El proyecto curricular de centro responde a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué se ha de enseñar?
- ¿Cuándo se ha de enseñar?
- ¿Cómo se ha de enseñar?
- ¿Qué se ha de evaluar?

En él se articulan otros instrumentos programáticos que, como hemos apuntado anteriormente, se relacionan para la consecución de las finalidades. Dichos instrumentos son: el Proyecto Curricular de Etapa o Ciclo, el Plan de Organización del P.C.C., el Plan de Orientación del Centro y el Plan de Evaluación del P.C.C.

Desde cada uno de ellos deberían abordarse los aspectos básicos de Forma Joven, en una secuencia coherente encaminada a mejorar los estilos de vida y la competencia curricular del alumnado.

La coordinación de su elaboración corre a cargo del Equipo Técnico de Coordinación pedagógica y cada uno de los departamentos elaborará el de su área correspondiente. Debe ser aprobado por el Claustro y el Consejo Escolar del Centro. A continuación, haremos una mención a los distintos elementos, por el marco que ofrecen a Forma Joven y su proyección.

El proyecto curricular de etapa o ciclo

La Educación Secundaria Obligatoria comprende una etapa educativa y dos ciclos. Desde su proyecto curricular podemos utilizar el gran potencial que ofrece el tratamiento de la educación sexual, la prevención de drogodependencias, la salud mental o la resolución de conflictos personales y sociales para la consecución de numerosos objetivos educativos normativos que componen los programas académicos.

En la Colección de Materiales Curriculares de la Junta de Andalucía se pueden encontrar suficientes orientaciones sobre formulación de objetivos, secuenciación de contenidos, inclusión en los currícula de las diferentes áreas, actividades, metodología y evaluación. Concretamente, el número 5 es monográfico sobre Educación Sexual y Prevención de Drogodependencias.

Los principios metodológicos que han de tenerse en cuenta en Educación para la Salud desde el modelo que hemos elegido, acorde con la normativa educativa vigente en Andalucía, son los que rigen el proceso de enseñanza aprendizaje desde una perspectiva constructivista:

- Partir de los conocimientos y concepciones previas sobre salud y enfermedad del alumnado y sus familias.
- Hacer evolucionar su concepción, promoviendo cambios desde la reflexión y la implicación en el propio proceso de enseñanza aprendizaje.
- Partir de preocupaciones y problemas reales de salud física, psíquica o social y plantear el aprendizaje como investigación de la persona y su medio social.

- Realizar aprendizajes funcionales, que puedan aplicarse a la vida cotidiana de los alumnos y alumnas y que tengan, a su vez, difusión en su medio familiar y social.
- Facilitar aprendizajes en interacción con iguales y adultos y darles protagonismo y autonomía.

El plan de organización del P.C.C.

Su objetivo es facilitar la labor educativa desde la consideración de la organización escolar como un elemento curricular. El plan de Organización del Proyecto Curricular puede ser de gran utilidad para el buen funcionamiento de la Asesoría Forma Joven pues se ocupa de las siguientes dimensiones:

Internas:

- Organización del espacio.
- Organización del tiempo.
- Organización de los agrupamientos.
- Organización de los equipos docentes.

Externas:

- La organización de las actividades extraescolares.
- La participación de las familias del alumnado.
- La relación con los servicios de apoyo externo.

La organización de los elementos enunciados podrá incidir en la configuración de un centro más saludable ,y en el caso que nos ocupa, podrá además dar cabida real a la Asesoría Forma Joven, considerando y programando el espacio y el tiempo en que el alumnado pueda ser atendido y acogiendo la relación con otros servicios de apoyo externo o la organización de actividades extraescolares relacionadas con las tres grandes áreas.

Si la organización es adecuada, consensuada e incluida en el Plan de Organización no se darán circunstancias indeseadas como, por ejemplo,

que la ausencia de un alumno/a o grupo de alumnado de su grupo clase porque está consultando en la asesoría haga saltar una falta de asistencia que pueda ser comunicada a la familia y romper la confidencialidad a la que el alumnado tiene derecho, o entrar en colisión con las prioridades y criterios de algún sector del profesorado.

El Plan de Orientación de Centro

Ofrece el marco más cómodo de actuación para el desarrollo del proyecto y puede proporcionar el primer punto de partida hasta que el resto de los instrumentos programáticos vayan teniendo en consideración sus objetivos.

Es otro elemento que coadyuva a la consecución de las Finalidades Educativas y especialmente al desarrollo de aspectos esenciales del proyecto curricular de Etapa. En él se integran el Plan de Acción Tutorial, la atención a los grupos de alumnado que presentan necesidades educativas especiales y el Plan de Orientación Profesional.

Concretamente, las tareas que se proponen para el desarrollo de la acción tutorial entran de lleno en las temáticas de Forma Joven. A modo de ilustración relacionamos las siguientes:

Con el alumnado:

- Facilitar la integración del alumno o la alumna en su grupo o clase.
- Ayudar a la mejora del autoconcepto y autoestima.
- Desarrollar programas de habilidades sociales.
- Fomentar hábitos higiénicos y dietéticos correctos.
- Orientar la ocupación del tiempo de ocio hacia actividades saludables.

Con el profesorado:

- Posibilitar líneas comunes de actuación.
- Coordinar el proceso evaluador de Forma Joven.

Con las familias:

- Informar (en coordinación y colaboración con los servicios sanitarios) a las familias de los aspectos relacionados con la educación y salud de sus hijos e hijas que se impulsen desde el programa.
- Implicarlas en el desarrollo de acciones de Educación para la Salud para que éstas tengan continuidad en los hogares.

Con otros servicios:

- Coordinar el desarrollo conjunto de actividades que se hayan planificado intersectorialmente.

El Plan de Formación del Profesorado del centro

Es el instrumento en el que el profesorado planifica y articula las actuaciones que considera necesarias respecto a su formación para la atención a las necesidades detectadas en el contexto del propio centro y para la elaboración y desarrollo de los proyectos curriculares.

Los profesores y profesoras son expertos en cuestiones educativas, didácticas, pedagogía...; es normal que no sean expertos en temas de salud. Sin embargo, determinadas circunstancias pueden aconsejar un mayor conocimiento en algunos temas sanitarios que, enfocados desde una perspectiva holística, les serán muy útiles también para la conexión con las áreas de conocimiento y experiencia y el propio desarrollo del currículo.

Los efectos perjudiciales de las drogas y los mecanismos de las dependencias, la sexualidad humana o la salud mental pueden constituir buenos ejemplos.

Pero el plan de formación, además de la adquisición de nuevos conocimientos, debe perfeccionar las estrategias para la inclusión y desarrollo curricular de esas temáticas, todo ello en un proceso continuo compartido con el equipo docente y los asesores y asesoras externos, que se irá modificando según las nuevas necesidades que se vayan detectando.

Entendemos que la escasa motivación hacia los aprendizajes académicos, la dificultad que encuentran los docentes para la formación en

general y la de hábitos en particular y los datos epidemiológicos que fundamentan Forma Joven son aspectos que justifican sobradamente la inclusión y tratamiento desde el Plan de Formación del Profesorado de estas temáticas.

Plan de evaluación del P.C.C.

El Plan de Evaluación es el elemento que contiene las decisiones sobre los criterios e instrumentos necesarios para recoger la información pertinente sobre el grado de adecuación y eficacia de cada uno de los elementos que lo componen Y PODER analizarla y valorarla en cada momento del proceso. Su finalidad es ir introduciendo los cambios y ajustes que sean oportunos en función de las finalidades propuestas para el desarrollo de la actividad del centro.

Respecto a la implantación de la asesoría Forma Joven y al desarrollo del programa en los centros educativos, debería incluir:

- Determinación de los aspectos prioritarios de las tres grandes áreas que van a ser objeto de evaluación.
- Explicitación de los problemas detectados en relación a las mismas.
- Formulación de los criterios de evaluación .

El equipo multidisciplinar e intersectorial Forma Joven podría dar forma a los aspectos relacionados con el programa para su inclusión en el plan, de acuerdo a las características particulares del ecosistema que conforma cada centro educativo. Podrían analizarse indicadores como:

- Tratamiento de la Educación para la Salud en las tutorías y en las áreas. Dificultades que se encuentran.
- Cambios experimentados. Resistencias o Avances más significativos a considerar.
- Efectividad de la coordinación entre miembros de las distintas instituciones implicadas.

5.1.4 El reglamento de organización y funcionamiento.

El Reglamento de Organización y Funcionamiento recoge las normas que regulan la vida del centro. Establece la estructura organizativa de una comunidad educativa dentro del marco jurídico vigente. Lo elabora una Comisión del Consejo Escolar y lo aprueba el Consejo Escolar del Centro.

Sin entrar en colisión con lo que venimos defendiendo, hemos de considerar que los centros, en general, son entramados sociales complejos y para conocerlos hay que introducirse en la estructura (conocer las relaciones de poder, ideas, intereses...), es decir, en lo que se llama cultura de la organización.

Los instrumentos programáticos a que nos hemos referido responden o han de responder a esa realidad. Pero hemos de tener en cuenta que, aunque se puede encontrar en ellos una información valiosa, hay que contrastarla con la objetivación etnográfica. Los procesos de cambio, los problemas, las disfunciones... sólo se producen cuando la comunidad toma conciencia de ellos y se pasa de una situación a su verbalización en un proceso de debate sobre las concepciones que tienen los sujetos que intervienen en el centro. Las concepciones hacen referencia a los valores, modelos de gestión etc.

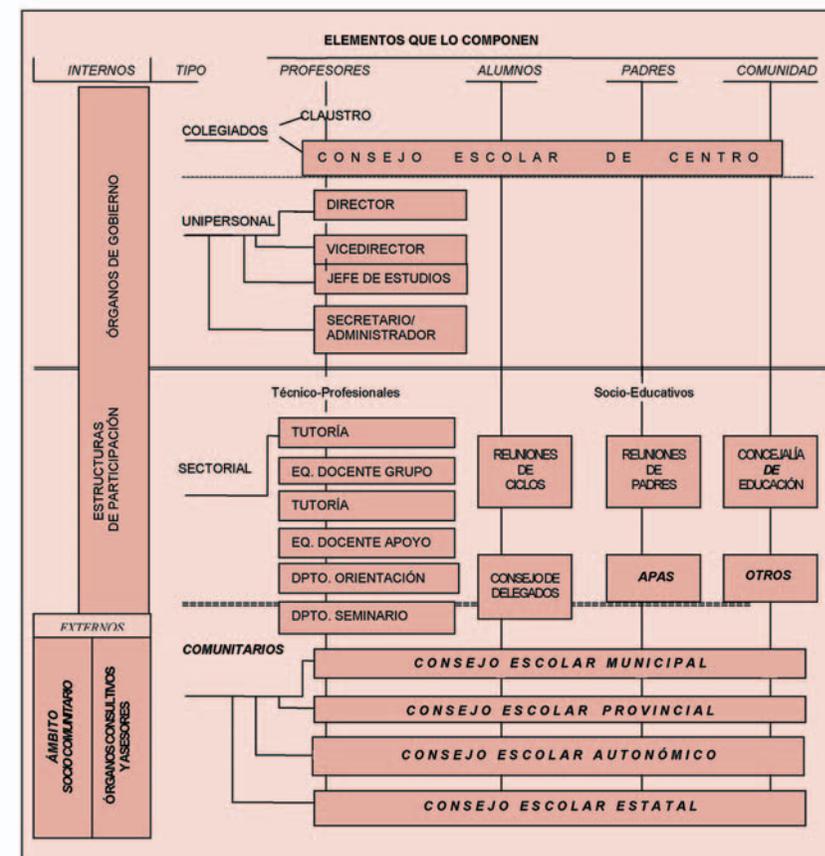
Solo a partir de esta verbalización y de los acuerdos que de la misma se extraigan se puede hablar de planificación y, consecuentemente, de proyecto de centro.

Es importante que la asesoría FORMA-JOVEN, llegue a formar parte del Proyecto Educativo de Centro y que, a demanda del Consejo Escolar del Centro, se dé la participación de los profesionales sanitarios en la vida del mismo. Esta demanda se realizará a las distintas Delegaciones Provinciales de Educación que, a su vez, se pondrán en contacto con las Delegaciones de Salud respectivas para ver las posibilidades reales que existen de implantación, dependiendo de la disponibilidad del personal sanitario.

En consecuencia con lo que venimos apuntando, la asesoría Forma Joven y las actuaciones que desde el proyecto se desarrollen en sus aspectos

organizativos han de contar con la organización misma del centro: consejo escolar, claustro de profesorado, equipo directivo, departamentos, seminarios, asociaciones de padres y madres y de alumnado.

ÓRGANOS DE GOBIERNO Y DE PARTICIPACIÓN DE LOS CENTROS EDUCATIVOS



Las funciones del equipo intersectorial podrían ser:

- Facilitar al profesorado recursos y apoyo para el tratamiento de las temáticas.
- Detectar necesidades y relacionarlas con el currículo.
- Proponer los aspectos básicos para incluirlos en las programaciones docentes.

5. 2. Algunas consideraciones sobre la salud en el espacio educativo

De la misma manera que nos estamos moviendo en una opción educativa determinada, que no entiende la Educación para la Salud (EpS) como una asignatura más ni como un sumatorio de actuaciones puntuales en relación a la misma, también partimos de una concepción determinada de Salud que parte, no de un estado abstracto o de un concepto que la identifica como carencia de enfermedad, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso básico para la "buena" vida cotidiana y no el objeto de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales y también las aptitudes físicas y psíquicas.

Este recurso (la salud) para la buena vida cotidiana no depende sólo y sobre todo del sistema sanitario e incluso educativo, sino que tiene que ver en gran medida con otros factores como son el aire que respiramos, lo que comemos y bebemos, la organización del territorio donde vivimos, cómo nos relacionamos con los demás, la imagen que tenemos de nosotros mismos, cómo nos autocuidamos, las decisiones que tomamos, etc..

Dentro de esta concepción se encuentra la promoción de la salud como proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud para mejorarla.

Para que la promoción de la salud sea eficaz tiene que producir cambios en los determinantes que están bajo el control del individuo y otros que están fuera del control de la persona.

Las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludable y crean "entornos" que apoyan la salud son elementos de una promoción de la salud eficaz.

La declaración de Yakarta (Indonesia.1997) identifica cinco prioridades para promocionar la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.

- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

El empoderamiento es el proceso por el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político, por el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Para realizar este empoderamiento del individuo, hay algunos escenarios que ofrecen más oportunidades de promover la salud de una manera eficaz, siendo la Educación para la Salud en el espacio educativo una herramienta básica para trabajar la Promoción de la Salud y la alfabetización sanitaria, definida ÉSTA como :

"Habilidades cognitivas y sociales que determinan la capacidad y la motivación de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla para promover y mantener una buena salud"

Para que la Promoción de la salud sea eficaz en los centros educativos habrá que tener en cuenta los recursos de que disponemos:

El currículo

En este apartado vamos a identificar el currículo con el programa que se imparte formalmente en las aulas.

La inserción de los temas transversales en el Proyecto Curricular y las correspondientes programaciones de aula no es tarea fácil. Existen distintas opciones y todas ellas requieren, como es obvio, conocimiento del currículo educativo en toda su dimensión y de los aspectos fundamentales de la transversal que se ha de implementar, en este caso los aspectos que recoge el proyecto Forma Joven.

Una propuesta de tratamiento podría ser que los ejes transversales, teniendo en cuenta las finalidades educativas, sean los únicos ejes que estructuran el currículo, quedando los otros contenidos científicos con carácter instrumental. Parece que no es fácil romper la estructura de contenidos disciplinares por áreas, pero no parece oportuno tampoco que las transversales, en esta ocasión, se conviertan en una disciplina más.

Otra posible opción sería la que respondiera al cuestionamiento de cómo organizar el curriculum en torno a núcleos de interés (a nivel de ciclo, centro o área...) para dar una funcionalidad moral y social a la educación.

Un centro educativo que se plantee una acción educativa en esta dimensión, sirva de ejemplo la EpS, puede partir de la organización disciplinar para intentar encajar los temas transversales en todas las áreas o bien partir de núcleos temáticos, como organizadores de la acción docente y, en torno a ellos, estructurar las tareas y contenidos conceptuales o instrumentales de las distintas áreas. No podemos olvidar el gran potencial que tienen las transversales para la consecución de contenidos procedimentales y actitudinales del currículo. Esta perspectiva ayudaría a que el Proyecto de Centro y el Proyecto Curricular, como apuntamos en el primer apartado, fueran el fruto de una reflexión colectiva del centro escolar con el tipo de educación que está ofreciendo y de su función en el entorno social y cultural en que está inmerso.

En cuanto a los contenidos actitudinales, resaltar que se aprovechará su enfatización sobre los aprendizajes y el potencial de explicitarlas conceptualmente. Al ser contenidos de un bloque temático, las actitudes tienden a convertirse en predisposiciones positivas a dichos contenidos, aportan proximidad socioafectiva garantizando aspectos tan importantes como la motivación, la significatividad de los aprendizajes y la modificación de conductas tanto individuales como colectivas o comunitarias.

Pueden llegar a ser propuestas de intervención sobre la realidad contribuyendo al desvelamiento de interacciones entre elementos sociales, biológicos y físicos.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que los temas ó ejes transversales tratan sobre cuestiones interesantes sobre las que puede incidir la institución escolar a la vez que desarrolla sus propios programas normativos.

Nuestra propuesta apunta a elegir, dentro de las áreas de trabajo de Forma Joven, una temática de acuerdo con el análisis del contexto de la realidad socioeconómica y cultural del entorno del centro e ir relacionando los aspectos mas relevantes de las demás temáticas y los demás ejes transversales.

La transversalidad curricular desde esta perspectiva trae consigo un planteamiento institucional de todo el centro sobre el tipo de educación que está ofreciendo y su función en el entorno cultural en que se encuentra:

El entorno físico: mobiliario, iluminación, edificio, diseño, áreas recreativas y deportivas, servicio de comedor etc.

El entorno psicosocial : Relaciones entre el profesorado y alumnado y entre el alumnado. También influye de la misma manera la cultura del centro educativo y su clima.

Los servicios sanitarios: médicos/as, enfermeros/as y trabajadores sociales, así como los equipos psicopedagógicos y de orientación.

Colaboraciones tanto formales e informales que existen entre el centro de enseñanza, los padres, el sector sanitario y la comunidad local.

Los programas que fracasan se caracterizan por:

- Programas que se desarrollan en respuesta a un problema puntual.
- Mucha participación del centro educativo pero sin coordinación.
- Cuando se basan en portavoces y recursos externos con poca implicación de la plantilla del centro.

El objetivo apunta a realizar una alfabetización funcional para la salud. Para ello habremos de alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permitan adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad mediante un cambio de los estilos de vida.

El término "estilo de vida" hace referencia a los modelos comportamentales que caracterizan la forma de vivir de una persona o grupo y las condiciones de vida que la rodean. Va desde los hábitos de actuación en las distintas esferas de la vida (relaciones personales, ocio, trabajo, autocui-

dado..) a las características del medio que cada uno crea a su alrededor (estilo de la vivienda, modo de vestir, tipo de transporte etc.)

Un aspecto fundamental a considerar en los centros docentes en relación a la educación y a la salud es la influencia de los medios de comunicación y los efectos de uniformidad que tienen sobre el estilo de vida de los más jóvenes, la oferta de modelos de conductas donde elegir para toda la población y, consecuentemente, para el alumnado destinatario de nuestro programa. Se pueden beber bebidas alcohólicas o no, ser vegetariano, macrobiótico o bien comer a base de congelados. Vivir solo, en grupo o fundar una familia y elegir vivir en el campo, en un piso en la ciudad... No hay un modelo único que sea el adecuado. Dependerá de las conductas que elijamos que se vayan construyendo unos estilos de vida más saludables que otros y, sin embargo, la promoción de ciertas conductas y hábitos encuentran eco en la población adolescente y joven que las reproducen fielmente, según reflejan los estudios epidemiológicos y podemos comprobar a partir de la observación directa.

Valores como ser críticos con la publicidad que aparece en los medios de comunicación, desde el conocimiento de su código específico y los fines que persigue, es fundamental para tener libertad real de elección. Estos aspectos son susceptibles de ser incluidos en las programaciones docentes y deberían de estar presentes en el currículo que se imparte en los centros educativos desde los primeros años (educación infantil). La EpS se presenta como un recurso para su tratamiento pero también evidencia la necesidad de recursos de apoyo en un primer momento para que así ocurra.

No por haber resaltado especialmente el efecto de los medios de comunicación de masas olvidamos que existen otros factores condicionantes de la elección de unos estilos de vida u otros: los propios valores y creencias, la cultura de origen (en este aspecto existen muchos prejuicios y conceptos equívocos), cómo se comporta el grupo social de referencia, la situación económica personal, la oferta de bienes y servicios, la comprensión y valoración del fenómeno salud-enfermedad y la facilidad o dificultad que entraña el mantener conductas saludables. En resumen, todo un entramado complejo que puede causar temor excesivo y resistencia al tratamiento de la Educación para la Salud y al cambio necesario para su implementación curricular.

La salud en el espacio educativo se debe utilizar como un recurso para el desarrollo del propio currículo académico y las capacidades básicas que

con el desarrollo del mismo se definen, afines totalmente a las que se persiguen con Forma Joven, como ya hemos evidenciado al relacionar el proyecto con cada uno de los elementos que integran o deben integrar un proyecto educativo.

5.3. Proceso de implantación de una asesoría en el medio educativo

5.3.1 Modelos y procesos de asesoramiento curricular

El equipo intersectorial del programa Forma Joven puede suponer un valioso recurso para la información, formación y asesoramiento en Educación para la Salud, y concretamente en las áreas afectivo sexual, comportamiento y adicciones, en los centros educativos que se acojan a su oferta. Para que este recurso sea eficaz a los objetivos que lo orientan es importante que las personas que integren el equipo, en el momento de implantación de las asesorías y el Proyecto, reflexionen y desarrollen la práctica asesora desde modelos y estrategias que, de acuerdo a los principios didácticos y pedagógicos que sustentan la propuesta marco del sistema educativo, impulsen el cambio y la mejora de la acción docente como vía para mejorar la "salud" de los centros educativos y su comunidad.

Los modelos de asesoramiento en la actualidad son plurales, sobre todo en el contexto del cambio educativo, del currículo y de los centros docentes. Todas las tendencias del campo de la psicopedagogía apuntan hacia modelos que ponen el énfasis en procesos de ayuda y colaboración; en objetivos de desarrollo, potenciación y capacitación de organizaciones e individuos; en contextos donde se habla de relaciones paritarias en las que cada sujeto o instancia implicada aporta sus propios conocimientos y responsabilidades y en las que se cultiva un clima de respeto, reconocimiento y colaboración.

Hemos de considerar que la inclusión y tratamiento estructurado de nuevas temáticas o proyectos, como lo es Forma Joven, requieren unos

mínimos de formación a todos y cada uno de los y las profesionales implicados. En lo que respecta a los docentes, actualmente la tendencia en formación permanente del profesorado camina hacia una formación en la que no se diga cómo hacer, sino en la que se construye conjuntamente a través de la implicación activa en el proceso formativo, mediante el descubrimiento personal de significados en el que los profesores y profesoras se convierten en guía de su propio proceso de formación, incorporando así los nuevos aprendizajes y experiencias a su práctica cotidiana y a su conducta.

De esta manera, el modelo de formación permanente del profesorado, como ya hemos apuntado dentro del Plan de Formación del Profesorado que integra el Proyecto Curricular de Centro, entiende la formación como un elemento más del desarrollo profesional docente. La característica distintiva de esta propuesta formativa es el tratamiento combinado de asuntos relacionados con la mejora educativa y el desarrollo del currículo. En el caso que nos ocupa, ello se propicia a través de la significatividad de los aprendizajes, la motivación del alumnado y de dar respuesta en alguna medida a las nuevas demandas sociales que recaen sobre el sistema educativo. A través del desarrollo estructurado de los tres grandes ámbitos que propone Forma Joven, adaptados a las condiciones socioculturales de la población destinataria y a los conocimientos y percepciones previas del alumnado, podemos dinamizar un currículo que, en numerosas ocasiones, gran parte del alumnado siente lejano y aburrido, generando con ello actitudes y comportamientos que no facilitan en absoluto al profesorado la difícil tarea de educar.

Dicho modelo de formación se articula en torno a la resolución de problemas; en este caso, de conseguir la motivación necesaria para la implicación del alumno y la alumna en su propio proceso de enseñanza aprendizaje y avanzar en la consecución de objetivos educativos. En ese proceso tienen cabida los objetivos y contenidos que guían el Proyecto Forma Joven.

5.3.2 *El asesoramiento colaborativo como proceso*

El asesoramiento denominado de proceso se sitúa en el polo más alejado al asesoramiento de contenidos. El asesoramiento de contenidos se centra en el experto y en la aplicación de sus conocimientos y técnicas sobre las instituciones y sujetos; por consiguiente, centra su estrategia en la

intervención. La mayoría de los centros andaluces, tanto docentes como sanitarios, tienen experiencias diversas en el campo de la Educación Para la Salud en cualquiera de sus temáticas que ilustran este tipo de asesoramiento y los resultados a corto y medio plazo que las mismas han generado: charlas puntuales y/o programas fugaces desarrollados por el profesorado, por profesionales del centro de salud, técnicos/as municipales y otros. El asesoramiento de procesos está centrado en problemas y en una relación de colaboración entre expertos y profesorado, orientando su estrategia hacia el trabajo colaborativo y continuado que se sustenta en la investigación-acción.

Una estrategia de asesoramiento y orientación centrada en la facilitación de procesos, en la colaboración y el trabajo con los sujetos y su entorno, puede caracterizarse por los siguientes rasgos:

- Los propósitos y objetivos del apoyo externo se elaboran siguiendo los principios del trabajo conjunto (no necesariamente simultáneo) y colaborativo.
- La facilitación de procesos internos en los destinatarios y destinatarias, en este caso el alumnado, que puedan capacitarlos en la resolución de los problemas y necesidades detectados (embarazos no deseados, accidentes de tráfico, trastornos alimentarios, uso abusivo de tóxicos...) es la razón del apoyo externo, procurando satisfacer criterios sociales e ideológicos relacionados con la promoción de la solidaridad, autonomía, interdependencia, comunicación y progreso en las relaciones sociales y educativas.
- La capacidad para tomar decisiones dentro de cada contexto sobre qué ofertar en cada uno de los tres grandes ámbitos que se han trazado, cómo y para qué hacerlo es supuesta en el profesorado, debe ser compartida por los apoyos externos y ejercida por unos y otros desde las funciones y tareas que se hayan delimitado y comprometido.
- La estructura de relación con las personas destinatarias, por consiguiente, es una combinación diferenciada de roles y funciones que ha de verse de forma complementaria.

Es muy importante que los/as profesionales del sistema sanitario entiendan que, en este tipo de asesoramiento, la estrategia de apoyo opera más

sobre la idea de trabajar con y no trabajar sobre el profesorado y los centros educativos. Si el o la docente entiende que se van a desarrollar unos objetivos y contenidos circunscritos al ámbito de la salud y del sistema sanitario sin casar con los propios de su área o de su tutoría, por mucho que vea el interés de que se desarrollen, no se sentirá participe y puede darse incluso que ceda el espacio y el tiempo para que sean otras personas las agentes únicas de dicho desarrollo: charla, talleres, información sobre la asesoría, presentación de los y las profesionales que estarán en la misma, etc. Todos y todas los que hemos tenido vinculación con el desarrollo del programa, a pesar de su corta andadura, hemos vivido experiencias en ese sentido. Si el profesor o profesora sale del aula cuando opera el especialista siempre estaremos en el punto de partida, y un punto de partida erróneo. Si, por el contrario, se complementan los roles, el propio tutor o tutora conexas los contenidos con los que sean susceptibles de ello dentro de su programación de aula, estén ya desarrollados o por desarrollar; motivará al alumnado a solicitar nuevos asesoramientos y, por supuesto, no se opondrá a ceder una parte de su tiempo para que se dé respuesta a las solicitudes de información en las asesorías.

La relación dialéctica entre teoría y práctica de unos y otros es la plataforma más adecuada para fundamentar el programa de acción.

El desarrollo profesional del profesorado se inscribe en Forma Joven al aceptar y compartir de manera consciente y reflexiva conocimientos y perspectivas con los profesionales de otras instituciones, aportando a su vez la especificidad de su práctica cotidiana de su visión y del conocimiento tanto del alumnado como del centro educativo como organización. Entre todos y todas se irán desplegando estrategias para resolver las dificultades y problemas que impiden la consecución de los objetivos formulados en el proyecto, en una adaptación continua del currículo tanto al contexto socio-cultural y académico del alumnado y del centro como a los propios contenidos de "Forma Joven".

Tanto profesores y profesoras como personal sanitario y de otras instituciones han de poner en juego, en el desarrollo de sus tareas, contenidos científico-técnicos y habilidades, procedimientos y estrategias de diseño, planificación y actuación educativa e informativa con el alumnado, pero sus hábitos docentes y de relación interpersonal con el resto del equipo llevan implícitas actitudes y valores sin cuyo cuestionamiento y movilización, la práctica más novedosa puede quedar en mera tecnología y, por tanto, limitada

en su potencial educativo y transformador. En este punto, también es muy importante sacarle partido a la complementariedad de los roles y las experiencias previas que cada persona implicada pueda aportar.

Los sanitarios y sanitarias, por su parte, afeitados cotidiana y mayoritariamente en sus prácticas asistenciales, suelen presentar más resistencia a entender que los procesos en formación de hábitos llevan su tiempo y que los indicadores de evaluación más relevantes cuando se comienza a desarrollar un proyecto educativo como el que nos ocupa no son los cuantitativos.

Hemos de entender que los contenidos conceptuales pueden ser adquiridos por el profesorado y por el alumnado de manera individual bien en sesiones de tutoría en su grupo-clase, bien desde las materias del currículo o en la misma asesoría, y según los datos con los que contamos, podemos llegar a dos conclusiones contrapuestas: o bien que no son el eje del problema, ya que, según la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del 2000 (Informe WEB OED), el 82% de los encuestados/as se considera suficiente o perfectamente informado y el 45,6% refleja que ha recibido información del profesorado y sin embargo los hábitos y estilos de vida comportan prácticas poco saludables; o que no se tiene conciencia de lo que supone disponer de una información científica, veraz, objetiva y suficiente por el propio desconocimiento de los contenidos básicos, aunque sepamos además que la información no es condición suficiente para modificar los hábitos.

Los contenidos procedimentales y de relación interpersonal, básicos para modificar los hábitos y aprender estilos de vida saludables, inexcusablemente requieren adquirirse en el transcurso de las acciones cotidianas en el centro; y los contenidos de actitudes personales ligados a los anteriores sólo se pueden desarrollar en el quehacer de cada día y en el trabajo en equipo. Por tanto, la formación y asesoramiento enmarcados en las tareas habituales de la acción docente es la que mayor potencial formativo e integral consigue.

Desde esta perspectiva, la formación de los equipos Forma Joven y la implantación de las asesorías en sí será un proceso QUE SÓLO SE PODRÁ DESARROLLAR con eficacia en el mismo proceso de trabajo cotidiano con el alumnado y con los compañeros y compañeras de las distintas instituciones implicadas.

La metodología a seguir previamente a la implantación de la asesoría deberá contemplar las actividades de formación que se consideren más pertinentes en cada caso, según la realidad concreta y las características del equipo, todo dentro de un proceso formativo global que siga los siguientes pasos:

- Reflexión conjunta y sistematizada de la realidad escolar en la que se inserta el proyecto y se implanta la asesoría, porque ello suscitará la necesidad de resoluciones concretas. No supondrá la misma realidad un centro cuyo profesorado esté sensibilizado ante estas temáticas y la importancia de su tratamiento en el ámbito educativo que otro cuyo equipo docente considere que no es de su incumbencia y que la avalancha de demandas inconexas que recaen sobre los centros educativos dificulta notablemente el avance en los objetivos más específicos de las áreas que son el epicentro de su práctica cotidiana.
- Determinación y compromiso de un plan o proyecto de trabajo que particularice las grandes líneas trazadas en el proyecto marco con objetivos claros y precisos y compromisos de actuaciones tanto por parte del equipo docente como de los agentes de apoyo externo, ya sean del sistema educativo o de otras instituciones.
- Desarrollo de las actuaciones recogidas y temporalizadas en el plan. Estas actuaciones recogerán las actividades de formación a lo largo de todo el proceso, las sesiones de discusión y reflexión interna, la previsión de actuaciones en el aula y las producciones a realizar, si es el caso, además del espacio temporal que se cree para el funcionamiento de la asesoría propiamente dicho.
- Determinación de actuaciones para mejorar los aspectos mejorables, si es el caso.

Conseguir que los cambios se produzcan desde los mismos centros educativos no pasa por una metodología transmisiva y lineal, sino por otra constructiva y colaborativa, tal como venimos defendiendo, en la que las soluciones se buscan conjuntamente entre los asesores y asesoras externos e internos y los propios profesores y profesoras desde perspectivas diferentes y complementarias.

5.3.3 Consideraciones extraídas de la práctica conjunta en la implantación y desarrollo de programas de educación para la salud en centros docentes

Ante los cuestionamientos previos a la implantación de una asesoría de FORMA JOVEN en un I.E.S determinado, nos remitimos a las respuestas que nos proporcionan experiencias con las que ya contamos en el ámbito de Andalucía, tanto en el desarrollo conjunto entre sanitarios y docentes de otros programas y actuaciones en Educación para la Salud, como de la experiencia de implantación de Forma Joven con la que ya se cuenta.

Dicha experiencia nos indica que hemos de considerar las diferencias o coincidencias de partida que existan en la forma de entender la orientación y la asesoría en el espacio educativo.

Puede ocurrir que tanto el/la orientador/a y la persona referente del Equipo de Orientación Educativa como los/las profesionales sanitarios/as tengan una visión preventiva del trabajo que se va a realizar en el centro, con lo cual la implantación de la asesoría presentará pocas dificultades, ya que hay coincidencia en las formas de trabajo y en los principios teóricos y metodológicos que sustentan la práctica. Sirva de ilustración un instituto en el cual el orientador u orientadora ha desarrollado una línea de trabajo preventiva en cuanto a los trastornos de aprendizaje con el alumnado, llevando a cabo una serie de estrategias y programas en este sentido. Será, ENTONCES, mucho más fácil desarrollar actuaciones y programas de promoción de la salud allí que en un centro donde el modelo de orientación sea asistencial.

Puede ocurrir el caso contrario, es decir, que tanto los profesionales de la educación como los sanitarios tengan una visión asistencial de su trabajo, con lo cual el desarrollo de Forma Joven contaría con la coincidencia en la orientación de su puesta en práctica, aunque sabemos que esta implantación no sería la adecuada ni serviría a los objetivos que rigen el proyecto.

Y, por último, puede ocurrir QUE no haya coincidencia en cuanto a los estilos y planteamientos, con lo cual serán necesarios más momentos de negociación y consenso entre las personas que intervendrán en el centro.

Las concepciones a que nos estamos refiriendo hacen referencia a los valores, modelos de gestión, habilidades personales y profesionales etc, que ya hemos explicitado al comienzo del presente apartado.

Volvemos a resaltar, por el valor instrumental que se ha constatado en un considerable número de centros educativos que han iniciado el proceso de implantación de las asesorías Forma Joven desde el curso anterior, la aportación que estas asesorías, con todo lo que conllevan, hacen a los centros educativos como elementos dinamizadores para la vida en los mismos.

En el procedimiento de implantación ha de tenerse en cuenta la importancia de la figura del orientador u orientadora y el potencial de las tutorías, cuyo espacio es el idóneo para el tratamiento y desarrollo de las temáticas que nos ocupan sin que los comienzos en la andadura entrañen mucha dificultad.

Si comparamos, por ejemplo, el número de consultas que se efectuaron el curso pasado tras haber procedido a un proceso de sensibilización, presentación de los/las profesionales responsables y el servicio que la asesoría podría prestar a los alumnos y alumnas que así lo necesitaran, y las que se han concertado el presente curso sin que se hayan producido esos contactos en las tutorías, aun en los centros docentes que son de continuidad, comprobamos que la diferencia es notoria.

Constatamos que los jóvenes y las jóvenes no solicitan consultas en las asesorías si estas no están introducidas debidamente y se establece una conexión entre las mismas y la vida del centro y los jóvenes no viven a los profesionales de la salud como parte integrante de ésta. Según la experiencia que vamos adquiriendo, tampoco es suficiente con una primera y única inclusión en el Plan de Acción Tutorial del Centro. Contrariamente a lo que ha sucedido cuando el sanitario o sanitaria ha llevado a cabo en los centros algunas sesiones de tutoría grupal a partir de los temas del programa, cuando ésto no ha sido así o no se han actualizado las actividades de conexión y sensibilización, no se han producido demandas.

Otro elemento clave es que los jóvenes manifiesten, a través de las tutorías, cuales son los temas que les preocupan, que pueden no tener nada que ver de unos centros a otros, aunque normalmente estén dentro de las tres áreas que se han descrito. Esto permitirá, por una parte,

conectar con los centros de interés del alumnado y, por otra, situarnos en sus concepciones, creencias e ideas previas al respecto para jerarquizar las prioridades y secuenciar la implantación.

5.3.4 Estrategias de implantación y desarrollo

De acuerdo con lo que venimos desarrollando, la organización de la asesoría debe partir del análisis del contexto y concretarse en el diseño de una planificación para el curso académico. A tal efecto, habría que fijar un tiempo de dedicación de las personas implicadas y cumplir con el compromiso adquirido; también habrá que concretar los temas a desarrollar y los recursos necesarios y delimitar las funciones complementarias de los agentes que se ocuparán del desarrollo del proyecto, todo ello en coordinación con el Departamento de Orientación, El Equipo Directivo, El Equipo Técnico de Coordinación Pedagógica y los representantes de los padres y madres del alumnado.

Estrategias directas que podemos considerar:

El equipo de Forma Joven en cada centro docente ha de dar respuesta a cómo y dónde se va a materializar la asesoría. Lo que conocemos de la práctica nos indica que en los centros docentes donde se goza de algún espacio disponible, se ha dispuesto del mismo y se ha dado respuesta a las consultas en el mismo. En los centros donde el espacio escasea, se ha compartido la ubicación con el Departamento de Orientación. En ambos casos, cuando la coordinación y el cumplimiento de los compromisos se ha dado, el equipo ha funcionado sin problemas.

El espacio ha de ser fijo y los profesionales que se ubican en el mismo han de ser referentes en las temáticas sobre las que podrán consultar los alumnos y alumnas.

Han de fijarse tiempos concretos para las consultas, tanto en el grupo clase, cuando se desarrollen sesiones de tutorías, como en la asesoría física propiamente dicha, mediante la asignación de un día/s o sesiones concretas. Para ello, ha de contarse como mínimo con el consenso del profesorado, tanto si se incide desde el desarrollo de la tutoría como si es en la asesoría física donde su alumnado puede consultar en tiempos que coin-

cidan con el desarrollo de su función docente.

Los criterios para responder a las informaciones solicitadas o para asesorar deberán fijarse y priorizarse en cada centro docente. Se puede funcionar con cita previa por orden de petición, por derivación de la Jefatura de Estudios, orientador/a o los propios tutores/as...

Entre las estrategias indirectas para la implantación destacamos:

La conexión con el Plan de Acción Tutorial y su desarrollo en las tutorías de manera que puedan desarrollarse sesiones grupales conjuntas, tanto de presentación y sensibilización como de profundización en algunos aspectos en los que los tutores y tutoras encuentran dificultad porque se necesita para ello un mayor nivel de especialización en las temáticas.

La transversalidad, como ya hemos desarrollado en el segundo apartado, destacando aquí que, para un verdadero tratamiento transversal desde un modelo de integración, los tiempos, espacios y evaluación han de ser comunes al de las áreas en las que se produzca la inclusión.

La implicación de los tutores y tutoras y el trabajo colaborativo del profesorado y el equipo Forma Joven.

La colaboración de las familias a través de la asociación de padres y madres del alumnado o directamente desde la coordinación con las mismas que, de forma prescriptiva, ha establecerse al menos una vez AL TRIMESTRE DURANTE el curso escolar.

La coordinación con el resto de las instituciones implicadas en el proyecto.

En el proceso de implantación de una asesoría y en consonancia con los aspectos que hemos venido desarrollando en los tres apartados de este documento, destacamos la consideración de los siguientes aspectos:

- Cada centro constituye una realidad singular, irrepetible. Para el análisis de esa realidad es importante el conocimiento etnográfico del mismo.
- El diseño para la concreción del programa se adecuará a las necesidades y posibilidades del profesorado y del centro docente.

- No existe un modelo único de implantación, ya que cada centro presenta una realidad distinta, pero el modelo teórico ha de ser explícito, con objetivos bien definidos y secuenciación determinada.
- Es fundamental encaminarse a la consecución de objetivos comunes desde la práctica complementaria y colaborativa.
- Es importante la conexión del personal sanitario con la realidad del centro en cuestión y la introducción del mismo por parte de los orientadores y orientadoras a través de las tutorías.
- LA ASESORÍA debe incardinarse en la estructura organizativa del centro y formar parte de los planes institucionales, de acuerdo a las indicaciones que se han ido desarrollando en la propuesta.

Bibliografía

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. 2001. "Material Informático facilitado en el I Curso de Formación "Forma Joven". Ponencia presentada por Rafael Mesa.

"Seminario Interinstitucional de Educación y Promoción de la Salud en la Escuela" Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo. El Escorial. Diciembre 2001

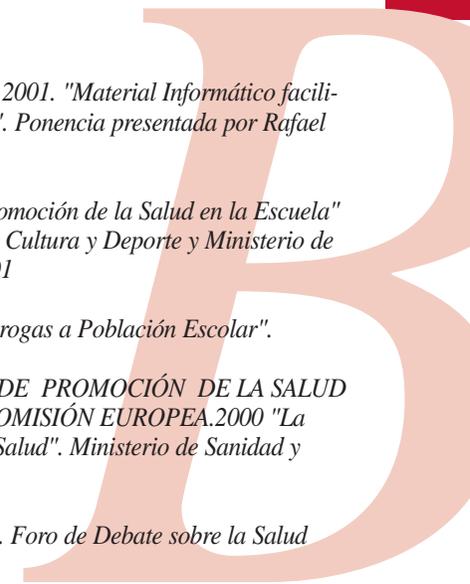
INFORME WEB OED 2000 " Encuesta sobre Drogas a Población Escolar".

INFORME DE LA UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA COMISIÓN EUROPEA.2000 "La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud". Ministerio de Sanidad y Consumo

LÓPEZ SANTOS, V 2002. "Educación y Salud". Foro de Debate sobre la Salud Publica en Andalucía. Consejería de Salud.

ESCUDERO MUÑOZ, JM. 1997. " Aproximadamente un lustro de formación en centros: reflexiones para un balance crítico y constructivo". Conferencia inaugural en el Primer Encuentro Estatal de Formación en Centros. Pp. 17-47. Úbeda. Consejería de Educación y Ciencia.

NIETO CANO, JM., 1996. "Hacia un encuentro relevante entre agentes de apoyo externo y centros educativos" Jornadas de Estudio sobre el Centro Educativo. La Rábida (Huelva).



RODRÍGUEZ ROMERO. 1996. "El asesoramiento en educación". Aljibe, Málaga.

*LÓPEZ SANTOS, V. 1998. "Hacia una escuela saludable" . Junta de Andalucía.
Consejería de Educación y Ciencia.*

*VARIOS AUTORES. 1993. "Educación para la Salud y Proyecto de Centro".
Delegaciones Provinciales de Educación y Salud de Córdoba..*

*LIEBBERMAN, A. 1986. "Collaborative research: working with, not working on..."
Educational Leadership. 43 (5), 28-32.*



Área Afectivo-Sexual

lover

1. ¿Qué está pasando con la sexualidad de los jóvenes? _____
Covadonga Monte **1**



2. Políticas de Anticoncepción. _____
Covadonga Monte **11**

3. Jóvenes y Sexualidad. _____
Pilar Cuéllar. **16**

4. Aplicaciones Curriculares. _____
Eduardo de la Rosa. **59**

BLOQUE 2

Área Afectivo Sexual

1. ¿Qué está pasando con la sexualidad de los jóvenes?.....1

2. Políticas de anticoncepción.....11

 2.1. Anticoncepción previa y habitual12

 2.2. Anticoncepción de urgencia.....13

 2.3. Interruptiva.....14

 Bibliografía.....15

3. Jóvenes y sexualidad.....16

 3.1. Acerca del concepto de sexualidad.....16

 3.1.1. Los/as jóvenes y la sexualidad.....18

 3.1.2. Conductas de riesgo.....20

 3.1.3. Género y sexualidad.....25

 3.2. La educación sexual o cómo enseñar a gozar.....29

 3.2.1. Elementos educativos.....31

 3.2.2. ¿Cómo asesorar en FORMA-JOVEN?.....34

 3.3. Acerca de la comunicación.....37

 3.3.1. ¿Qué es la comunicación?.....37

 3.3.2. Para que la comunicación sea más efectiva.....39

 3.3.3. Otras comunicaciones.....40

 3.3.4. Comunicación y conductas de riesgo.....41

 3.4. Acerca de las actitudes.....43

 3.4.1. Concepto de actitud.....43

¿Qué está pasando con la sexualidad de los jóvenes?.

Covadonga Monte

La presentación de este segundo bloque de la Guía en tres áreas responde, como ya indica el **Plan de atención a los problemas de salud de los/las jóvenes en Andalucía**, a la necesidad de concretar los problemas de salud más prevalentes del colectivo juvenil: afectivo-sexual, adicciones y salud mental, para los que la condición de adolescente es en sí misma una situación de riesgo.

En este Área Afectivo-Sexual se pretende facilitar el enfoque, actuaciones y contenidos relativos a la sexualidad en la adolescencia y juventud, de forma coordinada entre los diferentes profesionales implicados, para los que educar e informar representa gran parte de su quehacer diario. Responder habitualmente y de forma adecuada a cuestiones generales de la sexualidad, que satisfacen la curiosidad propia de estas edades, es una de las estrategias más eficaces para atender a una demanda de información puntual, que suele buscar una respuesta individual.

Los cambios sociales y culturales de las dos últimas décadas han sido determinantes en la evolución de la población juvenil española, sobre todo en lo que respecta a la sexualidad y la anticoncepción. Esto no sólo se debe a la despenalización del aborto, la regulación de los anticonceptivos orales o la creación de las consultas de planificación familiar como un servicio sanitario público; globalmente hemos podido observar como la expresión de la sexualidad individual no sólo se ha liberado de determinados prejuicios sino que ha pasado incluso a un primer plano, un lugar relevante con una mayor libertad y permisividad en las actitudes y conductas sexuales, por lo que debemos plantearnos la necesidad de implicarnos más en la prevención de los riesgos que esto conlleva, con especial énfasis en aquellos colectivos más vulnerables, como el adolescente.

Hoy, los problemas de salud de la población juvenil en Andalucía no son diferentes a los de otras comunidades autónomas y cualitativamente a los de los países desarrollados de nuestro entorno. Entre los derivados de las relaciones sexuales, los más prevalentes son: los embarazos en menores, el incremento de las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), el uso inadecuado de la anticoncepción de urgencia, el bajo uso de métodos preventivos eficaces (como el preservativo) y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

3.4.2. Componentes de la actitud en la sexualidad.....	43
3.4.3. Funciones de las actitudes.....	44
3.4.4. Tipos de actitudes.....	45
3.5. Algunas palabras sobre estrategias educativas.....	48
3.6. Algunas dinámicas para trabajar sobre el grupo de adolescentes.....	51
Ficha 1: Concepto de sexualidad.....	51
Ficha 2: Las relaciones sexuales.....	52
Ficha 3: Las etiquetas.....	54
Bibliografía.....	57
4. Aplicaciones curriculares.....	59
4.1. Ideas previas e intereses del alumnado.....	60
4.2. Educación preventiva, educación para el placer.....	61
4.3. Sexo, género y aprendizaje de la sexualidad.....	62
4.4. Temas.....	63
4.4.1. La respuesta sexual.....	63
4.4.2. Homosexualidad y lesbianismo.....	67
4.4.3. Métodos anticonceptivos y ciclo menstrual.....	68
4.5. Evaluación.....	70
Bibliografía.....	70

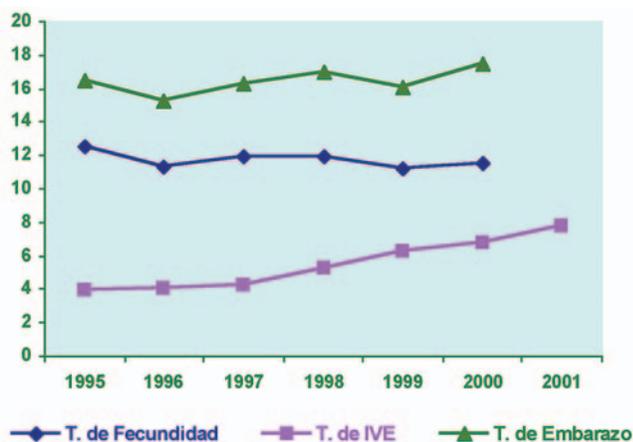
Una sexualidad sana debe abordar estos problemas a partir de tres principios básicos:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social.
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de la sexualidad o perturben las relaciones sexuales.
- La ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

Y si, además de unas relaciones sanas y seguras, destacamos la importancia que tiene para la salud sexual que éstas sean satisfactorias, éste área se configura como decisiva en una etapa de desarrollo emocional y de la conducta, en la que se reafirma la autonomía, modificando las relaciones interpersonales y adaptándose a las demandas del entorno.

Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC) se calcula que cada año se producen en España alrededor de unos 32.000 embarazos no deseados entre mujeres de menos de 20 años. En Andalucía se estima que la proporción de no deseados en menores es del 87,4% (Delgado M, 1995), lo que supone alrededor de 3.000 embarazos en un año. Globalmente se observa que, en los últimos años, mientras la fecundidad en este grupo de edad disminuye lentamente, la tasa de embarazo presenta unas cifras sostenibles, que deben valorarse vinculadas a la tendencia creciente de aborto.

Gráfico 1: Tasas específicas de Fecundidad, IVE y Embarazo, por 1000 mujeres, entre 15-19 años. Andalucía, 1995-2001



Fuente: Anuario estadístico de Andalucía. IEA, 2001. RAIVE 2001
 Elaboración: propia
 T. fecundidad: nº de nacidos vivos / nº de mujeres por 1000
 T. IVE: nº de abortos / nº de mujeres por 1000
 T. de embarazo: nº nacidos vivos + nº abortos / nº de mujeres por 1000

A pesar de esta tendencia a la baja de la fecundidad en la última década, existe una percepción por parte de los profesionales sanitarios de que el embarazo no deseado en la adolescencia es un problema no resuelto, y por ello identifican una necesidad emergente de dar una atención más integrada a las demandas de la población joven, no sólo en lo que respecta a la sexualidad sino orientada a las necesidades de salud de este colectivo, en cualquier ámbito.

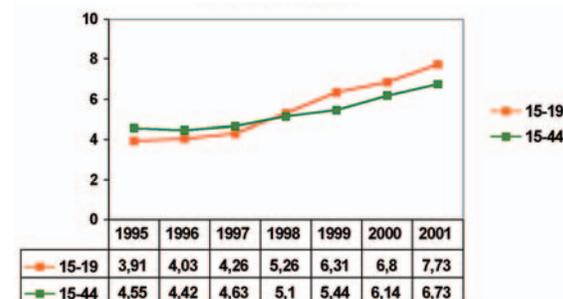
Conviene recordar que, respecto a otras etapas de la vida de la mujer, un embarazo en la adolescencia conlleva una serie de problemas añadidos:

- En un alto porcentaje no son deseados.
- Es un embarazo de alto riesgo.
- Se suele retrasar el inicio del control sanitario prenatal.
- Aumenta la incidencia de IVE.
- Implica aspectos psicosociales de riesgo.
- Modifica el proyecto de vida personal.

En lo que se refiere a la tendencia ascendente de la incidencia de IVE en la última década, mientras el aumento más significativo ha sido en el grupo de edad de 20-24 años, es el de adolescentes (15-19 años) el único que ha presentado SIEMPRE un incremento positivo.

Más aún, si se compara el comportamiento de la tasa específica de IVE para el grupo de 15-19 en relación con la global (15-44 años), especialmente desde el año 1998, se observa como tras una convergencia, la supera progresivamente. Es obvio que el peso de las IVE en menores, frente a todos los grupos de edad, es un problema por resolver.

Gráfico 2: Evaluación de las Tasas específicas de IVE por 1.000 mujeres, para los grupos de edad 15-19 y 15-44. Andalucía, 1995-2001.



Fuente: RAIVE 2001
 Elaboración propia

Se contabiliza un porcentaje de mujeres del 16,8% (que incluye a adolescentes) que repiten IE. De las 11.564 IE que se registraron en Andalucía en el año 2001, 2.093 (18,1 %) corresponden al grupo de edad entre 10-19 años y de estas un 8,3 % son de repetición. (Tabla 1)

Tabla 1

IE, SEGÚN Nº DE ABORTOS PREVIOS, POR GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA, 2001						
EDAD	0	1	2	3 y más	Descon.	Total
10-14	41	2	-	-	-	43
15-19	1.878	154	15	2	1	2.050
20-24	2.686	555	93	11	4	3.349
25-29	1.744	464	78	40	2	2.328
30-34	1.337	376	79	49	3	1.844
35-39	950	275	57	35	-	1.317
40-44	424	120	19	18	-	581
45-49	39	6	2	4	-	51
50-54	1	-	-	-	-	1
Total	9.100	1.952	343	159	10	11.564

Fuente: RAIVE, 2002

La Encuesta Nacional de Fecundidad (1999) destaca la importancia relativa que tiene en este colectivo el uso de métodos preventivos y anticonceptivos eficaces, confirma su falta de uso por una gran parte de la población juvenil y nos indica que el 79,8% de las mujeres de 15 a 19 años no ha utilizado nunca un método anticonceptivo (Tabla 2) y que, de aquellas con pareja estable o relaciones ocasionales, sólo un 50% utiliza métodos anticonceptivos.

Tabla 2: Distribución de mujeres según la edad actual y la utilización de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida. Población: Colectivo total de mujeres entre 15 y 49 años. (Cifras relativas)

Distribución de mujeres según la edad actual y la utilización de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida			
Población: Colectivo total de mujeres entre 15 y 49 años (Cifras relativas)			
Edad actual	Utilización de métodos anticonceptivos		
	No ha utilizado ningún método	Ha utilizado algún método eficaz ¹	Ha utilizado algún método ineficaz, pero ninguno eficaz ²
Total	28,05	70,48	1,47
15 a 19	79,93	20,07	-
20 a 24	41,30	58,27	0,44
25 a 29	21,68	77,48	0,83
30 a 34	11,18	87,57	1,24
35 a 39	12,39	86,39	1,21
40 a 44	12,68	84,35	2,97
45 a 49	20,96	74,85	4,19

Fuente: Encuesta de Fecundidad 1999. INE

¹ Píldora, DIU, diafragma, tapón, esponja vaginal, abstinencia, preservativo, condón femenino, inyección, píldora del día siguiente, ligadura de trompas, vasectomía

² Ritmo y temperatura basal, coitus interruptus, lavado vaginal, cremas anticonceptivas, lactancia prolongada, otros métodos

De los métodos anticonceptivos eficaces el preservativo masculino es el más utilizado (aproximadamente el 50%, seguido de la píldora) en la población juvenil ya que las características especiales de las relaciones en este grupo de edad: pocas parejas estables o "estabilidad" en plazos muy cortos, falta de previsión, baja percepción de los riesgos, improvisación, consumo de alcohol..., hacen del preservativo el método más idóneo de anticoncepción y prevención de infecciones por vía sexual en este grupo de edad.

Según recoge un estudio reciente del Consejo de la Juventud de España sobre la salud de los adolescentes, entre un 22 y un 46 % de los /las jóvenes, según sean de medio urbano o rural, declaran no haber utilizado el preservativo en las tres últimas relaciones sexuales con penetración, aunque también reconocen no tener dificultad para conseguirlo. A pesar del gran volumen de información que parecen tener a su alcance, manifiestan errores importantes respecto a la eficacia de los métodos anticonceptivos: aproximadamente una quinta parte declara que la marcha atrás es eficaz para prevenir el embarazo.

En el mismo estudio declaran que la edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración es en torno a los 16 años, con un tipo de relación que en un 27% de los casos es esporádica. Las chicas parecen tener parejas más estables que sus compañeros varones y suelen retardar el inicio de las relaciones sexuales con penetración aproximadamente un año respecto a ellos.

Esto nos indica que el desarrollo de estrategias de prevención debe dirigirse hacia edades más tempranas, sobre las que, además, existe evidencia de su mayor eficacia, trabajando las diferencias de género tanto en la expresión de los afectos como en el manejo de las situaciones en riesgo.

Ellos opinan que la educación sexual debería hacerse con menos contenidos de anatomía y más formación en habilidades para la negociación de las relaciones sexuales y comunicación, distinguiendo dos etapas, en función de la edad:

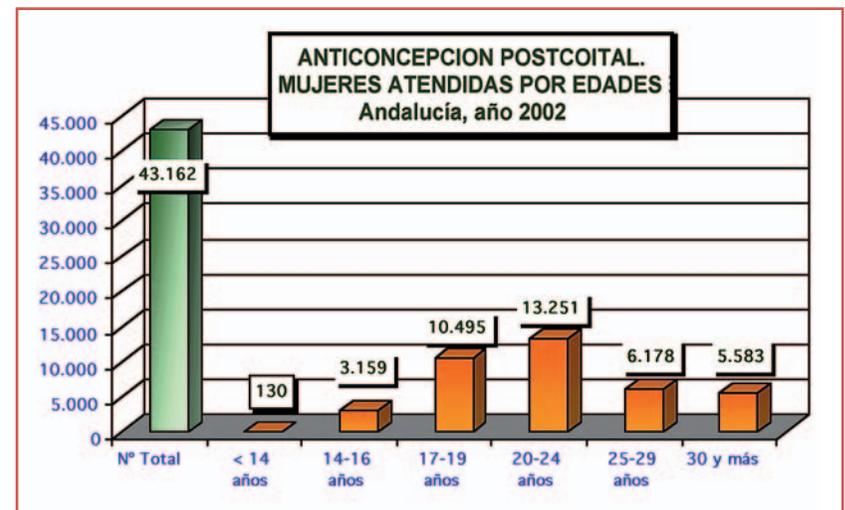
- Menores de 18 años: prevención, riesgos asociados a la sexualidad, "lo normal y lo anormal" y sexualidad-afectividad.
- Mayores de 18 años: actitudes positivas y plurales ante la sexualidad.

Respecto a la anticoncepción de emergencia, según el citado estudio del Consejo de la Juventud de España, casi un 14% de los jóvenes refiere haber utilizado alguna vez la "píldora postcoital".

En Andalucía los datos sobre el uso de la píldora postcoital del año 2002 permiten caracterizar la situación actual (Gráfico 3):

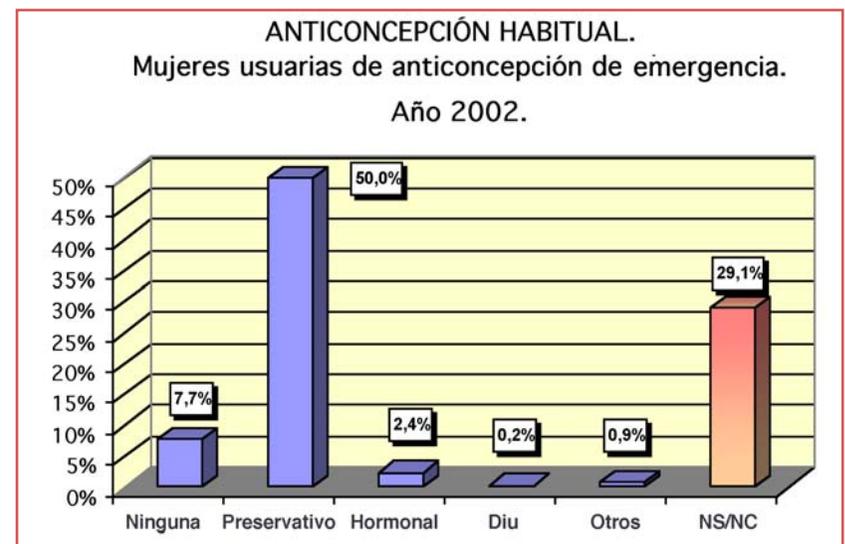
- El grupo de edad 14 a 19 años es el de mayor demanda, seguido del de 20-24, años alcanzando entre ambos aproximadamente el 55% del total de las prescripciones
- Un 77% dice no haber utilizado ningún método.
- Un 73% se ha prescrito en Atención primaria.

Gráfico 3



Fuente: Servicio Andaluz de Salud.

Gráfico 4



Fuente: Servicio Andaluz de Salud.

No obstante esta es una situación que debe paliarse trabajando, todavía más, las estrategias de información-formación-participación con los jóvenes.

Analizar periódicamente los registros e identificar la población usuaria y su distribución geográfica nos permitirá evaluar, en su caso, el uso inadecuado de la emergencia e intentar corregir su consumo centrándonos en las actuaciones de la anticoncepción habitual.

Las líneas de investigación en éste área deben orientarse hacia estudios cualitativos sobre las relaciones sexuales y hacia programas preventivos de comportamientos frente a situaciones de riesgo (habilidades sociales y de comportamiento vital), y todo ello sin olvidar la necesidad de unos sistemas de información accesibles y fiables.

Los diagnósticos más frecuentes en los centros de ETS son el condiloma acuminado (infección genital producida por el papilomavirus humano), en segundo lugar las Candidiasis y en tercer lugar la infección por chlamydias.

Todas las enfermedades de transmisión sexual, deben ser tenidas en cuenta en el desarrollo de estrategias de información y prevención con jóvenes; pero es el **VIH-SIDA**, como causa de enfermedad y muerte, el de mayor importancia ya que los adultos jóvenes son los grupos de mayor afectación, para los que **representa la tercera causa de mortalidad, respectivamente, después de los tumores y los accidentes de tráfico**

Pero algo está cambiando, aquella enfermedad que parecía lejana a los estilos de vida mas generalizados porque se entendía propia de los usuarios de drogas por vía parenteral, y de relaciones homo/bisexuales, ya no es tal.

A pesar de que la distribución de la enfermedad es alrededor de 5:1 a favor de los hombres, la tendencia hacia el aumento de la transmisión heterosexual, indica la necesidad de poner en marcha programas de prevención dirigidos específicamente a las mujeres ya que éstas poseen diferentes recursos para la protección de la salud y presentan factores adicionales de riesgo que las hacen más vulnerables al embarazo, VIH-SIDA y otras ETS.

Es muy importante concienciar a la población, sobre todo a la adolescente, de la necesidad de usar preservativos cuando se mantienen relaciones sexuales con una persona de la que no se sabe si está o no infectada.

El perfil de evolución del SIDA representa hoy un claro ejemplo de la importancia que han tenido y tienen todos los sectores relacionados y prin-

cipalmente la dimensión social y concienciación de la enfermedad más allá del ámbito estrictamente sanitario.

Las características particulares de la enfermedad han demostrado que la solución excede la respuesta de los servicios, fundamentalmente para "ser aceptada" socialmente, incorporando la necesidad de prevención y garantizando una atención centrada en la persona afectada que sea capaz de canalizar una atención social, necesaria e imprescindible para vencer a la enfermedad. La respuesta mas eficaz y efectiva es la conjunta, la que parte de la acción intersectorial.

Aunque se puede hablar de la espectacular remisión del número de casos en los últimos años, así como de la mejora de los tratamientos anti-retrovirales, es importante seguir transmitiendo a la población sexualmente activa y especialmente a la juvenil el tremendo riesgo que supone una relación sexual sin protección y que, aunque la aparición del diagnóstico de caso se retrasa cada vez más, la enfermedad se sigue contrayendo a edades tempranas. En particular, la tendencia de la enfermedad nos marca algunas variables hacia las que orientar estrategias de especial riesgo:

- El nº de casos anuales sigue en descenso.
- Desciende notablemente la enfermedad en homo/bisexuales con prácticas de riesgo.
- Descienden todas las categorías de trasmisión, mayormente la vía de trasmisión por UDVP.
- La distribución por géneros es de 85% en varones y 15% en mujeres.
- Aumenta la incidencia de conductas de riesgo en las mujeres. El alto porcentaje de relaciones sin protección se debe, entre otras, a una mayor presión social, económica y de género.
- La violencia de género, incluso a estas edades, tiene una estrecha relación con la vulnerabilidad de la chica y la poca habilidad en cuanto a su capacidad de decisión.

Políticas de anticoncepción.

Covadonga Monte

La OMS ha alertado sobre la necesidad de que servicios de salud de calidad respondan a las necesidades de los/las adolescentes.

La **salud pública**, en lo que respecta a la población general y en éste caso concreto al colectivo adolescente y juvenil, contempla las relaciones sexuales en función de la salud sexual y entiende ésta tanto en sus aspectos de promoción como de prevención; no solo valora el riesgo asociado a las repercusiones psicológicas y sociales de un embarazo en la adolescencia o el de contraer enfermedades de transmisión sexual o infección por VIH, sino también la necesidad de promover el desarrollo de una salud sexual en la adolescencia.

Conforme a los tres ejes que marcan la salud sexual, el enfoque de salud pública permite una visión poblacional del modelo sociocultural, un análisis particular de la identidad del adolescente y una conexión con la familia y los educadores.

Si además de la dimensión social se tiene en cuenta que las personas interactúan con el entorno en un espacio común de relación, se incorpora otra dimensión: la política, capaz de discernir entre lo personal, como el derecho a la expresión de la sexualidad de la persona, y lo particular, como son las vivencias individuales.

Así una política de anticoncepción en el marco de la salud pública se concreta en función del cuándo y cómo de la relación sexual, con estrategias de **promoción** de la salud y **prevención** de riesgos.

- La **promoción** de la salud no solamente abarca acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades individuales, sino también las dirigidas hacia los cambios sociales, ambientales y de condiciones económicas clave, para suavizar sus impactos sobre la salud pública e individual.

La promoción de la salud es un proceso que no espera resultados inmediatos en salud y calidad de vida; es un proceso en el que se controlan también las repercusiones de los riesgos y mejoras en salud a largo plazo.

- En la **prevención** de los comportamientos de riesgo sexuales, adecuando los mensajes a las características de la adolescencia, educando para la percepción del riesgo, contando con ellos, educando en la empatía y el respeto y enseñando a detectar, combatir y resolver los conflictos que surgen dentro y fuera del colectivo juvenil en esta etapa de la vida.

A partir de estos principios el Plan de Jóvenes define un objetivo específico en el área afectivo-sexual: favorecer una política de anticoncepción efectiva, desde la perspectiva de la Salud Pública. Y así mismo, orienta sobre diferentes estrategias, ordenadas en tres líneas de intervención:

- Promover las relaciones satisfactorias
- Prevenir los riesgos
- Educar en la igualdad de género.

En consecuencia, las políticas de anticoncepción en el marco de la salud pública se definen en tres líneas de actuación:

2.1. Anticoncepción previa y habitual

Es aquella, previsible, que se planifica tanto para una relación estable como ocasional; aquella en la que se opta por un método anticonceptivo eficaz, que se oferta informando de las indicaciones, grado de eficacia, ventajas e inconvenientes, en función de las características de la persona y del tipo de relación.

Hoy día la existencia de métodos tan variados permite elegir libremente el más idóneo, de acuerdo con las convicciones individuales.

El Servicio Andaluz de Salud, a través de su cartera de servicios, realiza esta oferta:

- Desde los Servicios de Planificación familiar: a la población fértil (15-49 años,) con las actividades de asesoría de anticoncepción, educación sexual, ETS, SIDA, prevención de cáncer de cérvix y tramitación de IVF.

- Desde las Consultas de orientación sexual a jóvenes /Tarde Joven: a la población entre 15-24 años, en horario preferentemente de tarde-noche; atención individual, en pareja o en grupo, sin datos de filiación, centrada en educación sexual, con actividades dentro y fuera del centro sanitario y, lo más importante, con personal motivado.

En el caso de los/las adolescentes, por sus peculiaridades y tipo de relación, el preservativo representa el método de elección idóneo tanto para prevenir el embarazo no deseado como las ETS.

- Materiales de la Consejería de Salud sobre los diferentes métodos anticonceptivos

2.2. Anticoncepción de urgencia

La variabilidad de la eficacia de los métodos anticonceptivos, a la que debe añadirse el componente individual en su uso y manejo habituales, condiciona la anticoncepción de emergencia como un recurso al que acudir cuando falla el habitual o no ha habido protección.

La reciente comercialización de una especialidad farmacéutica de indicación específica para los **casos de urgencia** ha permitido regular una situación anómala mediante la conocida "píldora postcoital" o "del día después".

En Andalucía se garantiza la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia mediante la dispensación gratuita de este medicamento, siempre bajo indicación facultativa, a cualquier mujer que la demande en los servicios públicos de salud (SAS).

Por su carácter de emergencia este tipo de anticoncepción puede indicarla cualquier facultativo que trabaje en Consultorios, Centros de salud,

Hospitales o Servicios de urgencia. Serán de prestación preferente los de Planificación familiar y los de Atención y educación sexual a jóvenes.

Renunciar a esta prescripción facultativa supondría, a corto plazo, que acabara siendo utilizada como habitual, algo que no se corresponde con el objetivo de la prestación aunque sí con el parecer de un amplio colectivo ya que, según la Encuesta Shering sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española (Parrilla, 2002), un 95% de las mujeres y un 88% de los hombres conocen la anticoncepción de emergencia, pero el 12% la considera adecuada como anticonceptivo habitual.

Esto genera una situación especialmente preocupante sobre la que se deben trabajar aspectos educativos centrados en la consecución de un cambio de actitud, no sólo para una prescripción adecuada sino también para evidenciar la situación de vulnerabilidad en que se pueden encontrar ahora algunas adolescentes frente a los chicos que no quieren usar el preservativo porque "opinan que, con una pastilla al día siguiente, ha desaparecido cualquier tipo de problema" ; al menos antes el argumento de un posible embarazo les permitía manejar una situación no deseada.

- Dossier de información técnica para profesionales sanitarios sobre anticoncepción de emergencia.

2.3. Interruptiva

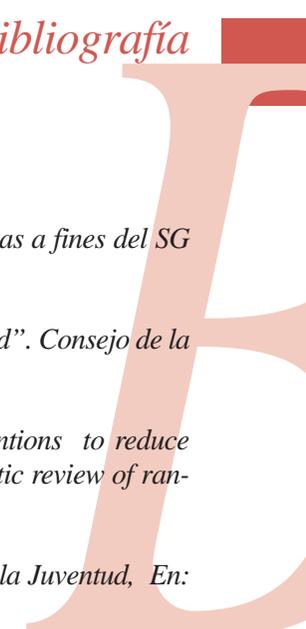
Se incluye aquí porque de su análisis se puede observar su uso inadecuado como método anticonceptivo y no como una oferta de los servicios de atención y orientación a la mujer para evitar las circunstancias y los riesgos no deseados, evitando en lo posible la necesidad de recurrir a la IVE.

En las adolescentes, por su situación y condición, en un momento de desarrollo biológico y personal, el problema se agrava. Como ya se ha comentado, es necesario potenciar en ellos y ellas una sexualidad saludable formándoles también sobre la adecuación e idoneidad de cada uno de los servicios y el objetivo y tipo de respuesta para los que se han diseñado.

La accesibilidad de la IVE no es la solución; es la conclusión de una serie de carencias en la educación afectivo-sexual con una visión de género, más allá de la salud reproductiva, centrada en el desarrollo sexual saludable de las adolescentes.

Bibliografía

- Delgado, M. "Pautas anticonceptivas de las españolas a fines del SG XX".
- Hernán M, Ramos M, Fernández A. "Salud y Juventud". Consejo de la Juventud de España. Madrid, 2002
- DiCenso A, Guyatt G, Wilan A, Grffith L. "Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials". *BMJ* 2002; 324: 1426
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ganar Salud con la Juventud*, En: *Salud Pública*. CISNS, Madrid, 2002
- García-Sánchez I, Ariete S, Rivadeneyra A. "Sida y mujer: buenas prácticas en prevención". *EASP*, 2002
- Ministerio de Sanidad y Consumo. "La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud". *MISACO*, 2000



Jovenes y sexualidad

Pilar Cuéllar

3.1. Acerca del concepto de sexualidad

Durante siglos, en nuestra cultura la sexualidad ha sido un tema tabú, y actualmente aún siguen existiendo creencias erróneas y falsos mitos en torno a la misma.

El **modelo heterosexista, genital y reducido al coito** ha estado y sigue estando presente. Es decir, el "imperialismo del coito", en el que parece que éste es la única y más placentera forma de expresión y relación sexual y los genitales el órgano sexual por excelencia más importante y más "grande".

La sexualidad tiene que ver con los sentimientos hacia el propio cuerpo, con la forma de vivenciamos como hombres y mujeres, con el placer que se puede sentir a través de la piel y del resto de los sentidos. Está relacionada también con la expresión de emociones, sentimientos, afectos, pensamientos, deseos..., con la capacidad de dar, recibir, sentir y expresar ese placer.

Con mucha frecuencia, se suele asociar y, por ende, reducir y limitar la sexualidad a la genitalidad. Evidentemente, la **Sexualidad Humana** es algo más que la penetración del pene en la vagina o que el coito heterosexual, y tiene más funciones, además de la procreativa o reproductora.

Aunque la sexualidad siempre ha estado unida a la **reproducción**, hoy en día sabemos que esta función es una más y que existe la posibilidad de elegir el momento, la edad, la situación... en la que optar por ser padres/madres. No obstante, de alguna manera, el modelo reproductor está subyacente en las creencias, expectativas, expresiones, ideas y, sobre todo, en la forma de hacer educación sexual y en los mensajes negativos que transmitimos a niños/as, adolescentes y jóvenes...

La mayoría de las relaciones sexuales no tienen como fin la reproducción, sino simplemente la capacidad de sentir, expresar y compartir **placer**

sexual; sería una forma de **comunicación**, de expresar ternura, cariño, afectos, sentimientos, de estar en contacto con otra persona, del mismo o de distinto sexo. La relación sexual es una de las formas más íntimas y excitantes que tenemos los hombres y las mujeres de comunicarnos con aquellas personas a las que amamos, nos atraen, nos excitan, nos gustan, nos apetecen, nos seducen o nos erotizan.

Por ello la sexualidad no es algo que se tiene o no se tiene, que se quita o que se pone, todas/os somos sexuadas/os desde que nacemos hasta que morimos.

Y todo el cuerpo también es sexuado. La sexualidad no está entre las piernas, sino repartida por toda la **piel**, que es, junto con el **cerebro**, el órgano sexual más importante (y más grande). La piel es como una especie de radar dispuesto a percibir sensaciones placenteras: por medio de la caricia y del contacto físico y corporal sentimos placer y nos alimentamos afectivamente.

Hablamos pues, de relaciones sexuales positivas y placenteras, es decir, **Satisfactorias, Sanas y Seguras**, que son lo que conocemos como **Salud Sexual** y que constituye la línea central del trabajo con jóvenes en el área de la educación afectivo-sexual de las asesorías Forma Joven.

La **Salud** no es sólo la ausencia de enfermedad, es también el bienestar físico, psíquico y social. La salud sexual tiene que ver con ese bienestar corporal, sexual y psíquico: " Es la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor " (OMS, 1974).

Para empezar, podríamos ir trabajando con los/as jóvenes la concepción genitalista y coitalista de la sexualidad: rompiendo estas creencias e ideas tan arraigadas que hacen que chicos y chicas se encuentren con dificultades en la vivencia de su propia sexualidad, limiten su expresión sexual y, por tanto, mantengan comportamientos de riesgo que perpetúan los modelos sexistas imperantes en nuestra sociedad.

3.1.1 Los/as jóvenes y la sexualidad

Los/as jóvenes son seres sexuados, su sexualidad es un aspecto fundamental para su desarrollo integral como seres humanos.

Tanto desde los medios de comunicación como desde la sociedad en general se hace demasiada presión sobre ellos/as para que tengan relaciones sexuales prematuras y sin protección: el sexo vende y se comercializa con él a muchos niveles.

Pero lo cierto es que los/as adolescentes reciben mensajes contradictorios, porque tanto desde el sistema familiar como desde el sanitario y educativo se les niega la sexualidad, y, por tanto, el derecho a estar bien informados/as.

No se dan las óptimas condiciones para que vivan sin riesgo, sin culpa, sin vergüenza, y de manera segura y saludable su sexualidad.

No podemos olvidar que constituyen un grupo de riesgo en lo que a sus prácticas sexuales se refiere, debido al momento evolutivo en el que se encuentran inmersos, a la fragilidad emocional, a la manera de percibir los riesgos y las situaciones, a las vivencias inmediatas sin visión de futuro...

Hay numerosos estudios e investigaciones que apuntan una serie de cuestiones relacionadas con la sexualidad juvenil que han ido cambiando a lo largo de estas últimas décadas:

- La actividad sexual ha aumentado entre los/as jóvenes.
- La edad de inicio de las primeras relaciones coitales se ha adelantado en chicos y chicas.
- Hay más información y programas educativos sobre sexualidad y relaciones sexuales, tanto en los medios de comunicación como en las familias y en centros escolares.
- Ha aumentado la utilización del preservativo, pero como medida contraceptiva: la concienciación como medio de prevención, sobre todo del VIH, todavía está lejos.

Aunque exista más información y más programas formativos e informativos en el ámbito sexual, todavía hay muchos/as jóvenes que viven con miedo e insatisfacción sus relaciones sexuales y sin adoptar medidas eficaces de protección.

Las cifras de embarazos no deseados, de interrupciones voluntarias de embarazos y de casos de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes siguen aumentando de manera progresiva, sobre todo en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 19 años.

Es fundamental, para su desarrollo integral como seres humanos, que este colectivo tenga una vivencia positiva y a la vez placentera de su sexualidad y sus relaciones sexuales. Ello facilitaría un mejor conocimiento del propio cuerpo y supondría vivir la sexualidad sin miedo, culpa ni conflictos. Y con muchísimos menos riesgos: las cifras de chicas embarazadas en la adolescencia, de jóvenes seropositivos/as y de personas insatisfechas con sus cuerpos y sus vivencias sexuales bajarían de manera considerable.

Lo que sí es evidente es que la educación sexual desde edades tempranas fomenta y potencia un comportamiento sexual más seguro en los/as jóvenes, así como un aplazamiento en el inicio de las primeras relaciones coitales.

Tenemos que dar aún más información a los/as jóvenes. Pero, ¿qué tipo de información estamos transmitiendo?. Puede que la relacionada con la reproducción, es decir, con lo que hay que hacer para que no haya embarazos no deseados ni VIH/SIDA.

Pero no hablamos de cómo expresar los sentimientos, o transmitir ternura, o qué hacer para sentir más placer sexual, o comunicarnos mejor con la pareja, o potenciar las fantasías sexuales, o el erotismo y la sensualidad. Tampoco hablamos del placer, de la capacidad de gozar y disfrutar, de utilizar bien el cuerpo, de no sentir miedo, de abrir la sensibilidad y sacar a la luz la ternura.

3.1.2 Conductas de riesgo

• ¿Qué entendemos por prevención de conductas de riesgo?

Nos referimos a aquellos instrumentos que, como técnicos/as del ámbito educativo y de la salud, podemos aportar a los/as adolescentes y jóvenes para que puedan afrontar los riesgos en sus relaciones sexuales, reduciendo los peligros para su salud.

Tendremos que tener en cuenta que los/as adolescentes se inician en muchas conductas que suponen riesgos para su salud física, social y/o emocional, pero ellos/as no tienen esta conciencia de riesgo. Los/as profesionales de la salud y de la educación tendremos que hacer que los/as jóvenes tomen conciencia, pero no con alarmas ni miedos, sino desde la **gestión del riesgo**: es decir, desde el aprendizaje del manejo de las propias situaciones de riesgo.

Los/as adolescentes constituyen, en sí mismos, una población de riesgo, es decir, son vulnerables, debido a los comportamientos sexuales que mantienen; por tanto una prevención eficaz debe tener en cuenta una serie de características:

- Son sexualmente activos/as, siendo el coito sin protección y sin planificación una conducta sexual muy practicada por ellos/as.
- Se encuentran en una etapa de descubrimiento, de curiosidad, de experimentación y vivencias de nuevas sensaciones y relaciones, inherentes a su propia condición de joven, que facilitan la aparición de comportamientos de riesgo.
- El consumo ocasional o continuado de alcohol y otras drogas aumenta la vulnerabilidad a los riesgos y dificulta la toma de decisiones y la negociación de un sexo seguro.
- Muestran sentimientos de invulnerabilidad ante la amenaza de enfermedad, no tienen percepción de riesgo, pues existe una desconexión entre el riesgo real y el que son capaces de percibir: "a mi no me va pasar".

- Muchos/as chicos y chicas tienen una vivencia de la sexualidad pobre y limitada, sin contacto con el propio cuerpo y con las propias emociones, desligada de las apetencias y deseos; el resultado es una vivencia poco gratificante de la misma.
- La información con la que cuentan es ineficaz o inadecuada; quizá los/as profesionales tengamos que cuestionarnos o reflexionar acerca de nuestro modo de hacer información y educación sexual.
- No disponen de intimidad o espacio personal para mantener las relaciones sexuales y ello facilita las conductas de riesgo.
- Muchos/as tienen fantasías románticas e ideales de espontaneidad con respecto a las relaciones sexuales y amorosas. En este tema existe un gran sesgo de género.
- Muchos/as sienten miedos, sobre todo en las primeras experiencias coitales; miedos debidos a las informaciones negativas, a la falta de información o a la desinformación, así como a la escasa preparación emocional. En estas primeras experiencias, el uso de medidas de protección es bastante escaso.
- La presión del grupo de iguales también juega un papel muy importante en la adopción de comportamientos de riesgo: hay que aceptar las normas de grupo para ser aceptado/a por el mismo.

¿ Por qué se mantienen los comportamientos de riesgo?

Igualmente hay que considerar las posibles causas que condicionan esta conducta; R. Bayés (1995) analiza estas actitudes y concreta tres cuestiones fundamentales:

- Piensan que los comportamientos de riesgo implican placer inmediato (por ejemplo el orgasmo) y que las medidas de prevención pueden suponer una disminución del placer (uso del preservativo).
- Porque las consecuencias negativas aparecen a largo plazo (embarazo, ETS, VIH/SIDA ...).

- Porque no existen síntomas inmediatos en el momento de la práctica de riesgo.

Pero el caso es que hay muchos/as adolescentes que, a pesar de la amenaza del SIDA y del constante bombardeo de información, siguen practicando comportamientos de riesgo ¿por qué?

La información es una condición necesaria pero no suficiente para hacer que los/as jóvenes adquieran actitudes preventivas y adopten medidas de protección frente al VIH/SIDA y/o un embarazo no deseado.

Además es necesario y eficaz que contemos con el colectivo al que van dirigidos nuestras acciones e intervenciones, en este caso jóvenes y adolescentes, para tener en cuenta sus necesidades y así poder incorporar distintos instrumentos de prevención acordes a su manera de sentir y estar en el mundo.

Si como educadores/as no tenemos esto en cuenta, estaremos cayendo en los mismos errores de siempre, planificando y diseñando programas educativos desde nuestra óptica, sin colocarnos en el lugar de la persona joven.

Lo que está claro es que los programas preventivos en jóvenes deberían contemplar, al menos, algunos de estos **objetivos o ideas básicas**:

- Que los/as adolescentes puedan **retrasar la iniciación de las relaciones sexuales con penetración**: muchos/as no están preparados/as emocionalmente acerca de las consecuencias y las responsabilidades que conllevan las relaciones coitales. Necesitan aprender a comunicarse, a negociar sus relaciones sexuales, a desarrollar sus habilidades, a tomar contacto con sus cuerpos y sus sensaciones, a reivindicar el derecho al placer...
- Promover el **uso de preservativos**: cómo negociar o pedir su uso, cómo obtenerlos, cómo colocarlo de manera correcta, cómo jugar con ellos o cómo erotizarlos. Habría que trabajar también los miedos

y las dudas que puede generar el uso del mismo (" *me estará bien*", " *se me romperá*", " *perderé la erección*", " *me cortará el rollo*").

- Trabajar desde un modelo de sexualidad basado en la **desgenitalización y en la descoitalización de la sexualidad**.
- **Reducir el consumo abusivo de alcohol y drogas**, que alteran la conciencia y la capacidad de tomar decisiones y precauciones profilácticas.

Es igualmente importante la actitud que los/as jóvenes tengan hacia la sexualidad: una vivencia positiva de la misma hace que el/la joven adopte un papel activo en su vida sexual, que sienta que ésta depende de sí mismo/a y que tenga mayor capacidad para controlar todo lo que le pase en sus relaciones sexuales; evidentemente, esto facilita la utilización de medidas de protección.

Tomando como referencia el interesante y todavía vigente estudio realizado por la Consejería de Salud en el año 1993: "Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo", se recogen algunos guiones e **ideas básicas para mejorar la vivencia de la sexualidad** por parte de la población adolescente y reducir así las prácticas de riesgo.

- " *No puede ofrecerse a los/as jóvenes la idea de que la sexualidad es equiparable al coito... Mas bien al contrario, hay que dar la idea de que la sexualidad es algo más amplio y complejo*".
- " *...habrá que resaltar, especialmente cuando los mensajes se dirijan a los varones, que la sexualidad tiene unos componentes comunicativos y afectivos que la enriquecen enormemente*".
- " *...cuando el mensaje se dirija a las chicas habrá que resaltar el componente de obtención de placer de la sexualidad, por estar en ellas supeditado éste a lo afectivo o, cuando mucho, al placer del compañero*".
- " *...insistir en lo absurdo de la fuerte estereotipación y diferenciación de roles entre chicos y chicas que, como se ha visto, constituye en sí misma un fuerte obstáculo a las buenas relaciones entre ambos sexos...*"

- "...huir de la común asociación que se hace entre sexualidad y reproducción cuando, al pretender hablar a los/as niños/as y jóvenes de sexualidad, las explicaciones se limitan casi exclusivamente a la reproducción y a los métodos anticonceptivos ..."

• **Prevención de comportamientos de riesgo**

En lo que respecta a la prevención de comportamientos de riesgo, hay una serie de variables que influyen en la no utilización de medidas de protección por parte de la población adolescente y que deberían tenerse en cuenta en las Asesorías Forma Joven:

A. Las habilidades personales: Muchos/as jóvenes mantienen relaciones sexuales sin protección, no por falta de información acerca del uso del preservativo, sino por falta de habilidades a la hora de comprarlo, de colocarlo, de llevarlo encima, de exigir su uso...

Por ello, sería interesante trabajar con los/as mismos/as, ya sea de manera individual, en pareja o en grupo, el aprendizaje de estas habilidades; que toquen los preservativos, que los huelan, que hablen de sus miedos y dudas.

B. Habilidades de comunicación y de negociación: Existen dificultades a la hora de expresar el tipo de relaciones sexuales que cada persona o miembro de una pareja quiere. Estas dificultades de comunicación se ven agravadas por el desequilibrio de poder entre los géneros.

Habría que entrenar a los/as jóvenes en habilidades de comunicación para que aprendan a expresar lo que sienten, necesitan, quieren o no quieren y a negociar relaciones sexuales seguras, sin delegar el control ni la responsabilidad en el otro/a. Trabajar la negociación de un sexo seguro.

C. La autoestima: La falta de habilidades sociales y comunicativas suelen ser debidas a una baja autoestima: miedos e inseguridades, a dificultades en aceptarse, en encontrar una identidad propia o incluso a sentirse rechazados/as. De esta manera, y con este bajo autoconcepto, muchos/as jóvenes mantienen conductas de riesgo y relaciones sexuales insatisfactorias.

Trabajar sus capacidades, potencialidades y recursos, para que aprendan a quererse más y un poquito mejor. Que se conozcan, que sepan aceptar su cuerpo y su imagen corporal, así como a reconocer sus cualidades positivas. Esta es la base para unas relaciones sexuales **Sanas, Seguras y Satisfactorias**.

D. Los ideales románticos: Muchos/as jóvenes piensan y creen que tanto la negociación de las relaciones sexuales como el uso del preservativo rompen la espontaneidad y el romanticismo de las mismas, que el amor no es compatible con medidas de prevención: " *Si me quiere, no me va a contagiar nada...*" o " *si le pido que se ponga el preservativo, va a desconfiar de mí...*". Es la base de las creencias de que el amor, a modo de fetiche, protege contra cualquier enfermedad. Esto suele ser más frecuente en las primeras relaciones sexuales con penetración, debido a las expectativas que surgen en torno a éstas.

E. El género: Diferentes formas de relacionarnos hombres y mujeres, diferentes expectativas y roles para unos y otras, dependiendo del género y de lo que socialmente se espera de cada uno.

Estas desigualdades de género dificultan la prevención del VIH/SIDA y de los embarazos no deseados, en los que subyacen ideas como las siguientes: " *los hombres no son responsables de tomar medidas de protección; las mujeres son dependientes y delegan su placer sexual ...*"

Tenemos que tener en cuenta la variable género en todas nuestras intervenciones y trabajar las actitudes de chicos y chicas, eliminando las de corte sexista y potenciando las de igualdad y respeto entre los sexos y los géneros.

3.1.3 Género y sexualidad.

Partimos de que hombres y mujeres somos distintos y que tenemos procesos de socialización totalmente distintos. Por tanto, la forma de amar, sentir y expresar la sexualidad es vivida de manera diferente por unas y otros.

Debido a ello, existen una serie de "patrones sociales" en los que:

- **Las mujeres** deben ser pasivas y afectivas, no mostrar ni expresar deseos ni necesidades sexuales. Por tanto, asumen un rol pasivo y dependiente, en el que no participan activamente en la toma de decisiones de sus relaciones sexuales.

Esto crea una serie de barreras en la expresión de sus necesidades sexuales, delegando siempre en el hombre y dificultando la prevención y la negociación de unas relaciones sexuales saludables.

Las relaciones sexuales desde este supuesto no son igualitarias, sino sumisas, pues hacen que su propio placer dependa del otro. Ello comporta una serie de consecuencias: no reconocen su sexualidad, no se masturban, no conocen su propio cuerpo, delegan la decisión de coito y del uso de protección, asumen muchos riesgos y, además, tienen relaciones sexuales insatisfactorias o poco gratificantes.

Las primeras experiencias coitales de muchas chicas jóvenes suelen ser sin previa planificación y sin protección alguna, en una búsqueda de satisfacción de ideales románticos.

- **Los hombres** deben ser activos, llevar el control de las relaciones sexuales, estar siempre dispuestos, mostrar su virilidad, correr riesgos, tener deseos sexuales incontrolables e irreprimibles. No mostrar miedos, no expresar emociones ni afectos, sentirse invulnerables ante la enfermedad.

Por otro lado, al hombre se le ha enseñado a magnificar su sexualidad, a afianzar su masculinidad a través del coito, a estar siempre dispuesto, a tener muchas relaciones sexuales y con cuantas más mujeres mejor.

Estas primeras experiencias coitales suelen ser muy decepcionantes tanto para los chicos como para las chicas, pues no suelen corresponder con las expectativas previstas. Además de no ser satisfactorias, suelen ser inseguras. Muchos/as creen que las relaciones con penetración deben ser espontáneas.

El modelo sexual predominante y que nos han "vendido" a hombres y a mujeres es de tipo reproductor, centrado en el rendimiento y en la ejecución, en conseguir metas, en la penetración vaginal, en la genitalidad y en la búsqueda incansable del orgasmo, evidentemente dentro de los límites de la heterosexualidad. Es una trampa para ambos sexos, pues limita y dificulta la expresión de la sexualidad, olvidando el goce y el placer. Desde esta perspectiva, es difícil la construcción de la sexualidad como un proceso de comunicación y de enriquecimiento tanto para mujeres como para hombres.

Esto quiere decir que el hecho de que las mujeres jóvenes se reconozcan como sexuadas está íntimamente relacionado con los comportamientos de riesgo: tener unas relaciones sexuales gratificantes, vivenciar y aceptar de forma positiva el propio cuerpo, aceptar que el placer depende de cada una, reconocer los propios deseos y necesidades sexuales... son elementos que proporcionan a las mujeres iniciativas para tomar decisiones y para negociar relaciones sexuales seguras.

Ello está muy relacionado con el concepto de **Empoderamiento**: "...sería como recuperar el poder perdido...tiene que ver con nuestra capacidad de sentir, de pensar, de decidir, que en algún momento por unas causas u otras, hemos perdido o no hemos desarrollado..." (Fina Sanz." Los laberintos de la vida cotidiana").

El hecho de que los chicos tengan que estar demostrando continuamente su virilidad también dificulta la adopción de medidas de protección ante comportamientos de riesgo. Si ellos aprendieran a hablar de sus necesidades sexuales más que de sus capacidades, de sus miedos, de sus emociones y sentimientos, también estaríamos haciendo prevención.

A los chicos no se les habla acerca del funcionamiento de sus cuerpos, ni de su sexualidad, pues se supone que ellos aprenderán solos. Sin embargo, a las chicas sí, al menos en lo que a la salud reproductiva se refiere. Por lo mismo, muchos hombres jóvenes son incapaces de hablar sobre sus propios problemas sexuales. Se supone que lo saben todo y, cuando tienen dudas, no buscan ayuda o no saben pedirla. Esto tiene que ver con las ideas sobre la virilidad que la sociedad le marca al género masculino, creando obstáculos y dificultades para adoptar medidas de protección en las relaciones sexuales.

Habría pues que programar intervenciones educativas que permitan trabajar todas estas cuestiones de género.

El objetivo es la búsqueda de relaciones afectivas y sexuales más satisfactorias, creativas y lúdicas. Porque éstas son las que nos hacen a mujeres y a hombres más sanos/as y libres.

Estas actitudes dificultan la prevención de ETS-SIDA y de embarazos no deseados tanto en hombres como en mujeres:

- En la base del uso incorrecto de las opciones anticonceptivas, también subyacen todas estas cuestiones de género, en las que la última responsable a la hora de evitar un embarazo no deseado dentro de una relación heterosexual es la adolescente.
- Entre los/as jóvenes se protagonizan casos de abusos y agresiones sexuales y chantajes emocionales, fomentándose la violencia masculina y las relaciones de poder. En estas circunstancias, la negociación de un sexo seguro y de unas relaciones gratificantes son bien difíciles.

• ¿Cómo podemos intervenir desde esta perspectiva de género?

Un primer paso sería reconocer cómo estas desigualdades de género influyen en las relaciones sexuales, para así estar en disposición de analizar y entender cómo el desequilibrio de poder entre hombres y mujeres está muy íntimamente relacionado con la transmisión del VIH/SIDA, ETS y embarazos no deseados.

Existe evidencia de que las intervenciones más eficaces son las que se realizan desde edades tempranas, con el objetivo de eliminar estas actitudes sexistas en chicos y chicas:

- En la adolescencia, analizar los estereotipos de género, para liberar a ellos de toda la responsabilidad asumida y otorgar a ellas más "poder" y autonomía en el proceso de toma de decisiones con respecto a las relaciones afectivas y sexuales.
- Podríamos también comenzar por cambiar nuestro lenguaje, pues también es sexista y a través del mismo se perpetúan estereotipos:

incluir a los dos géneros en nuestra manera de hablar, expresarnos y dirigimos a mujeres y a hombres.

- Articular mecanismos para que mujeres y hombres jóvenes aprendan a comunicarse y a asumir responsabilidades conjuntas tanto en la salud sexual como en la reproductiva.

3.2. La educación sexual o cómo enseñar a gozar.

La sexualidad se educa desde el momento mismo del nacimiento e incluso mucho antes de que éste se produzca.

A través de la escuela, de los padres/madres, de los medios de comunicación, de los/as iguales, de palabras, gestos, expresiones, miedos, silencios ... cada sociedad y cada cultura transmite sus valores y articula las bases de los distintos elementos y modelos implicados en la educación afectivo-sexual.

Ésta siempre se ha constituido como un tema polémico, pero actualmente el debate ya no es sí o no a la educación sexual, sino **qué tipo de educación sexual podemos llevar a cabo.**

No hay que obviar que siguen existiendo multitud de mitos relacionados con la educación sexual:

- *Los/as niños/as y los/as jóvenes no tienen sexualidad. Por ello lo mejor es no hablarles de ningún tema sexual.*
- *La información sexual incita a que las personas tengan relaciones sexuales de forma muy prematura.*
- *La educación sexual no es necesaria, pues la sexualidad es algo muy íntimo y que cada cual irá descubriendo poco a poco, cuando llegue el momento.*
- *Si a los/as jóvenes se les habla del placer, querrán probarlo todo.*

En el sector educativo, en nuestro país, la LOGSE considera la educación sexual un tema transversal, es decir, un tema a tratar en todas las asignaturas y contenidos. La práctica real es bien distinta, pues en la mayoría de las

ocasiones se realiza como una actividad concreta o un programa puntual en el tiempo.

Desde la perspectiva de la Salud Pública, las intervenciones respecto a las relaciones sexuales con jóvenes se centran en dos tipos de actuaciones complementarias y paralelas: la promoción de la salud, la prevención de riesgos y las consecuencias negativas de las relaciones sexuales.

No somos conscientes de que día a día, tanto desde el sector sanitario como desde el educativo, estamos transmitiendo el modelo social vigente del que hablábamos anteriormente. En el mismo se pone de manifiesto la dificultad de educar para el placer.

El modelo educativo que se ha venido desarrollando en las últimas décadas ha estado basado en la prohibición, en el miedo y en las enfermedades y/o patologías. No podemos centrarnos únicamente en los peligros de la sexualidad: los embarazos no deseados y el VIH/SIDA y otras ETS.

Pero sí que podemos hablar del placer, de los cambios que experimentan los cuerpos ante la excitación sexual, de cómo expresar los sentimientos, de la masturbación, de qué hacer para sentir más placer o goce sexual. Es decir, un modelo basado en la **promoción de la sexualidad**, resaltando el aspecto placentero de la misma y la dimensión comunicativa. El objetivo es hacer a los/as jóvenes responsables de sus comportamientos sexuales, ofreciendo una visión positiva y desmitificada de la misma. O lo que es lo mismo: **enseñar a gozar**.

Si no contemplamos estos aspectos, los/as adolescentes seguirán iniciándose en sus primeras relaciones sexuales con miedos, insatisfacciones y riesgos: los chicos intentando ser los más eficientes posibles, cumplir y dar la talla y las chicas asociando el sexo al amor, sin reivindicar ni sus cuerpos ni su placer.

Debemos ir dando un lugar preferente dentro del aula a los programas de educación afectivo-sexual, no limitándolos a una charla o intervención puntual: habría que adaptarlo al proyecto curricular. Es igualmente importante y útil la implicación de madres, padres, educadores/as, personal sanitario, iguales...

Pero cuando hablamos de educación sexual no nos referimos únicamente a la que se imparte en los centros educativos: de manera programada. También tenemos que contemplar la llamada **educación no formal, espontánea, o accidental**: el silencio, la ausencia de información, los gestos, las actitudes, las creencias, las ideas, las expresiones..., también son elementos a través de los cuales se educa.

3.2.1. Elementos educativos:

- **Familia: Padres y/o madres.**

La familia es un referente importante para las personas, sobre todo para niños/as y jóvenes.

Lo deseable sería que los padres y las madres constituyeran una de las fuentes básicas de información pero la realidad es que en muchas ocasiones existen problemas de comunicación padres/madres - hijos/as:

- Muchos/as no reconocen la sexualidad de sus hijos/as, piensan que son asexuados/as.
- Otros/as la reprimen, incitando a la culpa o la vergüenza.
- Algunos/as no se sienten capacitados/as para dar esa información, no tienen la suficiente preparación ni los recursos ni las habilidades.

Es fundamental fomentar y potenciar la comunicación padres/madres - hijos/as, buscar espacios y lugares de encuentro en los que juntos/as debatir y reflexionar sobre los temas que más preocupan.

La comunicación intrafamiliar es clave para generar mensajes positivos de salud. Por ello tenemos que dar apoyo a padres/madres, desde el asesoramiento y la información, acerca del proceso evolutivo de sus hijos/as, para que puedan tener un diálogo con éstos/as más abierto, tolerante y comprensible sobre la sexualidad y facilitar así comportamientos más sanos en adolescentes.

Una estrategia de apoyo es a través de las AMPAS (Asociación de Madres y Padres), implicándolas en las actividades que estamos llevando

a cabo con los /as adolescentes en los centros educativos, es decir, haciéndoles partícipes del PROYECTO FORMA JOVEN. Si nos dedicamos a lamentarnos o a escudarnos en la poca colaboración de los padres/ madres, evidentemente avanzaremos poco.

• Escuela

La escuela se constituye como un espacio educativo privilegiado para fomentar la salud de niños/as y jóvenes. Pero la información que se transmite en casa debería estar en concordancia con la que estamos impartiendo en la escuela.

Hay profesores/as que se niegan a enseñar estos contenidos, otros/as que no se sienten preparados/as para hablar de estos temas con sus alumnos/as, otros/as que prefieren que sea una persona experta y ajena al centro la que se encargue de los programas, algunos/as se atreven pero se ciñen a la parte biológica, o desde lo moral, incitando al miedo o al rechazo...

Incluso a veces se les pide una autorización a los padres y madres para que sus hijos/as acudan a las clases de educación sexual, pero... ¿para asistir a clases de idiomas, de gimnasia o de educación medioambiental se les requiere esa autorización?

Cada vez más educadores/as recurren a las guías didácticas, materiales curriculares que trabajan desde la construcción del conocimiento. Es necesario contar con un buen material didáctico de apoyo en el aula, con actividades atractivas, lúdicas y dinámicas para los/as jóvenes.

Para ello es recomendable basarnos en una metodología de trabajo fundamentada en la Pedagogía Activa, por medio de la cual los/as alumnos/as sean la parte activa de su propio proceso educativo, elaborando estrategias eficaces y efectivas de aprendizaje para que, por medio de las mismas, podamos llegar a los /as jóvenes con cercanía, credibilidad y confianza:

- Creando un ambiente abierto y participativo, con una actitud positiva por parte de los/as profesionales encargados de las asesorías (ya sean éstas de manera individual, de pareja o grupal) y del desarrollo de los programas educativos.

- El planteamiento puede ser: construir nuestras repuestas en base a sus dudas, necesidades e inquietudes, adaptando nuestras intervenciones a las personas y no viceversa.

• Medios de comunicación

Radio, televisión, cine, publicidad, revistas ...son algunos de los medios más potentes para llegar a niños/as y jóvenes y a toda la población en general; pero podrían tener un gran poder educativo en vez de " *de-formativo* " e incluso informativo.

A través de los medios de comunicación nos bombardean de consumismo y el sexo es un producto de consumo más, que se asocia con la juventud y la belleza. Podíamos reivindicar una televisión educativa, en la que de verdad se educara en sexualidad.

No obstante, hay algunos programas en los medios de comunicación que sí son bastantes recomendables y aprovechables, como por ejemplo en la radio: " En tu casa o en la mía " (en "Los 40 Principales"). También hay buenas secciones especializadas en periódicos o revistas: " El país de las Tentaciones"...

Y no debemos olvidarnos de uno de los medios de comunicación que hoy en día están utilizando mucho los/as jóvenes, y que es muy útil a la hora de transmitir información: INTERNET, con páginas *web*, *chats*, mensajes a móviles, correos electrónicos..., aunque también, en algunos casos, es una herramienta peligrosa.

• Profesionales:

Cada vez hay más recursos para que los/as jóvenes puedan acceder a los servicios de orientación sexual para jóvenes y de planificación familiar. Pero una vez más volvemos a lo mismo: se trata desde el punto de vista asistencial de la sexualidad.

Por ello, desde las Asesorías Forma Joven y con la coordinación de profesionales del ámbito de la salud y de la educación, tenemos la oportunidad de cambiar esto y de apostar por otra manera de trabajar, dando una

respuesta más completa a las demandas de los centros educativos y sanitarios y sobre todo a las necesidades reales de los/as jóvenes.

Cada vez somos más los/as profesionales de diversos ámbitos implicados en la ardua tarea del trabajo con colectivos juveniles desde la óptica de la promoción de la salud. Lo ideal es constituir equipos multidisciplinares desde los que poder intervenir en todas las áreas de la salud adolescente.

• Grupo de iguales

Los/as amigos/as suelen ser los/as primeros/as en informar en temas sexuales. Siempre existe una especie de líder, alguien con influencia y credibilidad en el grupo y en quien confían muchos/as adolescentes.

Se ha constatado que es tal la influencia que tiene el grupo de iguales en la adquisición de información, de comportamientos o de actitudes en el ámbito de la salud que actualmente muchos programas educativos se basan en esta metodología de **educación entre iguales** o de formación de **mediadores/as juveniles**. Así al menos nos aseguramos que la información llega a muchos/as jóvenes a través de personas cercanas, previamente formadas y que, además, tienen credibilidad.

Fomentar la participación de los/as propios/as jóvenes incorporándolos a los programas informativos y formativos es lo que se está haciendo desde el Consejo de la Juventud de Andalucía a través de los cursos de "Mediadores/as Juveniles en Educación Afectivo-Sexual".

Desde esta perspectiva, la promoción de una sexualidad positiva, la prevención de ETS, VIH-SIDA y de los embarazos no deseados es más real y efectiva.

3.2.2 ¿Cómo asesorar en FORMA –JOVEN?

El apoyo de las personas adultas (padres, madres, profesores/as, tutores/as, educadores/as, sanitarios/as) es básico para jóvenes y adolescentes: que se sientan comprendidos/as, apoyados/as, queridos/as, escuchados/os, que puedan hablar sobre su sexualidad, sus relaciones sexuales y sobre

todos aquellos temas que más les preocupen. Chicos y chicas demandan más y mejor comunicación en cuestiones sexuales con los/as adultos/as, pero éstos a veces no se atreven o no se sienten capacitados/as.

A nivel de servicios sanitarios, también tienen dificultades para encontrar espacios acogedores a los que puedan acudir con cuestiones relacionadas con su salud sexual, genital y reproductiva.

Los servicios de Planificación Familiar suelen estar orientados hacia la salud reproductiva y fundamentalmente a la población femenina. Habría que fomentar aún más la accesibilidad a lugares a los que puedan acudir chicos y chicas y en los que puedan hablar de manera clara, natural y confidencial sobre aquellas cuestiones que más les preocupan. Espacios en los que no sientan temor a recibir un "trato moralista", ofreciendo una atención de calidad y respondiendo a sus demandas y necesidades reales.

Estas demandas también tienen que ver con el espacio y el horario, es decir, adecuados a sus necesidades: muchos/as jóvenes no acuden a los Servicios de Orientación Sexual porque o bien no saben dónde se ubican, los horarios son incompatibles con sus actividades escolares, formativas, laborales...o bien porque no quieren que familiares, vecinos/as y demás sepan que acuden a estos servicios.

Existe, por tanto, la necesidad de dar una respuesta a las demandas de los/as jóvenes, es decir, ofrecer una atención integral en la que abordar de manera real sus problemas y necesidades en el ámbito sexual; no sólo dar información, sino también trabajar las habilidades que les permitan elegir de manera responsable y gratificante.

Desde las **ASESORÍAS FORMA JOVEN** se pretende paliar estas dificultades en el acceso a este tipo de dispositivos por parte de los/as jóvenes.

Además, la idea es no ofrecer sólo y exclusivamente atención e información en el área de la salud reproductiva, sino en cualquier ámbito de la sexualidad y de las relaciones sexuales: miedos, dudas, inseguridades, disfunciones, confusiones... Atendidos/as por un personal con actitudes abiertas y tolerantes, con competencias en habilidades de comunicación, sin prejuicios ante la sexualidad de los/as jóvenes, para no caer en actitudes moralistas o culpabilizantes, que se dirijan a ellos/as con un lenguaje cer-

cano, claro, comprensible y respetuoso con las distintas maneras de vivir y expresar la sexualidad, sin tecnicismos ni " medicalismos ".

La idea es que los/as jóvenes participen y se sientan escuchados/as, aceptados/as, valorados/as, respetados/as en un ambiente relajado, agradable, íntimo e informal, en el que la confianza que depositen en los/as profesionales sea básica.

Según el estudio, " Sexualidad y Contracepción en Jóvenes Andaluces. Estudio cuantitativo" los/as jóvenes demandan más y mejores servicios de orientación en los que:

- Puedan recibir información tanto de sexualidad como de anticoncepción.
- Puedan recibir orientación o asesoramiento en problemas sexuales y de pareja.
- Puedan recibir tratamiento sobre las ETS.
- Puedan obtener métodos anticonceptivos.

Por ello la línea de trabajo debe ser de corte más sexológica que médico-sanitaria, más educativo- formativa que asistencial.

• Educar en el respeto

- Hacia los/as demás y sus sentimientos, hacia la diversidad, hacia lo distinto.
- Podemos posibilitar el que los/as jóvenes aprendan a decir y a expresar lo que les gusta y lo que no, lo que quieren y lo que no.
- Cada persona es dueña de su cuerpo y responsable del propio placer.

En definitiva, a enseñar habilidades de comunicación para poder expresar derechos y sentimientos, la forma de alcanzar el más elevado grado de placer físico y mental, la manera de vivir la sexualidad sin miedos ni culpas, sin conflictos.

• ¿Cómo enfocar nuestras intervenciones dentro del Programa FORMA JOVEN?

- En primer lugar, tendríamos que reconocer que son sexualmente activos/as: que tienen deseos, necesidades y apetencias sexuales
- Desgenitalizar y descoitalizar la sexualidad.
- Ofrecer una información lo más cercana, correcta, accesible y clara posible: romper los mitos y falsas creencias.
- Incidir en actitudes poco favorables hacia la utilización de métodos anticonceptivos, sobre todo del preservativo: no como una barrera o una limitación en las relaciones sexuales, sino como algo positivo que permite disfrutar de las mismas sin correr riesgos.

Deberíamos promover, tanto desde las Asesorías como desde el Aula, una educación basada en los valores, es decir, una verdadera **educación sentimental** desde la que proporcionar a las personas jóvenes una atención próxima a sus estilos de vida, acorde con los espacios en los que habitualmente se mueven.

Esto es lo que entendemos por **educación afectivo-sexual**.

3.3. Acerca de la comunicación.

3.3.1. ¿ Qué es la comunicación?

La podríamos definir como una interacción social en la que se dan una serie de intercambios informativos.

Siempre estamos comunicando, pues es imposible no comunicar nada. En los procesos educativos en los que nos vemos inmersos en relación con los/as jóvenes, deberíamos dar más valor a la comunicación, para ser cons-

cientes no sólo de qué estamos transmitiendo sino también de cómo lo estamos haciendo.

Es importante así mismo que podamos contribuir desde las Asesorías Forma Joven a que los/as adolescentes aprendan a comunicarse de manera eficaz pues ésta es la piedra angular de las relaciones sociales, amorosas y sexuales y está íntimamente relacionada con los comportamientos de riesgo y con una vivencia positiva de la sexualidad.

Podemos tener en cuenta algunas ideas básicas:

La comunicación verbal:

A través de la palabra y del lenguaje expresamos ideas, sentimientos, conceptos, pensamientos. Transmitiendo una correcta y adecuada información, estableceríamos un diálogo a nivel individual o grupal con los/as jóvenes, regulado por la retroalimentación y respaldado por la escucha activa.

La comunicación no verbal:

La comunicación no verbal o el lenguaje corporal es otra forma de comunicarnos que permite el intercambio de información, expresar afectos y sentimientos, subrayar y/o dar intensidad al mensaje verbal o sustituir a la palabra.

Existen muchos y diferentes tipos de mensajes no verbales que nos pueden ser válidos para potenciar la comunicación verbal en nuestras intervenciones:

- La mirada o contacto ocular. Es muy importante comunicarnos con la mirada, como apoyo a nuestra escucha activa, interés y disponibilidad. Utilizando la mirada invitamos a la participación.
- Los gestos faciales. Mediante las expresiones que hacemos con la cara transmitimos información de agrado, desagrado, comprensión, apoyo, indiferencia, tensión, enfado Así mismo, desciframos mensajes por medio de las expresiones de los/as demás, es decir, podemos conocer el estado de ánimo de cualquier persona que tengamos enfrente y que venga a realizarnos una consulta.

- Los gestos de las manos. Las manos y los brazos hacen énfasis en una conversación, haciendo que ésta sea más franca. Los movimientos del cuerpo y las posibilidades expresivas de éste son múltiples y muy amplias.
- La voz: tono, modulaciones, volumen, ritmo... Aparte de ser indicativa del estado de ánimo, es uno de los principales modos de expresión. Por medio de la voz captamos la atención del auditorio, tanto en consultas individuales como en el aula.

A veces, ese lenguaje del cuerpo resulta claro y comprensible pero otras no y puede ser causa de incomunicación. En ocasiones, la desconexión entre lo que se quiere decir y lo que expresa el cuerpo favorece la falta de credibilidad acerca de lo que estamos intentando transmitir o informar en ese momento.

3.3.2. Para que la comunicación sea más efectiva

He aquí unas claves que pueden potenciar la comunicación en nuestras intervenciones y, por ende, mejorarlas:

- Transmitir con claridad lo que queramos comunicar, para no emitir mensajes contradictorias ni incorrectos. Elaborar y estructurar las ideas y utilizar un vocabulario adecuado, fluido y claro.
- Escuchar activamente, que no es lo mismo que oír. La escucha activa es una actitud y consiste en no interrumpir a quién está hablando, emitir señales no verbales de contacto visual, proximidad física, expresión facial...
- Empatizar. Colocarse en el lugar del otro/a, meterse en su propia piel, imaginar cómo siente, o cómo se está sintiendo en el momento concreto.
- Comunicar de manera no verbal. La postura, los gestos, la mirada, es decir, el lenguaje corporal, son también expresiones relevantes del proceso comunicativo.

- Feedback o retroalimentación: Aseguramos de que nuestra información ha llegado bien y ha sido comprendida.
- Realizar preguntas abiertas, para no condicionar las posibles respuestas.
- Facilitar la expresión de la emoción. Hay jóvenes que puedan llegar a las Asesorías muy angustiados/as y preocupados/as.
- Dar mensajes positivos, pues elevan la autoestima de nuestro/a receptor/a.

3.3.3. Otras comunicaciones

Hay otras vertientes de la comunicación que nos interesa señalar: comunicaciones relacionadas con cómo transmitir mensajes de salud. Sería de cara a planteamos las intervenciones educativas, tanto en el espacio individual como de pareja o grupal o educativo:

• A nivel verbal, el qué decimos:

El contenido debe ser lo más claro y explícito posible, sin tecnicismos, adecuándonos al nivel cognoscitivo del grupo para que éste lo pueda comprender bien. El lenguaje técnico o demasiado científico crea barreras. Por ello, habría que emplear un lenguaje cercano a las personas jóvenes.

El mensaje debe ser importante, interesante, útil y creíble para los/as destinatarios/as. Pero sin negativizar la información.

• A nivel no verbal, cómo lo decimos:

- Es interesante que tengamos en cuenta el lenguaje corporal.
- Mantener contacto visual. Para ello, si nos sentamos en círculo facilitamos ese contacto y la comunicación será más fluida.
- Modular nuestro tono de voz y hacer cambios en la entonación.

- Movernos por la sala, como una forma de captar la atención. El mensaje resultará más divertido e interesante.

3.3.4. Comunicación y conductas de riesgo

A veces los/as jóvenes llevan a cabo conductas de riesgo que realmente no desean: por la presión de grupo, por que todos/as lo hacen, por aparentar " algo más ", por " estrenarse " y ser mejor considerado/a en el grupo Al tener la primera relación sexual con penetración (y sin protección) o al comenzar a consumir algún tipo de drogas, suele pasar esto.

Decir "no" es una dificultad, por temor a ser rechazados/as, a no ser queridos/as, a ser dejados/as de lado. Pero podemos enseñarles a decir no de una forma adecuada, con claridad y que, además, se sientan bien con ellos/as mismos/as, potenciando su forma de comunicarse, su autoestima y sus habilidades sociales.

Otras veces puede existir lo contrario, es decir, dificultades para decir " sí", para relacionarse social o sexualmente con alguien que les gusta, para pedir una cita, para aceptar un piropo o un cumplido, para ir a algún sitio...

También podemos enseñarles a decir, pedir o expresar lo que se quiere, necesita, gusta o apetece.

Tanto unas situaciones como otras vienen por falta de habilidades en la comunicación, por no saber decir " sí " o " no", y por no saber decir las cosas de forma clara y sencilla.

• ¿Cómo podemos enseñar a los/as jóvenes a optimizar sus procesos de comunicación?

A través del entrenamiento en habilidades para una buena comunicación.

• ¿Qué son las habilidades sociales?

Son conductas verbales y no verbales que se utilizan en las relaciones interpersonales y sociales para expresar sentimientos, deseos, emociones, opiniones, ideas, deseos...

Las habilidades sociales son esenciales para obtener tanto relaciones óptimas afectivas (amorosas y amistosas) como sociales. Es también una manera de aprender a resolver los problemas.

La comunicación, pues, está en la base de este concepto. Hay muchas personas, jóvenes y adolescentes, que tienen dificultades para comunicarse con otros/as o expresar emociones y sentimientos.

Como son conductas aprendidas, es decir, repuestas adquiridas, son susceptibles de cambio o modificación y por lo tanto se pueden enseñar nuevas respuestas o habilidades. Ello es lo que se conoce como **entrenamiento en habilidades sociales** y el objetivo es optimizar las capacidades y recursos sociales y personales.

Por ejemplo, aprender a negociar un sexo seguro implicaría comprar sin corte ni vergüenza preservativos, "exigir" el uso correcto del mismo, saber decir no a una relación, tanto si no apetece como si no hay medidas de protección, encontrar alternativas sin riesgo a la penetración...

Es muy útil con los/as jóvenes y adolescentes ensayar todas estas habilidades, ponerlas en práctica mediante situaciones dramatizadas ("un como si"), en las que se aprende sobre la marcha y se puede evaluar entre todo el grupo (juego de roles o role-playing). Éstas se identifican también como estrategias de promoción de la salud y de la prevención de comportamientos de riesgo.

La mayoría de los problemas de embarazos no deseados o de transmisión de VIH/SIDA vienen por falta de habilidades para comunicarse, para desenvolverse, para exigir ciertos requisitos a la hora de mantener relaciones sexuales, para decir no cuando realmente se quiere decir no.

Trabajar desde esta perspectiva es hacer directamente educación sexual. Es básico diseñar programas en los que se potencie en las personas jóvenes el conocimiento de uno/a mismo/a, trabajando la autoestima y fomentando sus capacidades y recursos personales y sociales.

3.4. Acerca de las actitudes

Decimos que en educación sexual no basta con sólo transmitir información, sino que tenemos que tener en cuenta también las actitudes de las personas con las que vamos a trabajar. Es decir, analizarlas para incidir en ellas en sentido positivo y lograr así un cambio en el comportamiento.

Esto también se extiende a nosotros/as mismos/as como educadores/as: es importante que tengamos en cuenta y que seamos conscientes de cuales son nuestras actitudes ante determinados temas relacionados con la sexualidad. No podemos perder de vista que vamos a estar en contacto con jóvenes y adolescentes y que vamos a trabajar sus miedos, sus dudas, sus intereses, sus necesidades... Por ello, nuestra actitud tiene que ser abierta y tolerante, sin dejarnos llevar por elementos moralizadores.

3.4.1. Concepto de actitud

Una actitud es una predisposición a valorar algo, ya sea un objeto, una persona, una idea, una situación... de manera favorable o desfavorable y que, por tanto, nos hace actuar de forma positiva o negativa. Se forma a lo largo de la vida, como fruto de las distintas experiencias y, aunque es estable, se puede cambiar.

3.4.2. Componentes de la actitud en la sexualidad

Toda actitud consta de tres componentes:

- **Componente cognitivo:** La información y los conocimientos que se tienen sobre la sexualidad, las relaciones o las conductas sexuales, así como también las creencias y las distintas formas de pensar acerca de algún tema en el ámbito sexual.

- **Componente afectivo:** Valoración positiva o negativa ante las relaciones o las conductas sexuales. Las distintas formas de sentir ante expresiones relacionadas con la sexualidad.
- **Componente conductual:** Comportamientos y acciones relacionados con lo que se piensa y lo que se siente en relación a la sexualidad, a las relaciones y a las distintas expresiones sexuales.

Generalmente se entiende la educación como una mera transmisión de información; ésta es necesaria, pero por sí sola no es suficiente, pues supondría trabajar únicamente con el nivel cognitivo, cuando lo conveniente es trabajar con los tres niveles.

3.4.3. Funciones de las actitudes

Las actitudes cumplen una serie de funciones:

- Simplifican y clasifican la información.
- Expresan maneras de ver el mundo y de posicionarse ante determinados temas.
- Permiten la identificación con una determinada ideología y, por tanto, con un grupo social.
- Expresan las creencias sociales de un momento histórico determinado.

Con respecto a la sexualidad, todos/as tenemos actitudes positivas o negativas hacia la misma, pero éstas no son puras, pues se reparten a lo largo de los extremos de un mismo continuo: en un extremo está la **erotofobia**, es decir, la actitud más negativa, y en el otro la **erotofilia** o la más positiva.

Como " educadores/as ", sería conveniente que conociéramos en qué punto del continuo nos situamos, pues no debemos transmitir actitudes próximas a la erotofobia, ni con nuestro cuerpo, gestos, expresiones o palabra, sino más bien al contrario, actitudes positivas, flexibles, abiertas y tolerantes.

3.4.4. Tipos de actitudes

Los autores E. Amezúa y N. Fourcart proponen un modelo llamado **trireferencial** en el cual explican los distintos tipos de actitudes existentes en relación a la sexualidad:

- **Normatividad:** Actitudes referidas a la existencia de una serie de normas que regulan el Hecho Sexual Humano. Es un eje bipolar, en el que en un extremo están las actitudes prohibitivas y en el otro las permisivas.
 - **Prohibitivas:** prohibición de determinadas conductas, expresiones o relaciones por razones morales, religiosas, políticas, sociales, sanitarias...
 - **Permisivas:** todo tipo de expresión sexual es válida, hay una especie de " permiso social " para realizar determinadas conductas sexuales.

Estas actitudes normativas están muy arraigadas en nuestra cultura, aunque no en su estado puro, sí con matices.

- **Combatividad:** Actitudes en las cuales se utiliza la acción, bien para atacar determinadas ideas o posturas, bien para defenderlas. Pueden ser, por tanto, de **ataque** o de **defensa**, y también son ejes bipolares.
- **Comprensividad:** actitudes que muestran **empatía** (ponerse en el lugar del otro/a), **comprensión**, **crecimiento**, **cultivo**... Es decir, según este tipo de actitudes, la sexualidad, las conductas, las rela-

ciones, las expresiones sexuales no tienen que ser algo prohibido o permitido, o que tengamos que atacar o defender, sino más bien cultivar y comprender. Este eje no es bipolar, sino multipolar.

A lo largo de la historia la sexualidad siempre ha sido condenada, moralizada, patologizada... Pero no existe nada "anormal" o "normal" "bueno" o "malo", pues no podemos juzgar las vivencias o las expresiones sexuales de ninguna otra persona.

Como "educadores/as" nos podríamos situar en este último eje, en el de la **comprensión** y el **cultivo**: acercándonos a los/as jóvenes, conectando con ellos/as y sus vivencias sin valorarlas, condenarlas ni juzgarlas, pero sí cultivándolas.

Estos tipos de actitudes se han traducido en distintas maneras de sentir a nivel histórico y social, dando lugar a unos modos de hacer educación sexual que, según los profesores y autores **Barragán F.** y **Villadangos F.**, aún perviven en algunos casos:

- **Modelo reproductor-estricto:** Suele coincidir en nuestro país con una etapa histórica determinada, marcada por la dictadura.

- Basado en un marco normativo prohibitivo.
- Lo válido es la penetración vaginal dentro de una relación heterosexual.
- Cualquier práctica que se salga de esos supuestos es condenada.
- La homosexualidad es una enfermedad mental y la masturbación un pecado.
- La comunicación y el placer no cuentan.
- No existe la información sexual.
- Multitud de mitos y tabúes.

Hemos avanzado en este sentido, aunque quedan rescoldos de tantos años de represión. En muchas culturas aún sigue vigente este modelo de relaciones sexuales.

- **Modelo reproductor progresista:** Coincidiendo con la transición.

- Basado en un marco normativo preventivo.
- La sexualidad comienza a ser reconocida como una parte muy importante de las personas.
- Se legaliza la anticoncepción.
- Se perfilan colectivos que reivindican una serie de derechos: homosexuales, mujeres...
- La penetración sigue siendo la práctica sexual por "excelencia", y la esencia de la misma es la reproducción.
- La prevención de embarazos no deseados y ETS se constituye como algo urgente y prioritario.

Este modelo aún sigue vigente se sigue confundiendo la educación sexual con la información sobre métodos anticonceptivos o sobre anatomía genital.

- **Modelo permisivo-orgásmico:**

- Basado en un marco normativo de tipo permisivo.
- Se admite la diversidad de la sexualidad.
- Se permite cualquier práctica sexual, tendencia, orientación, preferencias...
- Importancia del placer sexual y de la comunicación, así como del respeto, la responsabilidad y la libertad.
- El modelo sigue centrado en la genitalidad y en la práctica de la penetración, no con fines reproductivos, sino de búsqueda del placer.
- El orgasmo es lo más placentero, lo más deseable y necesario (a ser posible, mediante penetración vaginal).

- La practica sexual por excelencia sigue siendo el coito vaginal.

Este modelo también continúa vigente, se sigue marcando unas pautas y dando unos mensajes acerca de la manera de vivir la sexualidad: el coitocentrismo y la genitalidad.

- **Modelo humanista:** En el año 1994, la OMS, por fin, define la "salud reproductiva" ¡Ya era hora de comenzar a separar la salud sexual de la salud reproductiva!

- Basado en un marco normativo integrador.
- Cada persona es única y diferente.
- La sexualidad humana es una dimensión de la vida.
- No existen modelos de comportamientos deseables o normales.
- Somos diversos/as, variados/as, distintos/as y, como tales, tenemos intereses y necesidades distintas.
- La sexualidad se puede cultivar.

Y aquí es donde nos podemos situar actualmente o hacia donde podríamos dirigir nuestras acciones: el conocimiento del propio cuerpo, el aprendizaje de la ternura, de la comunicación, de las caricias, de la autoestima, del placer...

Probablemente con este modelo, la prevención de comportamientos de riesgo sería mucho más efectiva y la sexualidad más sana y divertida.

3.5. Algunas palabras sobre estrategias educativas.

Desde el punto de vista educativo, la metodología con la que podemos llegar a los/as jóvenes tiene que ir más allá de la transmisión teórica y ya

elaborada de conocimientos, y trabajar desde la construcción del mismo. Mediante dinámicas de grupo, juegos, debates, reflexiones individuales y grupales, podemos hacerles confrontar lo que piensan con lo que sienten. Hay que ir construyendo el conocimiento con ellos/as, partiendo de sus ideas previas: " Qué sé y qué quiero saber ".

No podemos olvidarnos de que no existe un recetario de técnicas para trabajar en la promoción de la sexualidad. Está claro que no es muy útil transmitir la información totalmente elaborada, con nuestros filtros personales, nuestras ideas y, en definitiva, **nuestras actitudes**.

Incorporar en nuestro trabajo cotidiano con la población juvenil actitudes positivas, abiertas y tolerantes.

Se incluyen las siguientes **sugerencias** o **indicaciones**, a tener en cuenta, porque pueden facilitar ese trabajo:

- Si los/as jóvenes demandan más profundidad sobre algún tema, no limitar su demanda. Hablarles de todo de la manera más clara posible, con un lenguaje comprensible y accesible:
 - Escuchar lo que piensan, para así comprenderlos/as mejor.
 - Empatizar con ellos/as.
 - Preguntar y no presuponer.
 - Molestarnos en comprobar que la información o los mensajes se han comprendido bien.
 - Crear un clima de confianza, en el que puedan expresar libremente sus miedos y dudas y en el que la comunicación sea lo más fluida posible.

- No poner énfasis en las consecuencias negativas de cualquier comportamiento o relación. No hay que incitar al miedo, pues estaríamos contribuyendo a que las personas se sientan inseguras y se bloqueen. Esto no sería sano, ni satisfactorio, ni seguro. Por ello, desde las Asesorías Forma Joven, podemos contribuir a que los/as jóvenes puedan **establecer relaciones basadas en la responsabilidad y en**

el respeto mutuo, desde una vivencia positiva de su propio cuerpo y de su sexualidad.

- No imponer nuestras ideas ni emitir juicios de valor. Tenemos que intentar que sean los/as propios/as chicos/as los/as que vayan creando sus propias ideas y formas de pensar, es decir, **formar a personas libres y críticas, con capacidad para decidir, elegir y para reflexionar.**
- No etiquetar a las personas ni a los comportamientos. No existe una única sexualidad, sino varias sexualidades (ricas, diversas, variadas, especiales y gratificantes). **No hablar de lo "normal" o "anormal", estaríamos moralizando.**
- No olvidamos que somos personas sexuadas, y, por tanto, tenemos que educar e informar como seres sexuados que somos.

Y por último, debemos ser conscientes, tanto los/as docentes como los/as sanitarios/as, de qué valores e ideas estamos transmitiendo a la población con la que estamos trabajando. Para llegar a entender, a comprender, a escuchar, a dinamizar a este colectivo, debemos estar preparados/as y capacitados/as **para examinar y revisar nuestras propias actitudes, prejuicios, estereotipos...** relacionados con los/as propios/as jóvenes y adolescentes y con la sexualidad.

Como herramientas de apoyo para posibles actividades grupales sobre sexualidad se incluyen, a modo de ficha, tres dinámicas con actividades de este área, para terminar con un listado de sugerencias que entendemos de utilidad en el manejo de grupos, tanto con profesionales como con adolescentes y jóvenes.

3.6. Algunas dinámicas para trabajar sobre el grupo de adolescentes.

Ficha 1: Concepto de sexualidad.

Objetivos:

- Romper el hielo para comenzar a hablar de sexualidad.
- Conocer las ideas previas que los/as alumnos/as tienen del concepto de la misma.
- Contribuir a la desgenitalización de la sexualidad.
- Definir la sexualidad a partir de sus distintas dimensiones.

Desarrollo:

- Se comienza la dinámica repartiendo nueve post-it a cada alumno/a. En la pizarra o en papel continuo dibujamos tres grandes bloques, en los que escribimos:

Cómo somos	Qué hacemos	Qué sentimos

- Los /as alumnos/as van escribiendo en cada papel:
- **Tres partes del cuerpo** con la que vivan su sexualidad en estos momentos (una parte en cada post-it).
- **Tres acciones** que realicen para expresar su sexualidad (una acción en cada post-it).

- **Tres sentimientos o sensaciones** que tengan en la vivencia de su sexualidad (un sentimiento en cada post-it).
- Una vez que cada persona ha escrito en los distintos post-it, se van levantando y pegando cada grupo de tres en la columna correspondiente.
- El /la educador/a va agrupando y sistematizando los resultados y reflexionando con el grupo en torno a los mismos: la genitalidad, el reduccionismo de la sexualidad al coito, las zonas erógenas, el cuerpo, los sentimientos, las sensaciones...

Finalización:

Los resultados van a estar supeditados a las vivencias y experiencias que el grupo haya tenido. Podemos sacar una " fotografía" de la sexualidad del grupo en el momento evolutivo en el cual se encuentran, así como tener una idea de aquellas cosas que más les preocupan o que más interés tienen en saber o conocer.

Materiales:

- Pizarra o papel continuo.
- Nueve post-it por cada alumno/a.

Tiempo: Aproximadamente 1 hora y 30 minutos.

Ficha 2: Las relaciones sexuales.

Objetivos:

- Dinamizar al grupo
- Analizar las relaciones sexuales que se establecen entre los géneros.
- Contribuir a la comprensión de la desgenitalización de las relaciones sexuales.

- Reflexionar y debatir conjuntamente acerca del modelo de relaciones sexuales imperantes en nuestra cultura.

Desarrollo:

- Salen dos personas voluntarias y cada una se sitúa en un extremo de la sala, frente a frente. Se les da la consigna a cada una: una hará de hombre y, como tal, colocará sus brazos juntos encima de la cabeza (simulando un pene) y la otra hará de mujer, colocando los brazos entrelazados delante del cuerpo como formando un círculo con los mismos (simulando una vulva).
- Cuando estimen oportuno comenzarán a "relacionarse sexualmente", acercándose y haciendo gestos o movimientos, empleando la imaginación. Se les dice que cuando la persona que hace de hombre logra introducir sus brazos en el círculo formado por los brazos de la que hace de mujer, se habrá producido una relación de coito.
- Se pueden rotar los papeles, puede salir otra pareja del mismo sexo, o incluso se puede introducir a una tercera persona, para ver los celos, el sentimiento de posesión...

Finalización:

Una vez terminado el juego se establece una reflexión analizando los siguientes elementos:

- ¿ Qué ha pasado?.
- ¿ Qué ha visto el grupo en la interacción?.
- ¿ Cuándo ha terminado la relación sexual?.
- ¿ Qué papel han jugado el hombre y la mujer?.
- ¿ Qué diferencias se han podido establecer con las personas que han jugado el papel del mismo o de distinto sexo?.
- ¿ Qué elementos eróticos se han utilizado?.

- ¿ Qué juegos de seducción se han utilizado?.
- ¿ Quién ha tomado la iniciativa?.
- ¿Qué género se ha mostrado como más activo o pasivo?.
- ¿ Cómo se puede extrapolar todo lo ocurrido a la vida real de chicos y chicas jóvenes?.
- ¿Se han utilizado medidas de prevención?.
- Otros...

• Es curioso analizar cómo casi todas las parejas que salen a representar la actividad suelen terminar la misma cuando en la simulación el pene entra en la vagina. Ello puede constituir un buen elemento para reflexionar o debatir en el grupo.

Tiempo: Va a depender del numero de parejas que "jueguen", pero aproximadamente unas dos horas.

Ficha 3:Las etiquetas.

Objetivos:

- Analizar las actitudes dominantes en nuestra sociedad con respecto a personas con VIH/SIDA.
- Analizar los prejuicios y estereotipos existentes en torno a "etiquetas sociales".
- Propiciar el debate y la reflexión conjunta.
- La importancia de romper el hielo y de iniciar el contacto físico.

Desarrollo:

- A cada persona se le coloca en la frente una pegatina, sin que vea lo que en ella hay escrito. Una vez colocadas todas las pegatinas, todas/os se

levantan y se empiezan a comportar con la otra persona según lo que hay escrito en la pegatina de cada una.

- Posteriormente se realiza un análisis general de cómo se ha sentido cada una/o, que averigüen qué acción, característica o etiqueta tenía cada cual.

- Algunos ejemplos de etiquetas:

ignórame- báilame- cántame- tengo hambre- soy seropositiva- soy negro- dame un abrazo- bésame- dime un piropo- soy gay- soy lesbiana- quiéreme- ayúdame- dame una sonrisa- soy toxicómano, tengo el SIDA, soy prostituta, acaríciame, no uso preservativos, tengo varias parejas, tengo gonorrea, soy gitana, soy ciego, soy inmigrante, soy heterosexual, estoy embarazada, me pincho, soy transexual, soy presidiario, estoy muy delgada...

Finalización:

- Elementos para una reflexión:

- ¿ Qué ha ocurrido? Se hace una ronda en la que cada cual dice la etiqueta que cree tener en función de la respuesta recibida por sus compañeras/os.
- ¿ Qué respuesta recibieron las personas seropositivas o con VIH? ¿ y las que tenían otras etiquetas cuyas características se suelen asociar socialmente al VIH/SIDA (homosexualidad, prostitución, cárceles, inmigración, drogas.) ?
- ¿ Por qué ocurre esto? ¿ Por qué se sigue discriminado socialmente a las personas con SIDA?.
- Extrapolar todo ello a nuestra sociedad actual y a la necesidad constante que tenemos de etiquetar a las personas por lo que hacen.
- Romper esas asociaciones y hablar del SIDA Social: la discriminación a la que están sometidas las personas seropositivas. La estigmatización del SIDA ha hecho que muchas personas mantengan en silencio que son seropositivas.

- Hablar también, por ejemplo de que no puedes juzgar a nadie, ni saber si es seropositiva/o, simplemente por su apariencia física. Por ello, la comunicación es muy importante a la hora de negociar un sexo seguro.
- La importancia de cuidarnos a nosotras/os mismas/os y a nuestras parejas.
- No existen grupos de riesgo, sino prácticas de riesgo.

Materiales:

Pegatinas escritas.

Tiempo:

40 minutos aproximadamente.

Recomendaciones

Esta dinámica se puede realizar también mediante gestos, sin que las personas hablen en la interacción con las etiquetas de la otra/o. Sería una forma de tener en cuenta la comunicación no verbal.

Sugerencias de otras actividades:

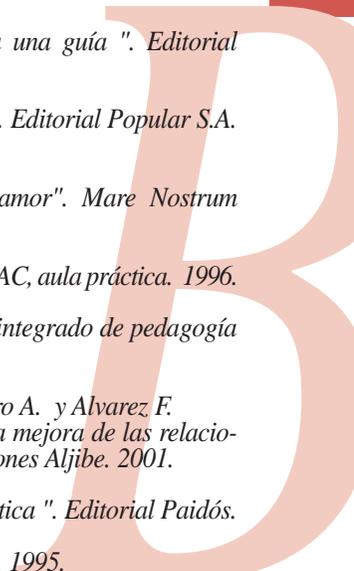
- **Lluvia de ideas** acerca de un concepto en concreto: sexualidad, SIDA, sexo seguro...
- **Murales** sobre algún tema (por ejemplo, " las 1001 razones para utilizar el preservativo").
- **Juego de roles o rol - playing** para ensayar y aprender habilidades de comunicación y de negociación de un sexo seguro.
- **Juicios:** sobre algún tema a debatir, con el objetivo de reflexionar acerca de los pros y los contras.
- **Panel de expertos/as**, para profundizar en algún tema concreto, por ejemplo las ETS.
- **Video – forum.** A partir de un documental, un vídeo o una película,

entablar un debate (guía didáctica: "Los amigos de Peter". Consejo de la Juventud de España).

- **Dibujos:** del cuerpo de uno/a mismo/a, de los genitales femeninos y masculinos...

Bibliografía

- Abenaza, R. " Sexualidad y Juventud. Historias para una guía ". Editorial Popular S.A. 1994.
- Acuña S. y otras autoras. " Coeducación y tiempo libre". Editorial Popular S.A. 1995.
- Altable Vicario, C. " Penélope o las trampas del amor". Mare Nostrum Ediciones. Colección Forum Didáctico. 1991.
- Alcántara, J.A."Cómo educar la autoestima".Editorial CEAC, aula práctica. 1996.
- Ariza C., Cesari MD, Gabriel y Galán M " Programa integrado de pedagogía sexual en al escuela " Narcea S.A.
- Barragán F, Cruz J.M., Doblas J.J., Padrón M, Navarro A. y Alvarez F. " Violencia de género y curriculum. Un programa para la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos". Ediciones Aljibe. 2001.
- Barragán, F. " La educación sexual. Guía teórico y práctica ". Editorial Paidós.
- Bayés R. " SIDA y psicología". Editorial Martínez Roca. 1995.
- Colectivo del libro de Salud de las Mujeres de Boston. " Nuestros cuerpos, nuestras vidas ". Icaria. 1984.
- Comfort, A. y Comfort J. " El adolescente. Sexualidad, vida y crecimiento". Editorial Blume. 1995.
- Consejería de Salud. " Sexualidad y Contracepción en la adolescencia. Un estudio cualitativo ". Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 1993.
- Consejería de Salud. " Sexualidad y Contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo ". Servicio Andaluz de Salud y Universidad de Sevilla. 1993.
- Cruz, C. " Guía para trabajar en el tiempo libre la diversidad de orientación sexual ". Consejo de la Juventud de España. 2001.
- Cuéllar Portero,P.:"Guía de Sexualidad para mediadores/as juveniles ". Consejo de la Juventud de Andalucía. 2000. 2ª edición año 2002 (en impresión).
- Cuéllar Portero, P. " Guía de prevención de VIH/SIDA para mediadores/as juveniles". Consejo de la Juventud de Andalucía. 2002 (en impresión).
- Delgado, M. "Pautas anticonceptivas de las españolas a fines del SG XX".
- DiCenso A, Guyatt G, Wilan A, Grffith L. "Interventions to reduce unintended



pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials". *BMJ* 2002; 324: 1426

- Esquivel, C.A. " *Manuales de capacitación en autoestima y género* ". Oficina nacional de la mujer en Guatemala y Agencia de Cooperación Internacional. 1998.
- Fernández Bedmar, J. " *Educación afectivo sexual* ". Proyecto Sur de Ediciones S.L.1997.
- Fernández, J. " *Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología*". Ediciones Pirámide 2000.
- García-Sánchez I, Ariete S, Rivadeneyra A. " *Sida y mujer: buenas prácticas en prevención*". EASP, 2002
- Hernán M, Ramos M, Fernández A. " *Salud y Juventud*". Consejo de la Juventud de España. Madrid, 2002
- Hostie R. " *Técnicas de dinámica de grupo* ". Publicaciones Icce. 1990..
- Kaplan, H. " *El sentido del sexo* ". Editorial Grijalbo.1981.
- López F. y Fuertes A. " *Para comprender la sexualidad* ". Editorial Verbo Divino. Navarra 1993.
- López, F. " *Educación Sexual de adolescentes y jóvenes* " Siglo Veintiuno de España Editores S.A. 1995.
- Marías, J. " *La educación sentimental* ". Alianza 1994.
- Martínez, J. y Rubio, R. " *La Sexualidad, a lo claro*". Editorial Popular. 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. " *Ganar Salud con la Juventud*", En: *Salud Pública*. CISNS, Madrid, 2002
- Ministerio de Sanidad y Consumo. " *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*". MISACO, 2000
- Pallares, M. " *Técnicas de grupo para educadores* ". Publicaciones Icce. 1990.
- Palmer, P. y Alberti, M. " *Auotestima. Un manual para adolescentes* ". Cinteco 1992.
- Rojas- Bermúdez J.: " *Teoría y técnicas psicodramáticas*". Editorial Paidós. 1997.
- Rubí M.L. " *Los anticonceptivos* ". Aguilar. 1996.
- Sanz, F. " *Psicoerotismo femenino y masculino*". Editorial Kairos. 1997.
- Sanz, F. " *Los vínculos amorosos*". Editorial Kairós. 1995.
- Sanz F. " *Los laberintos de la vida cotidiana*". Editorial Kairós. 2002.
- Seminario de educación para la paz. " *La alternativa del juego II*". Asociación Pro-Derechos Humanos de España. 1990.
- Subirats, M. y Brullet, C. " *Rosa y azul. La transmisión de los géneros en la escuela mixta*". Instituto de la Mujer. 1988.
- Vallejo- Nájera, A. " *La edad del pavo*". Ediciones temas de hoy.1997.
- Vargas, L. Bustillos, G. y Marfán M. " *Técnicas participativas para la educación popular*". Editorial Popular S.A. 1995.

Aplicaciones curriculares

Eduardo Rodríguez de la Rosa
I.E.S. Portada Alta. Málaga

La introducción del Proyecto Forma Joven en los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) se hace desde el Proyecto curricular del Departamento de Orientación, que se presenta al comienzo de cada curso y se revisa cada trimestre.

Aparte de la asesoría en sus diversas formas, es posible también realizar otro tipo de intervenciones dirigidas a un grupo completo, que servirán, sin duda alguna, también de promoción a la propia asesoría, sin que sea este su objetivo principal.

Tras la implantación generalizada de la Reforma de las Enseñanzas Medias, podemos encontrar centros donde sólo se imparta Educación Secundaria Obligatoria (ESO), cuyo alumnado contará entre 12 y 16 años, y centros donde se impartan también Bachillerato, Ciclos Formativos de Grado medio (mayores de 16 años), Ciclos Formativos de Grado superior (mayores de 18 años) y Programas de Garantía Social (PGS) que contarán más de 16 años.

En los centros donde se impartan Ciclos de grado medio o superior, relacionados con la Salud o con Animación socio-cultural, se puede plantear un grado de colaboración mucho más alto, tanto con el profesorado como con el alumnado. Los Departamentos pueden incluir la participación en el Proyecto Forma Joven dentro de su propio Proyecto curricular, y el alumnado puede participar en la programación y desarrollo de actividades educativas destinadas a los demás grupos del centro. Las actividades a realizar el día 1 de diciembre (Día internacional de lucha contra el SIDA y solidaridad con las personas afectadas) no son más que un ejemplo de las posibilidades que ofrecen los centros con este tipo de enseñanzas.

En todos los centros de Secundaria existe un Departamento de Actividades Complementarias y Extraescolares (DACE) con el que también puede contarse, y una de las funciones de la Vicedirección es la coordinación de todas las actividades extraescolares y complementarias de todos los departamentos.

El acceso a un grupo de ESO es más factible a través del profesor o profesora responsable de la tutoría de ese grupo, a quien se puede plantear

su colaboración directa en las intervenciones y en la comunicación con el Equipo educativo (el conjunto de docentes que intervienen en un grupo concreto), o indirecta facilitando la hora semanal de tutoría y asistiendo tal vez a las intervenciones. Fuera de la ESO no existe una hora semanal dedicada a tutoría y puede haber reticencias para encontrar el horario adecuado, especialmente a finales de cada Evaluación (Diciembre y Marzo) y muy especialmente en el último trimestre. Por otro lado, el alumnado de más de 16 años acudirá muy probablemente a la asesoría en la medida en que lo necesite, pues considerará su demanda en cuestiones de sexualidad dentro del ámbito de lo personal y no tanto en el de lo colectivo.

Ante esta variedad de grupos que ofrecen ahora los centros educativos y, sobre todo, ante la diferencia de edad que podemos encontrar, sólo podemos plantearnos las intervenciones en función de las necesidades que demande cada grupo, y serán necesariamente distintas las del alumnado de 12 años y las del alumnado de 16 a 18 años.

4.1. Ideas previas e intereses del alumnado.

Las alumnas y alumnos de Secundaria albergan un conjunto de creencias, convicciones y conocimientos en torno a la sexualidad que han ido adquiriendo desde la infancia, pero no siempre saben separar el conocimiento científico y verdadero de los abundantes mitos y creencias erróneas que siguen circulando.

Por otro lado, a medida que entran en la adolescencia o avanzan en esa etapa, todo lo relacionado con la sexualidad adquiere un interés especial, pero diferente en función de la edad y de las experiencias personales.

Para que una intervención educativa en grupo llegue a sus destinatarios debe tener esto muy en cuenta, y no se debe partir de lo que los adultos creen que a los adolescentes les debe interesar e inexplicablemente no les interesa, como el catálogo de enfermedades transmisibles sexualmente.

Sigue siendo además seña de identidad entre adolescentes y jóvenes el rechazo a lo que venga del mundo de los adultos y que les advierta de posibles peligros.

Los métodos para obtener las ideas previas y los intereses de un grupo son diversos:

A. Realizar una exposición de fotografías, noticias o artículos de revistas que han llamado su atención porque hacen referencia a algún aspecto de la sexualidad y, sobre todo, atender a sus comentarios puede dar buen resultado.

B. Obtener por escrito un conjunto de preguntas sobre sexualidad en general, analizarlas y utilizarlas después con el propio grupo del que provienen como recurso para discutir los aspectos más interesantes, es un método con resultados positivos contrastados.

Trabajar con lo que realmente interesa al grupo y partiendo de las creencias o ideas afianzadas, facilita la comunicación y la interacción con el adulto que interviene y a éste le dota de una gran credibilidad al haber demostrado sensibilidad a las demandas.

Como las demandas del grupo adolescente o juvenil en cuestiones de sexualidad no suelen estar relacionadas con lo científico, ni con el funcionamiento de los distintos órganos, sino con expectativas y vivencias, si como adultos con conocimientos científicos hacemos que en el punto de partida y en el método de intervención predomine lo que la investigación moderna haya aportado sobre disfunciones sexuales, anatomía, fármacos del tipo que sean o prótesis sustitutorias, sin duda habremos errado en el planteamiento. Los datos científicos deben servirnos para respaldar, confirmar, cuestionar o reprobamos actitudes y conductas, que es en lo que nos interesa incidir y, en algunos casos, lo que se debe modificar.

4.2. Educación preventiva, educación para el placer.

Es difícil disfrutar de los beneficios que nos aporta la sexualidad desde la advertencia de peligros y riesgos.

Si de entre las razones para mantener relaciones sexuales destacamos la obtención de placer y el sentirnos bien con nosotros mismos, o con otras personas, será más fácil que jóvenes y adolescentes disfruten de su sexualidad si se les educa de manera explícita en esto, en la vertiente placentera de la sexualidad. No es suficiente el educar en la prevención de riesgos para aprender a disfrutar. Sin embargo, sí resulta preventivo educar hacia lo placentero y hacia los sentimientos positivos.

Hay adolescentes que piensan que el disfrute sexual tiene un comienzo doloroso que después lleva al disfrute y a la euforia. Hay adolescentes que no logran librarse del dolor y sienten que el placer no pasa por su puerta. Hay adolescentes que constatan que la sexualidad puede comenzar con dolor y que, aunque este desaparezca, el ansiado placer no se presenta sino tímidamente, y mezclado con culpabilidades y miedos que intentan remediar con diferentes píldoras. Hay adolescentes y jóvenes que siempre han disfrutado de la sexualidad propia y compartida, y a quienes les resulta difícil comprender que para otras personas pueda ser de otra manera.

4.3. Sexo, género y aprendizaje de la sexualidad.

Somos mujeres u hombres porque nuestro sexo nos delata, pero nos comportamos como mujeres u hombres porque aprendimos y aprendemos a comportarnos como tales. Nuestra sociedad, admitida la educación diferente que recibimos hombres y mujeres (en la casa, en la escuela y en otros lugares), se esfuerza en un reparto igualitario de tareas y responsabilidades, o al menos dice que se esfuerza. En la práctica de la sexualidad también se dan diferentes comportamientos producto de diferentes aprendizajes. No suele tener el mismo significado «la primera vez» para un chico que para una chica, ni se da por igual el reconocimiento (mucho menos la jactancia) de la masturbación, ni tampoco su disfrute; la resistencia al uso de preservativos no se da entre chicas, o es anecdótico; el mantener relaciones a cambio de dinero tampoco se da en similares proporciones.

Por eso en cada intervención educativa han de tenerse en primer plano los comportamientos de género y justifican plenamente el trabajo en grupos segregados.

Así, no es lo mismo plantear una sesión sobre la necesidad o conveniencia de acudir a la consulta ginecológica dirigida a un grupo natural, donde hay chicos y chicas, que dirigirlo sólo a las chicas. El interés, las preguntas, y las solicitudes de demanda son muy superiores en el segundo

caso, y más aún si quien lo imparte es la enfermera que lleva la asesoría Forma Joven en el Centro escolar y puede atender después en el Centro de Salud. Aquí el éxito que se logra está muy relacionada con la empatía.

4.4. Temas

Presentamos temas sobre los que se puede intervenir con adolescentes y jóvenes: La respuesta sexual, Homosexualidad y Métodos anticonceptivos y ciclo menstrual.

El objetivo principal a plantearse debe ser que adolescentes y jóvenes aprendan a vivir una sexualidad físicamente satisfactoria, psíquicamente enriquecedora, variada en sus formas y con los menores riesgos posibles.

4.4.1. La respuesta sexual

Contenidos

- La implicación psicológica en el desarrollo de la respuesta sexual.
- Las distintas fases del ciclo de respuesta sexual.
- El reconocimiento de la propia respuesta sexual, especialmente en las chicas.
- Las relaciones no coitales como relaciones completas.
- Las diferentes posiciones coitales y su variabilidad geográfica y cultural.
- La respuesta sexual en relación a las preferencias heterosexuales, homosexuales o bisexuales.
- Disfunciones sexuales más habituales.
- Los roles de género en las relaciones sexuales.

- Dificultades o situaciones no esperadas en una relación sexual.
- La comunicación de los sentimientos, expectativas y resultados de las relaciones sexuales.
- Diferentes formas de masturbación femenina y masculina.
- La masturbación como una forma de conocimiento de nuestro cuerpo y de nuestra respuesta sexual.
- Naturalidad de la masturbación en chicos, chicas y personas adultas.
- La masturbación en pareja como práctica para conocer el cuerpo de la otra persona y su respuesta sexual.
- La masturbación en pareja como práctica carente de riesgos de embarazos no deseados o de enfermedades transmisibles sexualmente.
- Las actitudes de género sobre la masturbación

Metodología

Se reparte entre los miembros del grupo un folio en el que figura una pregunta sobre el tema. A continuación tienen que hacer esa pregunta a los demás miembros del grupo y escribir la respuesta y la justificación de la misma. Se realiza una puesta en común y un debate a partir de algunas de las respuestas.

Ejemplos de preguntas:

1. ¿A qué se debe el deseo sexual? 2. ¿Cada vez que haces el amor tienes que llegar al orgasmo? 3. ¿Cómo es el acto sexual entre chicas? 4. ¿Cómo les gustaría que fuera una relación sexual a las chicas? ¿Y a los chicos? 5. ¿Cómo notan las chicas que han tenido un orgasmo? ¿Y los chicos? 6. ¿Cómo se masturban las mujeres? 7. ¿Con qué edad es normal masturbarse? 8. ¿Cuáles son las zonas erógenas del hombre y de la mujer? 9. ¿En

las mujeres el placer está centrado en la parte externa o en el interior de la vagina? 10. ¿Es cierto que hay mujeres que no alcanzan el orgasmo? ¿A qué se debería? 11. ¿Es cierto que masturbarse es malo para el cuerpo y el desarrollo físico en la adolescencia? 12. ¿Es cierto que se puede llegar al orgasmo sin la penetración? 13. ¿Es igual o diferente el orgasmo que se siente haciendo el amor que mediante roces, caricias, etc.? 14. ¿Es verdad que las chicas sienten más placer que los chicos? 15. ¿Es verdad que las chicas tienen menos necesidades sexuales que los chicos? 16. ¿Hay más placer cuando haces el amor enamorada de la otra persona? 17. ¿Influye el alcohol a la hora de realizar el acto sexual con tu pareja? 18. ¿La masturbación puede ayudar en las relaciones sexuales dentro de la pareja? 19. ¿Las mujeres normales practican el sexo oral o es cosa de "guarras"? 20. ¿Masturbarse entre dos personas del mismo sexo quiere decir que sean homosexuales? 21. ¿Por qué es más frecuente que los hombres se masturban? 22. ¿Por qué es tan difícil llegar al orgasmo una pareja a la vez? 23. ¿Por qué hay algunos hombres y mujeres que se masturban y no lo admiten? 24. ¿Por qué las chicas no se atreven nunca a pedir salir, enrollarse o hacerlo con un chico? 25. ¿Por qué las mujeres demuestran menos su apetito sexual que los hombres? 26. ¿Por qué los chicos al desarrollarse sienten la necesidad de la masturbación? 27. ¿Por qué los hombres se corren antes? ¿Después qué hacen las mujeres para excitarse? 28. ¿Por qué si se masturba una chica piensan que es una "guarra", y si lo hace un chico piensan que es un "macho"? 29. ¿Por qué siente la mujer un sentimiento de culpabilidad después de la masturbación? 30. ¿Puede llegar a producir adicción la masturbación? ¿Por qué? 31. ¿Qué es la frigidez en la mujer? 32. ¿Qué es lo que más les gusta a los hombres que se les haga? 33. ¿Qué es un orgasmo? ¿En qué consiste? ¿Qué síntomas produce? 34. ¿Qué se puede hacer para librarse de la eyaculación precoz? 35. ¿Se podría retrasar o adelantar el orgasmo para conjuntarlo? 36. ¿Se puede contagiar el SIDA por la masturbación en pareja? 37. ¿Si te masturbas con el dedo o algo sigues siendo virgen? 38. ¿Si una persona no llega al orgasmo, tiene importancia? ¿Ha de decírselo a su compañero/a? 39. ¿Son efectivos los afrodisíacos? 40. ¿Una masturbación excesiva puede ocasionar problemas psicológicos o físicos? 41. Cuando se excita un hombre ¿en qué se nota? ¿Y cuando se excita una mujer? 42. Se comenta entre la gente, películas, etc., que la mujer necesita mucho más tiempo para que se excite. ¿Por qué? 43. Si la chica está muy tensa y le duele ¿qué se puede hacer? 44. Si las niñas se desarrollan antes que los niños, ¿por qué se masturban más tarde que los niños? 45. Si manteniendo relaciones sexuales tu pareja se sigue masturbando e incluso más ¿qué puede significar? 46. Si masturbarse es darse placer ¿por qué se ve como una "guarrada" siendo algo normal?

Dramatizaciones.

Las dramatizaciones son un instrumento de aprendizaje extraordinario pues permite recrear escenas no alejadas de la realidad para luego analizarlas. Siempre se debe advertir que los personajes actúan y que no se representan a sí mismos. Si el grupo es el habitual (un grupo escolarizado), debe cambiárseles el nombre. Al terminar la representación se les pregunta cómo se han sentido. Los comentarios sobre la representación deben incluir el planteamiento y el análisis de otras alternativas a la solución que hayan dado.

Antes de plantear una representación se tiene que tener muy en cuenta el grupo al que va dirigida. Las cuatro primeras representaciones las planteamos para adolescentes y jóvenes de más de 16 años. También pueden plantearse entre grupos mixtos para comparar las soluciones ofrecidas.

- Un grupo de chicas habla sobre sexo. Una de ellas comenta que mantiene relaciones con su pareja desde hace varios meses y no llega al orgasmo con la frecuencia que le gustaría. Pregunta a las demás si llegan habitualmente al orgasmo con su parejas y, en tal caso, cómo lo hacen.
- Un grupo de chicos habla sobre sexo. Uno de ellos comenta que mantiene relaciones desde hace varios meses y que su pareja no suele llegar al orgasmo. Pregunta a los demás si sus parejas llegan habitualmente al orgasmo y, en tal caso, cómo lo hacen.
- Un grupo de chicos habla sobre el uso del preservativo. Uno de ellos se jacta de que siempre plantea la relación sin preservativo y que con mucha frecuencia las chicas aceptan.
- Un grupo de chicas habla sobre el uso del preservativo. Una de ellas dice que su pareja se niega a usarlo porque le molesta y porque no siente lo mismo.
- María y Luis son una pareja que se ha conocido esa noche. Después de tomar unas copas y bailar se han ido a casa de María. Suena una música agradable. En un momento dado, él saca una cajita de preservativos. Ella le dice que está tomando la píldora y que nunca le

ha gustado hacerlo con preservativo. El chico debe tratar de convencer a la chica para mantener la relación con preservativo. La chica debe tratar de convencer al chico para mantener la relación sin preservativo.

En el análisis de las soluciones siempre deben plantearse, si el grupo no lo ha hecho, las relaciones no coitales. Si el grupo lo permite, se les debe ofrecer la posibilidad de plantear y recrear sus propias dramatizaciones

4.4.2. Homosexualidad y lesbianismo.

Sobre este tema entre jóvenes y especialmente entre adolescentes reina una gran confusión e ignorancia. Los mitos y las creencias erróneas están muy poco cuestionados y bastante consolidados.

Contenido

- Conceptos básicos: Homosexualidad, lesbianismo, heterosexualidad, bisexualidad, travestismo, transexualismo, gay, drag queen, queer, «salir del armario».
- Teorías explicativas de la homosexualidad y el lesbianismo.
- Homosexualidad y lesbianismo en otras culturas.
- La homofobia como elemento configurador del varón.
- Las formas de relación sexual entre personas del mismo sexo.
- Sueños o fantasías homosexuales.
- Sociedad actual y homosexualidad.

Metodología

Se reparte un folio a cada miembro del grupo y se pide que dibujen una relación sexual entre hombres y otra entre mujeres. Después cada uno explica su dibujo.

Podemos encontrar dibujos muy diferentes en función de que sea una pareja de chicos o una de chicas la representada. Es frecuente que dibujen a las parejas masculinas practicando penetración anal y a las parejas de chicas agarradas de la mano expresándose cariño.

Otra dinámica fácil pero de excelentes resultados consiste en plantear (del mismo modo que se describió más arriba) algunas de las preguntas habituales y hacer una puesta en común después:

1.- ¿Por qué me atraen otra chicas? 2. ¿Es normal que la gente de mi edad se sienta alguna vez homosexual? 3. ¿Los homosexuales y las lesbianas nacen o se hacen? 4. ¿Cómo se sabe si uno puede ser homosexual? 5. ¿Cómo pueden hacer el amor los homosexuales y las lesbianas? 6. ¿Cómo se sabe que eres lesbiana? 7. ¿Por qué está tan mal visto en la sociedad la homosexualidad? 8. ¿Cuándo se sabe que no eres homosexual? 9. ¿Si un chico es gay puede sentir algo al hacerlo con una chica? 10. ¿Se puede saber si un chico es gay al hacerlo con él?

4.4.3.. Métodos anticonceptivos y ciclo menstrual.

Contenido

- Descripción y funcionamiento de los métodos anticonceptivos masculinos y femeninos que existen.
- Fiabilidad y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.
- Colocación y retirada adecuada del preservativo masculino.
- Posibles consecuencias de una relación sexual arriesgada.
- Actitudes que llevan al rechazo por parte de los chicos de algunos métodos anticonceptivos, especialmente el preservativo masculino.
- Lugares donde, como adolescentes o jóvenes, pueden recibir orientación y ayuda en caso de necesidad.

- El ciclo menstrual y el alto riesgo de embarazo que supone utilizarlo como referencia para mantener o no relaciones sexuales no protegidas.
- Falsos métodos anticonceptivos y el grave riesgo que supone para su utilización.
- Habilidades sociales para la negociación del uso del preservativo
- Las relaciones sexuales placenteras sin riesgos.
- La medicación postcoital.
- Relación entre ciclo menstrual y embarazo.
- El aborto.

Metodología

Explicar en pequeños grupos o al grupo completo el uso y funcionamiento de cada método anticonceptivo. No deben utilizarse fotografías, sino que deben ser auténticos, incluso cuando se trate de los métodos distintos al preservativo. Es fácil que algunas chicas sepan explicar el uso de la píldora anticonceptiva y de algún otro método, como el DIU, por estarlo utilizando ellas mismas o alguien de su familia. También es frecuente que conozcan la medicación postcoital. Resulta siempre beneficioso para el grupo que uno de sus miembros explique lo que le correspondería al adulto que está a cargo del grupo.

Se debe dedicar especial atención al preservativo masculino por ser uno de los métodos más recomendables y adecuados para su edad.

Suelen provocar gran interés en el grupo las pruebas de elasticidad y sensibilidad. Veamos algunas: se coge el preservativo por los extremos y se estira lo más posible o se coloca sobre el puño como si del pene se tratase, luego se va abriendo la mano hasta que el preservativo se rompa. Se enfunda una mano en un guante de látex de los más finos que se encuentren en supermercados, o de los que se usan en el medio sanitario; a continuación, otra persona acaricia la palma de la mano que lleva el guante, finalmente se compara el grosor de los guantes con el de los preservativos.

4.5. Evaluación

La evaluación forma parte del proceso educativo y no debe entenderse, y menos en estos casos, como examen de los contenidos, sino cómo reflexión sobre lo que se ha hecho y sobre la metodología empleada.

Los métodos pueden ser muy diferentes y es especialmente interesante hacer que el grupo participe de esta evaluación de la misma manera que antes han participado en las dinámicas. También puede hacerse a través de cuestionarios y exponer los resultados al grupo.

Una buena evaluación nos va a permitir reforzar los aciertos y reformar lo que sea necesario.

Bibliografía

- BARRAGÁN, F.[coord.] (2001): *“Violencia de género y curriculum”*. Archidona: Aljibe. (Aporta un gran número de dinámicas para grupos)
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, (2000) *“Nuestros cuerpos, nuestras vidas”*. Barcelona: Plaza-Janés.
- CROOKS, R. y BAUR, K. (2000) *“Nuestra sexualidad”*. Thomson editores.
- MASTERS, W., JOHNSON, V. y KOLODNY, R. (1988) *“La sexualidad humana”*. Barcelona: Grijalbo.



guia

forma

•
joven

Área Adicciones

Área Adicciones

1. Análisis de la situación.....	1
2. Factores de riesgo y protección.....	8
3. La información como modelo de intervención.....	18
4. Estrategias concretas para el acercamiento a los jóvenes.....	30
5. Guía de recursos.....	44



*Autores:
Luis Robles Lozano,
Dolores de los Riscos Casasola,
José Luis Guruceláin Raposo,
María Monterrubio Ayo,
y Juan Díaz Salabert.*

1. Análisis de la situación.....	1
1.1. Cinco grupos de motivaciones para el consumo.....	2
1.2. Edades de inicio en el consumo.....	4
1.3. Monoconsumo, policonsumo y prevalencia.....	6
2. Factores de riesgo y protección.....	8
2.1. Mecanismos.....	9
2.2. Clasificación de los Factores de Riesgo y de Protección.....	10
2.3. Características de los Factores de Riesgo y Protección.....	13
2.4. Factores de Riesgo y Protección en la Escuela.....	15
3. La información como modelo de intervención.....	18
3.1. La información: limitaciones y algunas advertencias.....	18
3.2. La información que sirve.....	19
3.2.1. Acerca del informado.....	20

Análisis de la situación

3.2.2. Acerca del informador.....	20
3.2.3. Acerca del mensaje.....	22
3.2.4. Aspectos organizativos.....	29
4. Estrategias concretas para el acercamiento a los jóvenes.....	30
4.1. Escuchar activamente.....	30
4.2. Comprender la situación.....	33
4.3. Estadios del cambio.....	35
4.4. Motivar para cambiar.....	37
4.4.1. Fase I: Construir la motivación para el cambio.....	38
4.4.2. Fase 2: Fortalecer el compromiso para el cambio.....	40
5. Guía de recursos.....	44
Bibliografía.....	47

El consumo de drogas en nuestra comunidad ha experimentado una evolución sujeta en cierto modo a la situación social y económica. Así como determinadas drogas tienden a estabilizarse, otras aparecen en segmentos de la población cada vez más jóvenes. Por otra parte, no todas las sustancias generan el mismo nivel de conflicto, a la vez que las sustancias con niveles más bajos de conflictividad no encuentran el mismo tipo de rechazo en la conciencia ciudadana.

En nuestro país hemos pasado de un modo tradicional de consumo de drogas (caracterizado por un consumo moderado, en el que la demanda, el suministro y el propio consumo ha tenido un prolongado equilibrio), al nuevo modelo consumista caracterizado por la mayor disponibilidad de sustancias psicoactivas purificadas que proceden de las drogas naturales, por la gran variedad de productos sintéticos, la aparición de nuevas formas de consumo, el uso de nuevas vías de administración, (inyección intravenosa...). En definitiva, se ha roto el equilibrio que las sociedades habían mantenido durante siglos.

En este modelo consumista ha tenido un gran desarrollo el mercado de las llamadas drogas legales (alcohol, tabaco...), de tal manera que en los últimos años se ha vivido una explosión del consumo de estas sustancias en amplios sectores sociales, hasta convertirse en una conducta ampliamente generalizada entre adolescentes y jóvenes españoles. Tan es así que salir con los amigos a tomar copas es la actividad que más practican los jóvenes en sus momentos de ocio durante el fin de semana, convirtiéndose esto en un fenómeno de masas.

Este consumo se asocia mayoritariamente con motivaciones de carácter recreativo lúdico, como la dimensión y los procesos de integración y aceptación en el grupo. Pero existe un importante número de adolescentes que afirma beber para evadirse de los problemas o para superar las dificultades de relación con los demás, motivaciones estas que nada tienen que ver con las fiestas.

El consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes es percibido como una conducta normal, no sólo por los propios jóvenes sino también por parte de los padres y del conjunto de la sociedad, que contemplan con cierta resignación el fenómeno, a pesar de que la llamada del botellón está acompañada de frecuentes problemas graves como accidentes de tráfico, dependencia al alcohol o embarazos no deseados. Al consumo de alcohol se ha asociado el de tabaco y cánnabis, conformando uno de los cinco modelos de policonsumo más frecuentes en Andalucía, así como el de la cocaína y drogas de síntesis en menor grado.

1.1 Cinco grupos de motivaciones para el consumo

Aunque apuntábamos antes algunas de las motivaciones para el consumo de sustancias adictivas, podemos señalar, según el último estudio “ Los Andaluces ante las Drogas VII”, cinco grandes grupos de estas motivaciones, basados en las respuestas obtenidas de los jóvenes y adolescentes a los que se les cuestionó sobre el tema:

A. Motivaciones de pasividad y huida, con respuesta a estímulos frustrantes. Se trata de motivaciones de respuesta social del individuo:

- Pasar el rato.
- Escapar a problemas personales.
- Estar a disgusto en la sociedad.
- Pasar de todo.
- Sentirse discriminado en el trabajo.

B. Motivaciones inconscientes de adaptación e integración a las normas sociales establecidas, que también son motivaciones de respuesta social. Las razones que se integran en este grupo son:

- Por costumbre.
- Para estudiar o trabajar mejor.
- Para facilitar el contacto social.
- Por deseo de ser miembro de un grupo.
- Para no ser tenido por raro.

C. Motivaciones interpretadas como deseo inconsciente de libertad y transgresión (estímulos de gratificación personal). Al igual que las anteriores, se trata de motivaciones de respuesta social e incluyen las siguientes razones:

- Por el gusto de hacer algo prohibido.
- Por sentirme libre.
- Por encontrar un nuevo estilo de vida.

D. Motivaciones sintomatológicas de tipo médico. Son aquellas que aducen como razón:

- Enfermedad o dolor.
- Para calmar los nervios.
- Para dormir mejor.

E. Motivaciones experimentales, que hacen referencia al nivel puramente individual de la búsqueda de placer y nuevas sensaciones o experiencias. Engloban estas razones:

- Por experimentar placer y animarse.
- Por curiosidad y deseo de nuevas sensaciones.

Motivaciones, en datos porcentuales	% sobre respuestas	% sobre casos
Para pasar el rato	21.5	30.1
Por placer, por animarme	15.9	22.3
Por costumbre	23.2	32.5
Por curiosidad, para sentir nuevas sensaciones	6.1	8.6
Por el gusto de hacer algo prohibido	5.2	6.6
Por enfermedad o dolor	8.0	11.2
Por facilitar la conversación y el contacto social	1.8	2.5
Para calmar los nervios	4.4	6.2
Para dormir mejor	5.1	7.1
Por escapar a problemas personales	2.7	3.8
Por sentirme libre	2.0	2.9
Por estudiar o trabajar mejor	0.7	0.9
Porque paso de todo	1.0	1.4
Para no ser tenido por raro	0.7	0.9
Para sentirme aceptado por un grupo	0.8	1.3
Por sentirme a disgusto en la sociedad	0.6	0.9
Por encontrar un nuevo estilo de vida	0.1	0.2
Por sentirme marginado en el trabajo	0.2	0.3
TOTAL	100.0	140.1
BASE	(1.266)	(904)

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VII. 2.000.
Elaboración: Oficina del Comisionado para las Drogodependencias (AASS).

1.2 Edades de inicio en el consumo

Según los estudios reflejados en "Los Andaluces ante las Drogas VII", podemos ver que las sustancias cuyo consumo es más precoz son los inhalables, el tabaco y el alcohol, seguidos del cánnabis y los alucinógenos e inmediatamente después de las drogas de síntesis, anfetaminas, heroína, cocaína y el crack y, ya en edades adultas, de los tranquilizantes y los hipnóticos. Esta estructura de edades medias de inicio en los consumos es prácticamente la misma que la observada en 1998. Quizás el cambio más importante sea el inicio más precoz de la cocaína que se situó en 21'17 año y que en el año 2000 es de 20'57. Este descenso se debe a la incorporación de la mujer en el uso de esta droga en edades más tempranas (23'46 en 1.998 y 20'56 en el 2.000).

• A) Edades de inicio en el consumo de tabaco y alcohol. Andalucía 2000

SUSTANCIAS	Años	Total	Hombres	Mujeres
Tabaco	Hasta los 10	4.5	6.8	1.4
	De 11 a 13	14.9	16.2	13.2
	De 14 a 17	45.2	47.0	42.6
	De 18 a 19	20.6	17.6	24.8
	De 20 y más	14.8	12.4	18.2
	TOTALES	100.0	100.0	100.0
	BASES	(1.227)	(710)	(182)
Alcohol	Hasta los 10	2.6	2.8	2.3
	De 11 a 13	10.1	13.1	6.9
	De 14 a 17	48.7	56.3	40.0
	De 18 a 19	20.3	15.1	26.4
	De 20 y más	18.3	12.7	24.4
	TOTALES	100.0	100.0	100.0
	BASES	(2015)	(1037)	(978)

Fuente: Los Andaluces ante las drogas VII. 2000
Elaboración: Oficina del Comisionado para las Drogodependencias (AASS)

• B) Edades de inicio en el uso de inhalables, cánnabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, otros opiáceos, alucinógenos, anfetaminas, tranquilizantes, hipnóticos y crack.

SUSTANCIAS	AÑOS	%
Inhalables	Hasta los 14	34.9
	De 15 a 17	33.0
	De 18 a 21	19.9
	De 22 a 25	12.2
Cannabis	Hasta los 14	10.0
	De 15 a 17	33.7
	De 18 a 21	44.9
	De 22 a 25	8.7
	De 26 en adelante	2.7
Cocaína	De 15 a 17	25.4
	De 18 a 21	46.8
	De 22 a 25	18.1
	De 26 en adelante	9.6
Drogas de Síntesis	Hasta los 14	7.2
	De 15 a 17	26.3
	De 18 a 21	36.0
	De 22 a 25	16.5
	De 26 y más	14.0
Heroína	De 15 a 17	28.0
	De 18 a 21	42.4
	De 22 a 25	20.3
	De 26 y más años	9.3
Otros Opiáceos	Hasta los 14	5.8
	De 15 a 17	14.0
	De 18 a 21	56.1
	De 22 a 25	15.3
	De 26 y más	8.8

SUSTANCIAS	AÑOS	%
Alucinógenos	Hasta los 14	8.3
	De 15 a 17	48.1
	De 18 a 21	31.8
	De 22 a 25	8.1
	De 26 y más años	3.6
Anfetaminas	Hasta los 14	2.4
	De 15 a 17	39.8
	De 18 a 21	29.4
	De 22 a 25	12.6
	De 26 y más años	15.8
Tranquilizantes	Hasta los 14	2.8
	De 15 a 17	9.3
	De 18 a 21	13.8
	De 22 a 25	10.8
	De 26 y más	63.3
Hipnóticos	Hasta los 14	1.2
	De 15 a 17	6.8
	De 18 a 21	4.3
	De 22 a 25	8.5
	De 26 y más años	79.2
Crack	De 15 a 17 años	13.4
	De 18 a 21	42.9
	De 22 a 25	38.2
	De 26 y más	5.3

Fuente: Los Andaluces ante las drogas VII. 2000
Elaboración: Oficina del Comisionado para las Drogodependencias (AASS)

1.3 Monoconsumo, policonsumo y prevalencia

En cualquier caso observamos dos patrones de consumo a destacar: el de los que consumen una sola droga (monoconsumo) y el de los que en un determinado periodo de tiempo consumen varias sustancias (policonsumo o uso múltiple de drogas).

Así como en los setenta aparecen en España los primeros consumidores de heroína afectando principalmente a universitarios a los que se van incorporando grupos marginales, en los ochenta la cocaína fue la droga de moda por ser sustancia estimulante que permite resistir largas noches de fines de semana.

En los albores del siglo XXI los consumos se diversifican y el mercado de la droga invita al policonsumo con un patrón de conducta en torno a grupos pequeños y de grandes consumos en poco espacio de tiempo, como son los fines de semana.

En la actualidad el paradigma conductual del uso de la droga es serio. La noche empieza acompañada de alcoholes que, por su carácter depresor, lleva a la necesidad de tomar sustancias más estimulantes para proporcionar noches largas y descansadas que permiten continuar el fin de semana sin interrupciones. Dado que el estado de excesiva excitación parece incomodo en cierta medida, se retorna nuevamente al alcohol o el hachís para compensar la tensión. Y de este modo, el policonsumo entra a formar parte de la diversión prolongada y de los espacios de ocio de nuestros jóvenes. Es necesario, por ello, entender estos patrones conductuales para poder establecer un abordaje tanto en la asistencia como en la prevención de las drogas.

No hay que olvidar tampoco que hay respuestas de edad donde cada una de las sustancias alcanzan prevalencias mucho mayores. Los tramos de edad donde se concentran los porcentajes más altos en fumadores diarios, bebedores abusivos y consumo de otras drogas son los que se reflejan en la tabla siguiente:

• Tramos de edad donde se registran las mayores prevalencias de consumo

Las principales prevalencias	edad	%de consumidores en los grupos de edad	%de consumidores sobre el total de población
Fumadores diarios	21-24	45.8	33,23
	35-44	47.8	
Bebedores abusivos	16-20	11.5	7,8
	21-24	16.2	
	25-34	7.8	
Inhalables	14-15	0.9	0,4
	16-20	0.8	
Cánnabis	16-20	21.3	7,5
	21-24		
	25-34	12.2	
Cocaína	16-20	5.4	2,2
	21-24	6.9	
	25-34	4.2	
Drogas síntesis	16-20	4.3	1,5
	21-24	4.6	
Heroína	21-24	1.4	0,6
	25-34	1.9	
Otros Opiáceos	21-24	0.9	0,5
	25-34	1.9	
Alucinógenos	16-20	1.4	0,4
	21-24	1.5	
Anfetaminas	16-20	1.1	0,6
	21-24	2.0	
	25-34	0.7	
Crack	25-34	0.8	0,3
	35-44	0.6	
Tranquilizantes	21-24	3.7	5,3
	25-34	4.4	
	35-44	6.1	
	45 y +	7.4	
Hipnóticos	35-45	2.8	2,8
	+ 45	5.3	

Fuente: Fuente: Los Andaluces ante las drogas VII. 2000
Elaboración: Oficina del Comisionado para las Drogodependencias (AASS)

Factores de riesgo y protección

Para poder comprender un fenómeno tan complejo como las drogodependencias y poder intervenir con programas o actuaciones preventivas de forma eficaz y consecuente, necesitamos conocer las variables que explican y determinan el consumo de sustancias psicoactivas. Esto nos conduce a la necesidad de que cualquier actuación preventiva se sustente en algunos de los marcos teóricos más aceptados por la comunidad científica, entendiendo que no hay ningún modelo que explique de manera absoluta todas y cada una de las variables presentes tanto en la aparición como en el mantenimiento de una drogodependencia. De ahí la necesidad de partir de modelos que tengan una sólida base empírica.

Un marco teórico debe estar basado, por lo tanto, en la observación y en estudios epidemiológicos bien diseñados y realizados y nos debe ayudar a comprender la realidad sobre la que queremos intervenir.

En el caso de las adicciones a sustancias tóxicas, un modelo teórico debería contemplar el mayor número posible de variables intervinientes en el fenómeno y, de esta manera, explicarnos por qué algunas personas consumen drogas y otras no lo hacen; por qué, de las personas que consumen, algunas se van a mantener en el consumo y otras, sin embargo, van a dejar de consumir. Igualmente explicar cómo y por qué se producen las recaídas.

El marco teórico del que partiremos para intentar comprender mejor el origen de una drogodependencia estará basado en el estudio de los factores de riesgo y protección.

Los factores de riesgo se definen como aquellas variables que, estando presentes en el individuo, familia, medio ambiente, etc, hacen aumentar la probabilidad de que el sujeto presente en un futuro ciertos desórdenes como una enfermedad adictiva. Mientras mayores sean los factores de riesgo a los cuales un individuo haya sido expuesto, mayor será la probabilidad de que tenga conductas problemáticas. Por lo tanto, los programas y actuaciones preventivas deben plantearse entre sus objetivos prioritarios reducir, contrarrestar, evitar o minimizar las variables de riesgo.

La investigación muestra que la exposición a un mayor número de factores de riesgo aumenta el riesgo de una persona joven de forma exponencial, además de que predice una diversidad de problemas de conducta.

Existe un alto número de individuos que, aun estando expuestos a una cantidad considerable incluso de factores de alto riesgo, bien personales, familiares, escolares o ambientales, no han desarrollado una drogodependencia, no solamente en la edad adulta, sino en las edades en las que existe una mayor vulnerabilidad, como en la adolescencia. Ello se debe a que estos individuos disponen, ellos mismos o en sus ambientes más cercanos, de factores que les protegen ante el posible desarrollo de una drogodependencia. Por lo tanto, podemos definir a estos factores como aquellas variables que, estando presentes en el individuo, ambiente, familia, comunidad, hacen disminuir o paliar la posibilidad de abusar de sustancias tóxicas, mediatizando los efectos de exposición a riesgos.

2.1 Mecanismos

A. De Protección

Las investigaciones más recientes sostienen que los mecanismos a través de los cuales actúan los factores de protección indican que los factores de riesgo y los factores de protección no son los polos opuestos de un mismo continuo, sino dos realidades distintas que interactúan entre sí.

Para explicar la acción moduladora atribuida a los factores de protección se han propuesto dos posibles mecanismos de actuación:

B. Mecanismo Riesgo-Protección

En este caso, los factores de riesgo están modulados por los de protección, confluyendo elementos de riesgo y elementos que contrarrestan el riesgo en relación al consumo problemático de drogas. La existencia de un factor o un grupo de factores de protección reducirá o evitará el efecto al que se vería sometido un individuo expuesto a condicionantes personales, familiares o ambientales favorecedores de conductas proclives al consumo de sustancias adictivas.

En la medida que exista una baja protección en un ambiente propicio al consumo de sustancias, los factores de riesgo tienden a fortalecerse, disminuyendo la fuerza de la presencia de los factores de protección.

La importancia de este mecanismo varía según la edad del sujeto. Los padres tienen un mayor poder de influencia en edades tempranas del sujeto y los grupos de iguales parecen tener una mayor influencia durante la adolescencia.

C. Mecanismo Protección- Protección

En este caso, un factor de protección potencia a otro fortaleciendo su efecto. Este mecanismo reforzaría al individuo, mediante procesos de generalización para el desarrollo de conductas necesarias para adaptarse a nuevas situaciones. Por ejemplo, un fuerte apego entre padres e hijos desarrollado desde el contexto familiar va a facilitar que el individuo, a su vez, adquiera las habilidades necesarias para relacionarse adecuadamente con otros individuos que no pertenezcan al entorno familiar.

2.2. Clasificación de los Factores de Riesgo y de Protección

A continuación exponemos, para facilitar su mejor comprensión, una relación de factores de protección y de riesgo clasificados según los siguientes ecosistemas: individuales o personales, familia, escuela y comunidad. Enumeraremos sólo aquellos factores de riesgo y protección sobre los cuales existe un mayor consenso y son citados con mayor frecuencia en los distintos estudios revisados. En general, se trata de estudios realizados, en su mayoría, en poblaciones de adolescentes, tanto hombres como mujeres, procedentes de medios urbanos y rurales, con o sin presencia de factores de riesgo en su entorno inmediato.

FACTORES DE RIESGO	
INDIVIDUALES	Comportamiento antisocial temprano
	Uso de sustancias adictivas entre el grupo de iguales
	Alineación, rebeldía y falta de vínculos sociales
	Búsqueda de sensaciones e impulsividad
	Baja autoestima
	Actitudes favorables al consumo de drogas
	Primer uso prematuro de drogas (antes de los 15 años)
	Vulnerabilidad personal
	Insatisfacción personal
	Poca tolerancia a la frustración
	Dificultad para resolver los conflictos
	Dificultad en la toma de decisiones
	Falta de autonomía
	Escaso sentido crítico
Creencia de que los beneficios de las drogas compensan sus riesgos	
EN LA FAMILIA	Uso de drogas por parte de los padres
	Carencia de cohesión familiar
	Baja expectativa de éxito de los hijos
	Malas relaciones familiares (agresividad, tensión, malos tratos)
	Pérdida de la estructura familiar
	Excesiva severidad o inconsistencia en los castigos
	Ausencia o ambigüedad de reglas en la familia
	Concesión de satisfacciones inmediatas
	Existencia de temas tabú de diálogo
	Excesiva sobreprotección
	Inmadurez de los padres
	Falta de apego
EN LA ESCUELA	Conducta antisocial temprana
	Fracaso académico
	Escaso compromiso con la escuela
	Consumo de drogas en el entorno escolar
	Actitudes ambivalentes
	Métodos pedagógicos (clase magistral)
	Dificultades en el paso de un ciclo escolar a otro
	Normas y leyes en el centro escolar
	Abandono de la escuela
EN LA COMUNIDAD	Poco apego al barrio
	Leyes y normas favorables al uso de drogas
	Disponibilidad de drogas
	Falta de oportunidades de ocio y tiempo libre
	Influencia de la publicidad
	Presión de los modelos sociales
	Condiciones laborales
	Transiciones y movilidad
	Mala situación contractual en el trabajo
	Estrés o tensión
	Creencia de que el consumo de ciertas sustancias está generalizado
Creencia de la escasa peligrosidad de las drogas	

2.3. Características de los Factores de Riesgo y Protección

Los factores de riesgo que tienen una mayor probabilidad de constituirse en causas desencadenantes en la aparición de una drogodependencia son los que afectan al desarrollo temprano de la familia, o cuando el ambiente familiar tiene problemas, los padres abusan de las drogas, hay desórdenes de conducta y falta de cariño y apego a las instituciones convencionales (familia y escuela) durante el proceso de socialización del niño.

El impacto de los factores de protección varía según el momento evolutivo del sujeto, de modo que una acumulación de factores de protección en los momentos en que el niño es más vulnerable, como son las edades vinculadas con los "ciclos vitales", permitirá al adolescente afrontar con éxito un mayor número de factores de riesgo.

Por otro lado, el hecho de que existan más factores de protección en el individuo llevará consigo una mayor probabilidad de mantenimiento de los mismos a lo largo del proceso evolutivo del sujeto. Igualmente la acumulación de factores de protección presentes en la vida del sujeto lleva consigo también tanto el afrontamiento de más factores de riesgo como una mayor probabilidad de mantenimiento de las variables protectoras a lo largo del tiempo y en circunstancias diversas. Consiguientemente, las intervenciones de prevención deben hacerse de forma temprana para evitar el aumento de presencia de factores de riesgo.

Hay factores de protección con una especial importancia, tanto por lo que representan en sí mismos como por ser necesarios para la adquisición y consolidación de otros. Es el caso de la comunicación. Sin el desarrollo de habilidades de comunicación en la familia, por ejemplo, es difícil que un factor de protección tan importante como el apego pueda estar presente y, por lo tanto, desarrollarse.

El mayor número de factores de riesgo en relación con el número de factores de protección aumenta la probabilidad de que existan problemas de conducta, lo cual implica que toda actividad preventiva, para que tenga un efecto mayor y obtenga unos resultados más satisfactorios, debe planearse, como primer objetivo, incidir en la eliminación del mayor número de

FACTORES DE PROTECCIÓN		
EN EL ÁREA PERSONAL	Valores positivos respecto al cuerpo y a la vida	
	Autoaceptación	
	Aceptable rendimiento escolar	
	Locus de control interno	
	Valores de superación	
	Respeto a las leyes vigentes	
	Expectativas de futuro positivas	
	Capacidad de adquirir compromisos	
	Habilidades sociales	Solución de problemas
		Toma de decisiones
		Resistir a la presión social y de grupo
		Comunicación
	Comprensión de las consecuencias relacionadas con los usos de drogas	
	Controlar el comportamiento propio	
	Percepción de oportunidades en el entorno	
	Temor a las sanciones derivadas del consumo de drogas	
	Autodisciplina	
	Actitud de rechazo no tanto a las drogas como a la dependencia	
Disponer de información veraz a cerca de las drogas y sus consecuencias		
Autonomía personal		
Autocontrol		
Tolerancia a la frustración		
Actitudes prosociales		
EN EL ÁREA FAMILIAR	Apego familiar	
	Normas y pautas de conducta claras	
	Relaciones familiares satisfactorias	
	Estabilidad y cohesión familiar	
	Función directiva	
	Diálogo y comunicación	
	Realizar actividades conjuntas (padres e hijos)	
	Presencia de rituales (celebraciones sociales, cumpleaños, etc)	
	Escaso hábito de consumo de drogas legales e ilegales	
	Valoración positiva del colegio	
	Interés de los padres por el grupo de iguales del hijo	
	Implicación en la vida de los hijos	
	Refuerzo de los logros y las cualidades de los hijos	
	Modelos parentales adecuados	
	Estilo educativo democrático	
	Manejo adecuado del estrés	
	Mayor presencia de los padres en casa	
	Compartir responsabilidades familiares	
Percepción por parte de los hijos de la desaprobación que hacen los padres de las drogas		
Razonar con argumentos objetivos y adecuados a la edad de los hijos las causas por las que no deben ingerir sustancias adictivas		
EN EL ÁREA ESCOLAR	Apego a la escuela y a los profesores	
	Comunicación entre padres y escuela	
	Normas y pautas de conductas claras	
	Estilo educativo democrático	
	Proporcionar un sentido de identidad y de los logros	
	Fomentar el desarrollo social: altruismo y cooperación	
	Involucrar activamente a los niños en la toma de decisiones	
	Entrenar a los niños en habilidades de resistencia, presión de grupo, toma de decisiones y solución de problemas	
	Actividades libres de alcohol, tabaco y otras sustancias	
	Corregir la falsa percepción de que el consumo de drogas está generalizado	
Conocimiento de las técnicas publicitarias		
EN EL ÁREA COMUNITARIA	Apego comunitario	
	Normas y políticas públicas que refuercen el no uso de sustancias adictivas	
	Servicios sociales flexibles adaptados a las necesidades de los usuarios	
	Disponibilidad y acceso a diferentes recursos: vivienda, salud, cuidados infantiles, capacitación, empleo y ocio	

factores de riesgo antes de consolidar o potenciar exclusivamente los factores de protección. Esta característica tiene lugar de forma más acusada en la medida que existan mayores niveles de riesgo.

El peso y el posible efecto de los factores de riesgo presentes en el abuso de sustancias parece estar más en función del número de éstos que de la naturaleza de cada uno de ellos, existiendo una relación directa entre el número de factores de riesgo y el aumento de la vulnerabilidad.

En recientes investigaciones se ha podido confirmar cómo determinados factores de protección están asociados a ciertas sustancias, no siendo generalizables los efectos de algunos de estos factores a cualquier tipo de sustancia. Así, por ejemplo, en el caso del alcohol se ha comprobado que ciertas variables protectoras están presentes en las personas que no consumen alcohol de forma habitual. Algunas de estas variables, con un peso estadístico considerable, son:

- Apego
- Tener miedo a las drogas
- Asistencia a actividades parroquiales o a la iglesia
- Valorar la salud
- Autosuperación
- Cumplimiento de leyes y normas en la comunidad
- Expectativas positivas de futuro

Otras variables protectoras con un menor peso, pero también con un efecto modulador sobre el consumo de alcohol serían:

- Directividad por parte de los padres
- Existencia de rituales en la familia
- Alta autoestima
- Alto rendimiento escolar
- Autosatisfacción
- Cumplimiento de compromisos personales
- Existencia de normas claras en la escuela

En el caso del tabaco, se encontraron también cinco variables protectoras en el grupo de sujetos que no fumaban respecto a los que fumaban:

- Apego
- Apoyo social
- Valorar la salud
- Cumplimiento de leyes y normas de la comunidad
- Conocimiento de las leyes sobre las drogas.

De lo expuesto se deduce que, si pretendemos realizar actuaciones más eficaces en el ámbito de la prevención, tenemos la necesidad de conocer y seguir investigado sobre los factores de riesgo y protección en general y sobre cómo éstos se corresponden e identifican con sustancias adictivas concretas. El mejor conocimiento de los mismos nos permitirá diseñar actividades y programas preventivos que estén adaptados a las características individuales de los sujetos.

2.4. Factores de Riesgo y Protección en la Escuela

La escuela se configura como un ámbito de especial relevancia para llevar a cabo programas preventivos. Siendo el segundo agente de socialización, va a posibilitar que el chico vaya integrando pautas, actitudes, normas y valores propios de la sociedad a la que pertenece a través de las relaciones interpersonales que establece con figuras de autoridad y los grupos de pares.

Los años que pasan los chicos en las escuelas coinciden con cambios muy importantes en sus ciclos vitales, pudiendo existir situaciones potenciales de crisis que los exponen a situaciones de riesgo y alta vulnerabilidad.

Además, la escuela ofrece la posibilidad de organizar los programas preventivos adecuándolos a cada nivel y de obtener la colaboración de otros recursos e instituciones sociales, sanitarias y educativas de la comunidad.

Por otro lado, la escuela permite integrar en los temas transversales del currículo de los distintos niveles la Educación para la Salud, especialmente

en la enseñanza primaria, donde, partiendo de este instrumento, se puede dotar a los alumnos de las capacidades y habilidades que les permitan adoptar estilos de vida saludables y actuar sobre determinados factores de riesgo presentes en su entorno más inmediato (Programa de Educación Preventiva sobre Drogas DINO).

A continuación se destacan algunos factores de protección que, de forma especial, la escuela debe de tratar de potenciar en los alumnos, tales como el apego, la resistencia a la presión del grupo, las habilidades para la toma de decisiones, la autoestima o la asertividad. La institución educativa debe proporcionar estrategias de vinculación con el centro, propiciando un sentido de pertenencia y de identidad y reduciendo la posibilidad de absentismo escolar. El apego con las instituciones convencionales, cuando se instaura convenientemente, permite al individuo asumir y respetar con mayor eficacia las normas, facilitando un mayor ajuste y adaptación social.

Es necesario también asumir desde la escuela el desarrollo de programas para la resistencia a la presión de grupo, con el objetivo de poder soportar mejor las posibles influencias en el uso de drogas y, en algunos casos, para prepararse ante dificultades asociadas a los procesos de resistencias a influencias provenientes del entorno microsocial más cercano.

Con el mismo objetivo debe potenciarse el aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones, habilidades para aumentar el autocontrol y la autoeficacia, estrategias para aliviar el estrés y la ansiedad y habilidades para ser competentes en las relaciones interpersonales, como la comunicación, que ayudará al joven a conocer gente nueva y hacer amigos nuevos.

Especial interés debe ocupar en los programas preventivos llevados a cabo desde la escuela el desarrollo de una alta autoestima y, con ella, el autoconcepto, la eficiencia personal y el respeto por uno mismo. Las personas con problemas de abuso de drogas, en general, tienen una baja autoestima. En la adolescencia, la autoestima es una herramienta básica que permite adquirir confianza en la propia valía, autoafirmarse respecto al grupo y ayuda a fomentar el bienestar biopsicosocial.

La asertividad como habilidad para resistir la presión de grupo y en general las influencias sociales adquiere una especial relevancia en la adolescencia, cuando el grupo de iguales se convierte en el agente de socia-

lización más influyente, proporcionando puntos de referencia para el joven. Actuar asertivamente promueve la igualdad en las relaciones interpersonales, permite defender los derechos propios, comunicando al otro la forma en que se piensa, siente y actúa de manera clara y directa, sin negar los derechos de los demás, y permite asumir responsabilidades, obligaciones y seguridad en uno mismo.

La actitud no asertiva nos expone a la manipulación y a la insatisfacción en la no igualdad en las relaciones interpersonales.

En los niveles de enseñanza primaria, la educación en valores tiene un especial significado, y así se recoge en el marco que desarrolla la LOGSE. En este sentido, y más allá de la necesidad de un sistema firme de valores presentes en el contexto de una educación integral, éstos adquieren una relevancia importante cuando hablamos de educación preventiva sobre drogas. Los valores configuran la estructura del pensamiento, representando las creencias y las actitudes que van a ayudar al individuo a diferenciar lo que está bien de lo que está mal, a tener un comportamiento coherente, evitando caer en contradicciones. La educación en valores ayuda a elaborar de forma autónoma y racional principios generales que ayudan a formarse y a establecer juicios críticos sobre la realidad y las normas sociales vigentes.

Cuando se ha interiorizado el comportamiento saludable como un valor universal a preservar, es evidente que cualquier conducta que pretenda alterarlo, como puede ser el consumo abusivo de sustancias adictivas, tenderá a ser rechazado por el individuo, haciéndolo incompatible con el abuso de drogas. Con carácter general, plantearíamos la conveniencia de fomentar más los valores instrumentales (esfuerzo, constancia, etc), que los finalistas (éxito, triunfo).

Otro factor de protección a potenciar desde la institución educativa es la utilización adecuada del tiempo libre, procurando que los jóvenes hagan un uso variado de alternativas alejadas del aburrimiento y que permitan satisfacer también algunas necesidades personales. Las actividades realizadas desde el contexto escolar se configuran como una estrategia instrumental para el desarrollo del apego. Para ello deben ser atractivas, procurando la satisfacción de los participantes y posibilitando la existencia de un clima que propicie los contactos interpersonales, siendo necesaria la utilización de una metodología participativa que contemple los centros de inte-

res del joven. En definitiva, se trataría de hacer del tiempo libre un espacio para el desarrollo de un proceso educativo de carácter no formal.

Hemos resaltado como una variable de protección la importancia de establecer una adecuada comunicación entre la escuela y la familia. Actualmente cualquier programa preventivo que se quiera implementar desde la escuela contempla entre sus estrategias la consecución de este objetivo. Las familias deben plantearse su colaboración en los programas preventivos, asumiendo la importancia que, como modelos, tienen en la educación de sus hijos, además de reforzar los mensajes y aprendizajes que se imparten desde la escuela, procurando, en cualquier caso, evitar posibles discrepancias que pudieran distorsionar el programa preventivo y que impedirían la eficacia del mismo.

Prácticamente en todos los programas preventivos destinados al ámbito escolar se contemplan intervenciones paralelas en las familias. Ello es debido a la necesidad, por un lado, de que los padres refuercen los aprendizajes impartidos desde la escuela y, por otro, de que se eviten situaciones que puedan crear algún tipo de disonancia producida por los mensajes que reciban los chicos; por último, para mejorar las habilidades y destrezas de las familias y aumentar sus competencias en el proceso de socialización de sus hijos.

Un clima escolar adecuado y unas normas y pautas de conducta claras, que abarque el estilo educativo del centro, permitirá que los integrantes de la comunidad educativa: profesores, tutor, alumnos y padres, tengan una relación más fluida y que el centro escolar se convierta en un potente factor de protección.

La información como modelo de intervención.

3.1. La información: limitación y algunas advertencias

En el campo de la prevención de las drogodependencias, la información ha sido, durante algún tiempo, la estrategia más comúnmente empleada

para sensibilizar y producir, finalmente, cambios en cuanto a la conducta de consumo de drogas. Implícitamente, se consideraba al ser humano como un ser totalmente racional para el que el mero conocimiento de los efectos perjudiciales de una sustancia constituía un motivo suficiente para el no consumo o el abandono de éste. Se daba por sentado que la información podía competir cognitiva y emocionalmente con las expectativas positivas, la funcionalidad biopsicosocial de las drogas, los estereotipos y la imitación de modelos.

Actualmente sabemos que la información como única y exclusiva intervención para motivar actitudes y conductas saludables no basta. Sin embargo, cualquier actividad cuyo objetivo se dirija a sensibilizar, orientar y/o modificar comportamientos ha de contemplar una buena información como paso necesario y previo en el proceso de influir en la toma de decisiones y en facilitar la elección más saludable.

De forma genérica, el objetivo perseguido con la información se entiende que puede limitarse a transmitir unos contenidos o unas advertencias acerca de los efectos o perjuicios causados por el consumo repetido de tal o cual sustancia. No obstante, desde la óptica de la educación para la Salud, la meta implícita en esta estrategia radica no sólo en lanzar un mensaje sino también en asegurarse, en lo posible, de que dicho mensaje es captado e interpretado adecuadamente, de tal manera que ayuda a la consecución de metas más exigentes (véanse cambios de creencias, actitudes, valores, comportamientos, etc.). En este sentido, la información no puede entenderse como un proceso unidireccional ni desvinculado de otras intervenciones. La información que sirve es un acto comunicacional intencional cuya efectividad depende en gran medida de aspectos cualitativos y cuantitativos asociados al informante, al contenido y al receptor. Los posibles riesgos de una información poco cuidadosa con estos elementos pueden escalonarse desde un nulo impacto en la promoción de estilos de vida saludables hasta la incitación al consumo de drogas.

3.2. La información que sirve

Cuando la intención es utilizar la información como estrategia preventiva se han de tener en cuenta algunas condiciones para maximizar los efec-

tos positivos y minimizar los posibles efectos negativos. La mayoría de las consideraciones que siguen a continuación son válidas tanto para la modalidad de información a colectivos como para la información individualizada.

3.2.1 Acerca del informado.

De forma genérica conviene señalar que la mejor información no es necesariamente la más completa y exhaustiva sino la que es capaz de responder efectivamente a las necesidades de los alumnos a los que se dirige y de adaptarse a las características que éstos presentan.

Los interlocutores y receptores, en el ámbito educativo, son principalmente adolescentes que están viviendo una fase evolutiva definida como de crisis y caracterizada por el incremento de la vulnerabilidad. En esta etapa, los factores de riesgo personales se evidencian aún más y representan un caldo de cultivo idóneo para la maximización de los factores de riesgo interpersonales y ambientales. Desde esta perspectiva, las intervenciones informativas requieren al menos, o bien un buen conocimiento previo de los receptores por parte de la persona que informa, o bien la utilización de técnicas interactivas que permitan ajustar los contenidos a las necesidades reales y expresadas de los alumnos.

De forma sintética, las variables mínimas pero relevantes a considerar, antes de iniciar cualquier acción informativa y también durante el desarrollo de la misma, son aquellas que condicionan la comprensión e interpretación de los contenidos transmitidos como son: la edad, los conocimientos, las creencias o experiencias previas sobre la(s) sustancia(s), las expectativas positivas y/o negativas, las percepciones y actitudes, el grado de interés o receptividad y las características socioculturales del medio al que pertenecen.

3.2.2 Acerca del informador.

Aún en la actualidad suele pensarse que para poder informar basta con poseer los suficientes conocimientos sobre el tema en cuestión. Sin embar-

go, conviene no perder de vista el contexto donde nos movemos y los objetivos que perseguimos informando.

El objetivo que se persigue aquí no se limita a verter determinados contenidos, sino, y sobre todo, lo que se pretende es estimular la interacción, la participación activa del alumnado e influir de una determinada manera en la toma de decisiones en cuanto a sus consumos. Sólo en la medida en que este colectivo se reconoce y se implica en una actividad que le afecta, podemos establecer alguna utilidad educativa. De la aceptación de la actividad por parte del colectivo a quien se dirige depende su capacidad para facilitar cambios. Se trata de andar los primeros pasos para modificar creencias, mitos y actitudes y tan ambiciosas metas no pueden lograrse sin la complicidad de los destinatarios.

A través de una buena información lo que se persigue es sentar las bases para que el alumno vaya incorporando cognitiva y conductualmente estilos de vida saludables.

Para acercarnos a la consecución de dichas metas no parece suficiente, por parte de la persona que informa, la mera posesión de un alto grado de conocimientos y de una alta credibilidad científica. En cambio, sí parece especialmente relevante el quién sea y el cómo de la intervención dirigida a unos adolescentes concretos ubicados en el contexto de la institución educativa pero también caracterizados por su pertenencia a otros sistemas sociales.

Sobre el quién, aunque parezca obvio, conviene resaltar la importancia de un alto grado de interés y de compromiso con la tarea. Asimismo, es también determinante el que sea una persona no tanto cualificada sino sobre todo, cercana y aceptada, que conozca al alumno, sus puntos fuertes y débiles y, por supuesto, al medio habitual donde se desenvuelve y las influencias que éste con casi toda seguridad ejerce. El conocimiento del alumnado y de sus peculiaridades facilita la interacción y aleja las posibilidades de aparición de efectos contra-preventivos. La tarea de hablar o informar sobre drogas forma parte de las tareas educativas que corresponden a los agentes educativos naturales, dentro de un proceso de educación para la salud y específicamente dentro del marco de la educación sobre drogas. Redundando en este sentido, se señala la inconveniencia de recurrir a personas ajenas y llamativas tales como policías, exdrogodependientes o

super-especialistas en la materia. Este tipo de intervenciones, de entrada, transforma la información sobre drogas en un acto extraordinario, capaz de generar expectativas y efectos no buscados o bien rechazo.

En cuanto al cómo de la información, para mejorar la efectividad del proceso y reducir la probabilidad de aparición de situaciones interpersonales y/o de efectos indeseables, conviene señalar la importancia de la empatía, del respeto, de la tolerancia con las posiciones críticas o alternativas a los discursos sociales dominantes. Estas características del "estar con" constituyen las habilidades personales fundamentales que ha de evidenciar la persona que asume la tarea de informar. En otras palabras, el buen informador debe gozar de credibilidad entre el alumnado, debe ser una persona que respeta y es respetada, que sabe escuchar y es escuchada, que está "interesada en" y procura conocer y comprender al otro, que evita enjuiciar y emitir juicios de valor, que canaliza y ayuda pero que no se erige en el modelo de referencia, que mantiene una actitud mental flexible y una actitud relacional abierta en un contexto de sana curiosidad por mundos a veces ajenos y paralelos.

3.2.3. Acerca del mensaje.

Aspectos verbales

Aunque se ha demostrado que la eficacia de la información como estrategia preventiva única resulta limitada, no es menos cierto que la información ha de incluirse como paso previo y necesario en muchos programas con mayores pretensiones. La importancia del contenido de la información se deriva de que constituye precisamente una buena parte de la base racional que justifica la necesidad de prevenir. En este punto conviene resaltar los siguientes aspectos a tener en cuenta:

- La mejor información es la que responde a las necesidades de los alumnos, pero no es necesariamente la más completa. Estas necesidades vienen marcadas por las inquietudes, la inseguridad, los mitos, las creencias verbalizadas y también por las actitudes, las conductas y curiosidad manifestadas.

- La información no consiste en hacer un inventario exhaustivo y pormenorizado de todas las drogas, sus características, efectos agudos y crónicos.
- La información que se ofrece debe ser veraz y objetiva, descontaminada de juicios, prejuicios y estereotipos.
- Informar no equivale a prohibir.
- La buena información no alarma ni magnifica los aspectos morbosos. Las drogas son lo que son, también producen efectos positivos y placenteros que conviene referir adecuadamente.
- La información no se agota en la enumeración de los aspectos farmacológicos de las sustancias. Es recomendable aclarar los determinantes y las consecuencias psicológicas y sociales del consumo problemático.

Aspectos no verbales

En el proceso de comunicación intervienen variables paraverbales que condicionan la comprensión e interpretación del contenido del mensaje por parte del receptor.

Para lograr que el mensaje llegue de la forma más íntegra posible resulta imprescindible utilizar un lenguaje claro y adaptado a las personas a las que se dirige. Asimismo, se facilita la comprensión si la información se presenta estructurada y ordenada.

En este punto hay que señalar que algunos aspectos emocionales que se manifiestan a veces en la comunicación no verbal, como la tensión, la agresividad, el miedo, la inseguridad, o el no reaccionar a tiempo, interfieren tanto en la comprensión de la información en sí misma como en la evocación de actitudes indeseables por parte de los oyentes. En muchas ocasiones, el no haber controlado estos factores ha sido responsable, en buena medida, del establecimiento de dinámicas interactivas difíciles de controlar y de la escasa o nula utilidad preventiva de este tipo de actividad.

Aspectos metodológicos

La metodología que se propone para llevar a cabo sesiones de información se basa en técnicas grupales sencillas, en cuanto que facilitan la participación del alumnado y no requieren un alto nivel de especialización por parte del informador. Con la utilización de este tipo de metodologías se consigue crear un clima interactivo que favorece el intercambio, el conocimiento y enriquecimiento mutuo y se sientan las bases para la toma de decisiones.

En un primer momento, las técnicas grupales permiten explorar los conocimientos, necesidades y expectativas del grupo y posteriormente facilitan la expresión de mitos, creencias erróneas y estereotipos que justamente se pretenden modificar. Por tanto, la evaluación de partida que proporcionan estas técnicas se constituye en la base sobre la que se construye una intervención adecuada y adaptada a sus destinatarios.

Otra ventaja que presenta la utilización de métodos interactivos radica en que requieren pocas habilidades en la conducción de dinámicas de grupo por parte del formador y no conllevan implicación emocional.

La técnica más idónea para utilizar en cada caso estará en función de los aspectos que se quieran abordar. A continuación se presentan resumidamente algunas que pueden complementarse entre sí:

• Técnica de Tormenta de ideas .

Esta técnica, llamada también "lluvia de ideas", es muy conocida y utilizada. Estimula la expresión libre de todas las ideas que surjan sobre un tema determinado sin necesidad de conocimientos previos. Permite conocer las opiniones y actitudes de los alumnos y da pistas para intervenciones posteriores. Esta técnica se aplica en tres fases:

- Fase de exposición: presentación del tema o problema de manera sencilla y clara. Se formula una sola pregunta acerca del tema de nuestro interés. Es aconsejable no tratar varias cuestiones simultáneamente.
- Fase de producción de ideas: en esta fase se trata de producir la mayor cantidad de ideas en un tiempo prefijado (5 a 15 minutos)

teniendo en cuenta que cualquier idea emitida es válida, y que debe evitarse todo tipo de crítica y de autocrítica. Cada participante puede expresar ideas bien siguiendo un orden preestablecido, bien espontáneamente y por asociación con otras ideas. Si la idea emitida no se entiende, debe ser explicada por la persona que la formula.

- Fase de selección: se analizan las ideas y se extraen las conclusiones más significativas o las ideas más válidas en función del objetivo inicial. En esta fase se pueden introducir variaciones. Una de ellas consiste en analizar cada una de las ideas a través de una discusión dirigida.

• Técnica de la Discusión dirigida.

Esta técnica, como ya se ha referido, resulta ser un buen complemento de la anterior. Consiste en que los participantes, con la ayuda de un moderador, discuten con mayor profundidad sobre un tema exponiendo sus puntos de vista y argumentos. Esta técnica se revela especialmente útil para estimular la capacidad crítica y de razonamiento, para potenciar la expresión de ideas con claridad y exactitud, para respetar las opiniones y actitudes diferentes y defender las propias, para modificar creencias y actitudes, extraer conclusiones y facilitar la toma de decisiones. Esta técnica consta de tres fases:

- Fase de exposición: en este primer momento se determina el objetivo a alcanzar y el tema de discusión.
- Fase de desarrollo: empieza la discusión, que puede ser abierta o escalonada. En la discusión abierta los participantes intervienen espontáneamente previa petición de palabra. Ofrece la ventaja de la espontaneidad y flexibilidad, la desventaja radica en que requiere mayor experiencia para controlar las intervenciones y promover la participación de todos. La discusión escalonada preestablece el turno de palabra y el tiempo de intervención. Su ventaja está en que permite la participación de todos de forma más ordenada. La desventaja se sitúa en la pérdida de espontaneidad y una mayor rigidez del debate.
- Fase de síntesis: se concluye el debate pidiendo a los participantes que enuncien las conclusiones más importantes.

Las estrategias fundamentales que optimizan los resultados de esta técnica y permiten moderar la discusión, incitar a participar, estimular a los más tímidos y menos participativos, tranquilizar a los más apasionados, interrumpir discusiones que no llevan a ningún sitio, y reconducir la discusión son:

- 1- Preguntas eco: se devuelve la pregunta al individuo que la ha realizado.
- 2- Preguntas rebote: se devuelve la pregunta a otro miembro del grupo.
- 3- Preguntas reflector: se devuelve la pregunta a todo el grupo.
- 4- Preguntas indirectas: cuando se observa que un miembro del grupo no participa se hace una pregunta al grupo conociendo de antemano que el que participa poco puede responder.
- 5- Uso de la mirada: este elemento de la comunicación no verbal, bien utilizado, resulta ser un importante apoyo para el moderador.
- 6- Preguntas personales directas, si fallan otros recursos.
- 7- Preguntas directas al grupo.
- 8- Invitación directa a participar, si los demás recursos han fracasado.
- 9- Recuerdo de preguntas anteriores, si se quiere reconducir un debate desviado.
- 10- Análisis comentado de la situación: cada cierto tiempo conviene que el moderador haga un análisis rápido de lo que está aconteciendo en el grupo.
- 11- Preguntas de opinión abiertas: "¿Qué crees que influye...?"
- 12- Preguntas cerradas: "¿Tomas...?"
- 13- Preguntas hipotéticas: "¿Qué pasaría si...?"

- 14- Preguntas organizativas y comparativas: son útiles para establecer diferencias y contrastar.
- 15- Preguntas que aclaran la representatividad: preguntas que pretenden aclarar preguntas o repuestas previas. Fomentan que se diga más sobre un determinado tema.
- 16- Preguntas que valoran la representatividad: intentan conocer la cantidad o la frecuencia de una conducta.
- 17- Preguntas de sondeo: pretenden obtener más información acerca de un determinado tema o conducta.
- 18- Preguntas generadoras: orientadas a introducir temas o a ampliar la información.

• Técnica del Panel de discusión

Consiste en la exposición de distintos aspectos de un tema ante un auditorio por parte de un grupo de alumnos que asume el papel de expertos. A efectos prácticos se consideran cuatro etapas:

- 1- Preparación: se acuerda quienes serán los expertos y los temas o subtemas que se tratarán.
- 2- Presentación y desarrollo: el moderador presenta el tema y cada experto presenta su postura y sus argumentos. El público puede intervenir y preguntar pero no opinar.
- 3- Resumen de las ideas principales: después de la discusión grupal, cada experto expone brevemente su idea principal.
- 4- Conclusiones: resumidas las opiniones e ideas, se incentiva la participación del auditorio y ahora se alienta la emisión de posturas y opiniones.

• Técnica del Barómetro de valores

Esta técnica exige que los alumnos se posicionen a favor o en contra ante una determinada situación, no se permite la neutralidad. Esta técnica consta de cinco fases:

- 1- Exposición: se enuncian las ideas que se van a debatir.
- 2- Elaboración de argumentos: los alumnos, divididos en pequeños grupos, tienen que elaborar las razones que fundamenten el posicionamiento "a favor" o "en contra" de las proposiciones enunciadas.
- 3- Exposición de los argumentos: el representante de cada subgrupo de alumnos presenta las razones encontradas que apoyen su postura.
- 4- Discusión: los grupos discuten las razones pudiendo cambiar de posición, reformular sus razones y llegar a consenso.
- 5- Síntesis: el grupo saca las conclusiones más relevantes y el moderador realiza y presenta una síntesis del trabajo elaborado.

• Técnica del Estudio de los factores implicados en una conducta:

Se trata de descubrir las variables implicadas en la toma de decisiones y realización de una conducta determinada. Esta técnica consta de cuatro fases:

- 1- Exposición: se expone una situación concreta de consumo de drogas.
- 2- Análisis de factores: en subgrupos se detallan todos los factores que se cree intervienen en la situación y conducta.
- 3- Exposición y discusión de ideas: los portavoces de los grupos presentan el trabajo de su subgrupo, se escribe en una pizarra y se discute.
- 4- Síntesis: se extraen conclusiones relevantes a tener en cuenta en la toma de decisiones.

• Técnica del Estudio de las consecuencias de una conducta

Aquí el objetivo consiste en analizar todas las posibles consecuencias asociadas a una conducta específica. Esta técnica se aplica también en cuatro fases similares a las expuestas anteriormente para el estudio de los factores implicados en una conducta.

En todas las técnicas referidas se trata de estimular la implicación del alumnado, al mismo tiempo que se incentiva la búsqueda activa de conocimientos, aumentando así el nivel de información/formación.

Existen otras muchas técnicas que sitúan al alumno como protagonista de la actividad preventiva y lo erigen en su propio formador. En éstas se pretende invertir los papeles de manera que la persona que tutela la tarea (el profesor/ formador/ orientador, etc.) ceda todo el protagonismo al alumnado y se convierta en sujeto observador y cuasi- pasivo.

De éstas, las más utilizadas son:

- a. Elaboración de encuestas a personas conocidas, familia, vecinos, etc.
- b. Elaboración de materiales preventivos: póster, murales, postales, dípticos, cómics, folletos, etc.
- c. Búsqueda de información en libros, revistas, publicaciones, etc.
- d. Elaboración de pasatiempos: sopa de letras, crucigramas, puzzles, correspondencias, etc.
- e. Realización de artículos de prensa, programas de radio, vídeo- forum, análisis de publicidad, etc.

3.2.4. Aspectos Organizativos

El alumnado constituye una población cautiva, cuyos patrones de conducta en el centro escolar son conocidos y resultan previsibles para los enseñantes. Si las sesiones informativas se desarrollan en un contexto conocido y habitual, se evita, en mayor medida, la dispersión de la atención que todas las situaciones novedosas suelen provocar. Además, en caso de producirse, resulta más fácil reconducir la atención hacia el objetivo previsto.

Asimismo, se facilita la participación activa del alumnado cuando se prepara la sala específicamente para la sesión y se connota estructural y diferencialmente la actividad. La disposición de las sillas en círculo muchas veces es suficiente para establecer la ruptura con otras actividades académicas donde el alumnado asume un rol pasivo. La aportación de material atractivo (vídeo, trípticos, cómics, etc.) y adaptado al tema tratado también estimula la expresión de los participantes.

Estrategias concretas para el acercamiento a los jóvenes

4.1 Escuchar activamente

Quizá la recomendación más interesante para acercarnos a los jóvenes sería procurar que los jóvenes se acercaran a nosotros. Desde un espacio de asesoría o consejo psicológico se persigue ayudar a la persona que consulta en aquellos asuntos que precisa opinión y/o apoyo. Desde la perspectiva de la asesoría para la salud, lo que podemos esperar es que los jóvenes que se acerquen a nosotros estén planteándose, iniciando o manteniendo un cambio de sus comportamientos hacia una dirección que inicialmente ellos consideran más saludable. Y desde este punto de vista, su acercamiento (inicial y repetido) es la dirección correcta para que nuestro asesoramiento o consejo tenga la mayor influencia posible.

Una de las teorías más reconocidas sobre las condiciones críticas para ayudar a cambiar, es la de Carl Rogers (1.959). Desde su punto de vista, el consejero no tiene porqué proporcionar soluciones, sugerencias, o análisis. Solo necesita ofrecer tres condiciones críticas para facilitar un cambio natural: empatía, calidez no posesiva y autenticidad. Propuestas como condiciones facilitadoras de la labor de consejo psicológico para trabajar con cualquier población, estas cualidades son especialmente valoradas entre los jóvenes, por lo que debemos considerarlas de especial importancia en nuestra tarea de asesoría con ellos.

El tipo de empatía propuesto por Carl Rogers tiene mucho que ver con la "aceptación", y paradójicamente parece liberar a las personas para cambiar. Esta aceptación no consiste en aprobar o estar de acuerdo con lo que se escucha. Es posible aceptar y comprender la actitud de otra persona y no estar de acuerdo con ella.

Lo que Rogers define como empatía implica una habilidosa escucha reflexiva que clarifica y amplifica las propias experiencias y preocupaciones del cliente (para Rogers, persona que consulta de forma activa, en lugar de paciente, que sería la persona que consulta de forma pasiva) sin imponer las del consejero. Aparentemente, escuchar implica únicamente mantenerse callado y oír lo que el otro quiere decir. Sin embargo, el elemento crucial

en la escucha reflexiva será aquello que el consejero responda a lo que dice la persona que consulta.

Gordon (1.970) ha señalado varios tipos de posibles respuestas que no son escuchar: Ordenar, advertir, sugerir, razonar, moralizar, juzgar, aprobar, ridiculizar, interpretar, consolar, cuestionar, distraer... etc. Estas respuestas han sido llamadas "obstáculos", porque están en el camino del cliente. Tienen el efecto de bloquear o hacer cambiar de dirección. El asesor que responde con una de estas respuestas no está escuchando. Al menos, no en el sentido de la escucha reflexiva. Esto no quiere decir que sea equivocado usar alguna de estas respuestas. Hay un momento y un lugar para cada una de ellas. La escucha reflexiva es, simplemente, algo distinto de estas maneras de responder.

La esencia de una respuesta de escucha reflexiva es la realización de una conjetura sobre lo que la persona quiera decir. El asesor que escucha reflexivamente forma una suposición razonable sobre lo que pudiera ser el significado original, dando voz a esta conjetura en la forma de una frase. Y mejor que de una frase, de una pregunta. Después de todo, el que escucha no está seguro sobre si su conjetura es correcta.

Para poder realizar una adecuada escucha reflexiva, es necesario entrenarse en pensar reflexivamente, esto es, pensar que lo que la gente dice no es necesariamente lo que realmente quiere decir. La mayoría de las frases puede tener múltiples significados. De hecho, cuando escuchamos una frase, consideramos lo que puede significar, escogiendo lo que creemos que más probablemente significa. La escucha reflexiva es la manera de comprobar, más que de asumir, lo que se cree que significa lo que el otro dice. Las frases de escucha reflexiva pueden ser bastante simples. A veces, la mera repetición de una palabra o de dos puede bastar. Una reflexión más sofisticada puede sustituir por nuevas palabras las que el cliente ha dicho o incluso hacer una conjetura sobre el significado no hablado. Algunas veces puede ser útil reflejar cómo parece sentirse el cliente cuando habla.

Es importante adoptar el enfoque adecuado desde el principio, facilitando al máximo la apertura sincera de la persona que consulta, creando una adecuada atmósfera y evitando caer en alguna de las **"trampas de la comunicación"** de las que Miller y Rollnick nos advierten:

- **La trampa de la pregunta-respuesta**

Al principio de una relación de consejo es fácil caer en un patrón donde el asesor realiza preguntas y el consultante da respuestas cortas, de manera similar a lo que ocurre cuando un médico realiza un estudio general de salud. Esto puede ocurrir porque el consejero necesite una información específica. Pero puede también ser una respuesta a la ansiedad del consejero, que quiere tener el control, o del cliente, que se encuentra más cómodo en la segura predecibilidad de un papel pasivo.

- **La trampa de la confrontación-negación**

Esta trampa es la más importante a evitar y la más común. ¿Cómo funciona esta trampa? Lo más frecuente es que el asesor detecte alguna información indicando la presencia de "un problema", (por ejemplo: "abuso de alcohol"), comience a decir a quien consulta que tiene un serio trastorno y prescriba un determinado curso de acción. El sujeto suele expresar entonces alguna resistencia en dos líneas generales: "mi problema no es realmente tan malo", y "yo realmente no necesito tanto cambiar".

Cuanto más confronta el asesor, más se convierte el consultante en resistente al cambio. Incluso se puede producir un efecto contrario al deseado al oírse a sí mismo argumentar cada vez más fuertemente que no tiene ningún problema y no necesita cambiar, llegando a estar aun más convencido de ello.

- **La trampa del experto**

El consejero "entusiasta y competente" puede caer en la trampa del experto provocando la impresión de tener todas las respuestas. Al igual que la trampa de preguntas-respuestas, su efecto más común es empujar a las personas que consultan a un papel pasivo.

Por supuesto que existe un momento para la opinión del experto, pero lo prioritario es construir la motivación del cliente. Esto ocurrirá más difícilmente si el sujeto se sitúa en el papel de receptor pasivo del consejo del experto.

- **La trampa del foco prematuro**

Incluso si el asesor evita discutir y etiquetar, puede provocarse la resistencia si el joven y el asesor quieren enfocar la entrevista en diferentes temas. En la terapia de adicciones, por ejemplo, suele ocurrir que el consejero quiere dirigirse rápidamente a los problemas del cliente relacionados con alcohol y drogas, mientras que el cliente puede desear discutir un abanico más amplio de preocupaciones.

En la mente de la persona que consulta el uso de drogas puede ser solamente una parte relativamente pequeña de la cuestión, y puede no tener claro como se relaciona con sus principales preocupaciones. Si el consejero presiona demasiado rápidamente para abordar la discusión de la adicción, el joven puede llegar a ponerse a la defensiva.

Otros sujetos, sin embargo, presentan su uso de drogas como la preocupación principal. En este caso, enfocar inicialmente la cuestión en este tema es lo adecuado. Lo importante es evitar llegar a implicarse en una pelea sobre el tema apropiado para la discusión inicial. Centrarse inicialmente en las preocupaciones del propio sujeto, en lugar de las del asesor, asegurará que esto no ocurra.

4.2. Comprender la situación

Una consideración importante a tener en cuenta ante una situación de asesoría, en lo que respecta al consumo de drogas o la realización de comportamientos con potencial adictivo, es que con mucha probabilidad nos encontraremos hablando de conductas hacia las que el sujeto se siente ambivalente. Ante muchas cuestiones, objetos o personas, podemos opinar, sentir o actuar de maneras distintas, incluso contradictorias, en diferentes momentos de nuestra vida. Especialmente esto será así cuando estas creencias y sentimientos se refieren a nuestras propias conductas y a las consecuencias percibidas de estos comportamientos.

Las denominadas conductas adictivas (ya sean de consumo de drogas u otro tipo de conductas) se caracterizan por provocar efectos gratificantes y por tanto reforzantes de dicha conducta, pero a la vez por ser potenciales fuentes de problemas y consecuencias nocivas para la salud o el bienestar

psicosocial. La ambivalencia ante este tipo de comportamientos es, por tanto absolutamente lógica y normal y no un mecanismo especial de un supuesto trastorno adictivo. La percepción de los efectos agradables impulsa hacia el mantenimiento de la conducta; la consciencia de los problemas asociados, hacia su modificación.

Asesorar es sinónimo de aconsejar, pero aportar una opinión que no sea tenida en cuenta será un ejercicio, cuanto menos, inútil y en ocasiones incluso contraproducente. En una situación de fuerte ambivalencia, el empujar directamente hacia una de las opciones posibles puede producir el efecto de "reactancia cognitiva", por el que la persona que se encuentra ambivalente puede tender a valorar aún más la opción contraria. Este es un mecanismo común de homeostasis cognitiva que trata de preservar el sentimiento de libertad de decisión personal. Este fenómeno, que en mayor o menor grado ocurre en todas las personas, puede ser mucho más pronunciado en el caso de los jóvenes, dado que la construcción de su identidad personal exige una alta valoración de su capacidad de elección.

El hecho de que haya sido el propio sujeto el que haya solicitado nuestro consejo no cambia en mucho estos procesos y menos aún en el área de las conductas adictivas, en la que las presiones externas pueden haber sido de gran importancia en la solicitud de la asesoría. Incluso cuando esta solicitud haya sido absolutamente por iniciativa propia, la misma ambivalencia que padece el sujeto de la consulta influirá en la forma de recibir el asesoramiento que él mismo ha pedido.

Sí podemos considerar, ante una solicitud de asesoramiento sobre un problema de este tipo, que muy probablemente la persona o personas que la realizan se encuentran en algún punto de un proceso de cambio de comportamiento. Pero, a la vez, debemos ser conscientes de que el proceso intencional de cambio de comportamientos puede ser un proceso largo y complejo.

Se puede estar empezando a considerar la posibilidad de cambiar, pero aún ver este cambio como una posibilidad remota, de la que sólo se está comenzando a recolectar información (incluso con la esperanza de que dicha información nos posibilite desechar el cambio). En otras muchas ocasiones, el balance de los argumentos a favor y en contra del cambio puede estar muy equilibrado y, aunque se considere cambiar como algo deseable,

cueste decidirse. Incluso puede ser que se haya decidido cambiar pero no se sepa cómo realizar dicho cambio con éxito, o que se haya iniciado el cambio y se dude como mantenerlo.

La situación en un momento u otro del proceso de cambio marca objetivos distintos en cuanto a los cambios que es posible realizar y precisa estrategias diferentes para avanzar en el proceso global del cambio.

Por tanto, la primera cuestión a considerar cuando se nos pide ayuda o consejo en este área es: ¿En qué etapa del cambio se encuentra la persona con la que estamos tratando?.

Para respondermos esta pregunta es de gran utilidad el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, también denominado "Modelo de los estadios del cambio". Estos autores han estudiado con detenimiento cómo se produce el cambio intencional del comportamiento, especialmente de los comportamientos adictivos, estableciendo cinco fases o estadios del cambio.

4.3 Estadios del cambio (J.O. Prochaska y C.DiClemente, 1.984)

A) Precontemplación

En este estadio las personas no se plantean modificar su conducta, ya que no son conscientes (o lo son mínimamente) de que dicha conducta represente un problema. No se trata pues de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema.

B) Contemplación

En este estadio se es consciente de que existe un problema y se está considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque la actitud es ambivalente, la persona se encuentra más abierta a la información sobre su comportamiento considerado problemático.

C) Preparación

Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que se toma la decisión y el individuo se compromete a cambiar su conducta. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis, por ejemplo), aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia, por ejemplo) para considerar que se encuentra en la fase de Acción.

D) Acción

Se trata de la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda especializada, su comportamiento problemático. Esta etapa requiere un importante compromiso, además de una considerable dedicación de tiempo y energía, e implica los cambios conductuales más manifiestos.

E) Mantenimiento

En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático. No consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad.

El éxito en el cambio conlleva un progresivo avance desde la precontemplación a la contemplación; de ésta a la preparación; después a la acción y, finalmente, al estadio de mantenimiento.

El curso del cambio fue concebido inicialmente como una progresión lineal a través de sus estadios. Aunque esta progresión lineal es posible, se trata más bien de un fenómeno raro dentro de las conductas adictivas. La recaída y el reciclado a través de los estadios ocurren muy frecuentemente cuando los individuos intentan modificar o cesar sus conductas adictivas. La tarea del profesional que quiere ayudar a cambiar y tiene en mente este proceso global de cambio será tanto la de facilitar con su intervención el avance ordenado y estable a través de las distintas fases, como la de ayudar a situarse lo antes posible en el estadio más avanzado posible tras una eventual involución o recaída.

4.4 Motivar para cambiar

Si nuestro asesoramiento tiene como meta ayudar a cambiar, nuestra tarea prioritaria será incrementar la motivación para el cambio. La motivación para el cambio se puede definir de una manera operativa como "la probabilidad para iniciar y mantener unas determinadas estrategias de cambio". La motivación es un estado, no un rasgo, y por lo tanto fluctuante, sujeto a influencias externas. Este estado interno de motivación para el cambio incluye básicamente dos variables mediadoras cognitivas: El balance de los pros y los contras del cambio, también llamado Balance Decisional, y las Expectativas de Autoeficacia, o de confianza en la propia capacidad de cada sujeto para modificar sus comportamientos.

Miller y Rollnick han desarrollado un conjunto de técnicas y estrategias dirigidas específicamente al incremento de la motivación que, más que buscar ayudar directamente a solucionar el problema a la persona que acude a consulta, persigue ayudarle a solucionar su ambivalencia ante dicho problema. Superada ésta, el sujeto sabrá cambiar por sí solo en la mayoría de los casos y, si no fuera así, estaría entonces en condiciones para dejarse ayudar más eficazmente por profesionales especializados a los que se le pueda derivar.

Miller y Rollnick mantienen que, aunque lo que han dado en llamar Entrevista Motivacional nos aporta un conjunto de estrategias transmisibles, no sirven de mucho utilizadas de una manera aislada, sino que adquieren su verdadero sentido y eficacia en el contexto de un tipo especial de relación a construir con la persona que nos consulta a través del denominado "estilo motivacional".

La primera fase de la Entrevista Motivacional implica la construcción de la motivación para el cambio. Esto puede durar más con unas personas que con otras. En el lenguaje de Prochaska y DiClemente, algunas personas que demandan asesoramiento están en precontemplación y otras en contemplación inicial. Otros pueden encontrarse ya en determinación para cambiar y necesitan poca construcción de la motivación.

Miller y Rollnick proponen algunas estrategias para facilitar el incremento de la motivación y el desarrollo de los procesos del cambio.

4.4.1 Fase I: Construir la motivación para el cambio

1. Realizar preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son cuestiones que no tienen fácil respuesta de una manera breve. Al discutir el problema principal con la mayoría de los clientes ambivalentes puede ser útil preguntar por las dos caras de la moneda o realizar un conjunto de preguntas conectadas con el problema pero aparentemente neutrales. Se puede empezar preguntando por lo que a los consultantes les gusta sobre su conducta "problema" actual, continuando después con los aspectos negativos que perciben de este comportamiento.

2. Escuchar reflexivamente

Quizá la habilidad más importante en la intervención motivacional es la de la escucha reflexiva.

La reflexión no es un proceso pasivo. El consejero decide lo que reflejar y lo que ignorar, lo que enfatizar y lo que minimizar, y qué palabras utilizar para captar el significado. La reflexión puede reforzar ciertos aspectos de lo que la persona ha dicho o alterar su significado ligeramente. Las frases de escucha reflexiva deben constituir una proporción sustancial de las respuestas del asesor durante la fase inicial de la entrevista motivacional.

3. Apoyar

Puede también ser muy valioso para el sujeto el apoyo y la afirmación durante el proceso de consejería terapéutico. Esto puede ser realizado en la forma de cumplidos y frases de apreciación y comprensión. El proceso de escucha reflexiva puede ser por sí mismo bastante reforzante, pero las afirmaciones directas tienen también su sitio en la asesoría.

4. Resumir

La típica experiencia de ambivalencia consiste en vacilar entre las razones para cambiar y las razones para permanecer igual. Un resumen per-

mite a la persona examinar los aspectos positivos y los negativos simultáneamente, aceptando que ambos están presentes.

Frases como: " Por un lado... y por el otro..." o "Al mismo tiempo..." son muy útiles. Se pueden incorporar al resumen otras fuentes de información, como los resultados de evaluaciones objetivas, o la información de familiares o amigos, combinándolas con las propias frases del joven que consulta. No obstante, es necesario señalar la importancia de mantener un tono colaborador que permita al propio sujeto añadir o corregir el resumen realizado por el asesor.

5. Evocar frases auto-motivacionales

La intervención motivacional es opuesta a los enfoques basados en la confrontación de la negación. Desde estos enfoques, el consejero asume la postura del "cambio del problema " y el sujeto se dedica a defenderse.

En la entrevista motivacional es la persona que pide asesoramiento quien ha de presentar los argumentos para cambiar. El asesor tiene como tarea facilitarle la expresión de sus propias frases auto motivacionales. Dichas declaraciones pueden ser catalogadas dentro de cuatro categorías generales:

- Reconocimiento de problema
- Expresión de preocupación
- Intención de cambiar
- Optimismo sobre el cambio

Estos cuatro tipos de frases reflejan las diferentes dimensiones del compromiso para cambiar: cognitiva (reconocimiento, optimismo), afectiva o emocional (preocupación), y conductual (intención para actuar). Cada frase de este tipo empuja la balanza un poco más en la dirección del cambio.

La evocación de frases auto-motivacionales no sólo es importante en las sesiones iniciales. La ambivalencia no suele desaparecer, sino sólo dismi-

nir. La evocación de frases auto-motivacionales sirve como un recuerdo continuado de las razones del compromiso para cambiar.

4.4.2 Fase 2: Fortalecer el compromiso para el cambio

Hay un momento en el que debemos cambiar de objetivos: De construir la motivación (fase 1) a fortalecer el compromiso (fase 2). En ese momento se está preparado para cambiar pero todavía no se ha desarrollado ni una decisión firme ni el compromiso de hacerlo.

Se podría plantear que, una vez que se ha alcanzado la contemplación avanzada o el estadio de preparación, existe una cierta ventana de tiempo durante la que el cambio ha de ser iniciado. Cuanto tiempo permanecerá esta ventana abierta puede variar, pero el reconocimiento de una discrepancia importante es demasiado incómodo para sostenerse indefinidamente. Si no comienza el cambio, la persona comenzará a usar defensas para reducir dicha incomodidad (racionalizando, minimizando, negando, olvidando, proyectando, etc.).

Miller y Rollnick proponen las siguientes estrategias para utilizar en esta fase:

1. Recapitular

Un primer paso para realizar la transición a la fase dos es resumir la situación actual del cliente. Dicha recapitulación debería incluir el mayor número posible de los siguientes elementos:

- Resumen de las percepciones del problema reflejadas en las propias frases auto-motivacionales.
- Balance de la ambivalencia expresada, incluyendo lo que permanece positivo o atractivo respecto al problema de conducta.
- Revisión de la evidencia objetiva encontrada respecto a los riesgos o problemas de la conducta a cambiar.

- Repetición de las indicaciones que haya ofrecido el propio sujeto para planear o intentar el cambio.
- Evaluación del consejero sobre la situación, particularmente en los puntos en los que converja con las propias preocupaciones del cliente.

El propósito de este resumen es poner en común las razones por las que el cambio es posible, a la vez que se reconoce y acepta la ambivalencia.

2. Realizar preguntas clave

Consecuentemente con el estilo de la fase 1, no es aconsejable decir a los jóvenes lo que tienen que hacer, sino preguntarles lo que quieren hacer. La temporalización es importante. Estas preguntas deberían ser realizadas en el momento en el que la persona está en la cima de la consciencia de su problema. Por eso es tan importante reconocer cuándo se ha alcanzado este momento.

Las preguntas clave son abiertas. No pueden ser contestadas con un simple sí o no. Están dirigidas a que se piense y se hable sobre el cambio. El tema central de las cuestiones clave es "el paso siguiente".

Las respuestas a estas preguntas clave se han de encontrar, como antes, con la escucha reflexiva. Esto sirve para clarificar los pensamientos y animar una exploración más profunda. La escucha reflexiva también puede usarse para reforzar selectivamente las frases automotivacionales o para manejar la resistencia que pudiera surgir. La responsabilidad personal y la libertad de elección son de nuevo enfatizadas durante este proceso.

3. Proporcionar información y consejo

Frecuentemente, durante esta fase el individuo pedirá información e ideas. Es apropiado en estas circunstancias ofrecerle el mejor consejo posible. Sin embargo, es importante tener cuidado de no caer en el patrón "sí, pero...", una variación de la trampa de confrontación-negación. En este patrón de interacción, el asesor da la información y el sujeto dice que está equivocada, o el consejero ofrece una idea y él responde argumentando las razones por las que eso no funcionará.

Existen varias formas de evitar esto. Antes que nada, es necesario no estar demasiado ansioso por ofrecer consejo. Es conveniente esperar una invitación directa o una petición de información.

En segundo lugar, es necesario relativizar cualquier sugerencia que se realice. Puede ser útil presentar el consejo en una forma deliberadamente impersonal, permitiendo a cada persona juzgar cómo se adapta a su situación.

En tercer lugar, es conveniente no ofrecer una, sino un conjunto de opciones. Existe evidencia de que, cuando la gente escoge un curso de acción entre varias alternativas, es más probable que se adhiera a él y, por tanto, que tenga éxito. Esto también evita el patrón "sí, pero...", en el que el cliente rechaza las sugerencias una tras otra.

4. Negociar un plan

A partir de las respuestas a las cuestiones clave y de la provisión de información y consejo por parte del asesor, puede empezar a emerger un plan para el cambio. El desarrollo de este plan es un proceso de negociación que implica establecer las metas, considerar las opciones posibles, y por último llegar a un plan.

a) Establecer las metas:

La motivación está producida fundamentalmente por la discrepancia entre futuras metas personales y el estado actual. Un primer paso para instigar el cambio es clarificar las metas hacia las que nos dirigimos. Existe la posibilidad de que las metas del joven que consulta no se correspondan con las del asesor. Por ejemplo, un asesor puede querer que un determinado joven abandone el alcohol y todas las otras drogas para el resto de su vida. El propio sujeto, sin embargo, puede estar más preocupado por la mejora de su relación de pareja y en reducir únicamente su bebida a un nivel moderado.

Se puede ofrecer el mejor de los consejos, pero cada persona es siempre libre de aceptarlo o rechazarlo. Argumentar e insistir puede provocar una actitud de defensa más que de acuerdo. Es mejor tratar de mantener una fuerte alianza de trabajo y comenzar con las metas hacia las que el sujeto se encuentra más dispuesto a realizar progresos. Si estas metas fueran equivocadas, será evidente muy

rápido. Lo importante es permanecer ayudando a definir metas aceptables y alcanzables que representen algún progreso hacia un mayor bienestar biopsicosocial.

b) Considerar las opciones de cambio

Una vez que se han definido unas metas claras, el siguiente paso es considerar los posibles métodos para alcanzar las metas escogidas. Es preciso discutir una variedad de opciones con la persona que quiere realizar el cambio. Esto ofrece la ventaja añadida del aumento de la motivación mediante la elección personal de estrategias. La idea de un menú de opciones, del que el propio sujeto escoge, es bastante coherente con la entrevista motivacional.

c) Desarrollar un plan

Esta elección dirige directamente a la negociación del plan de cambio. Y el resumen del plan puede conducir al compromiso, es decir, a lograr la aprobación y el acuerdo con el plan para decidir conjuntamente los pasos inmediatos que deben tomarse. El compromiso con el plan puede incrementarse haciéndolo público. Cuanto más se verbaliza el plan a otros, más se fortalece el compromiso.

5. Guía de recursos.

El Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones ha desarrollado una importante red de centros de atención. De ellos, los Centros Provinciales de Drogodependencias y los Centros de Tratamiento Ambulatorio son de acceso directo para los ciudadanos, es decir, cualquier afectado o familiar puede llamar para recibir atención gratuita por su drogodependencia. Al resto de los centros se accede siempre por derivación de los primeros.

Los **Centros Provinciales de Drogodependencias (CPD)** son centros especializados en la atención a los problemas derivados de las drogas. Constituyen el eje operativo del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones en cada provincia y, además de tener funciones de atención ambulatoria a los drogodependientes que así lo solicitan, desarrollan actividades de información, prevención, programas de reinserción social y la coordinación técnica del Plan en su provincia. Debemos señalar por su singularidad a los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias. Los Centros Provinciales son fruto de los Convenios formalizados entre la Junta de Andalucía y las Diputaciones Provinciales.

Los **Centros de Tratamiento Ambulatorio** realizan en su demarcación territorial aproximadamente las mismas actuaciones de atención especializada que los Centros Provinciales de Drogodependencias. Son la puerta de entrada a toda la red de atención, junto con los Centros Provinciales.

Las **Viviendas de Apoyo al Tratamiento** son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante su proceso terapéutico. Este recurso se ofertará cuando dichas personas carezcan de sistemas de relaciones y vinculación con el entorno. De esta manera, se posibilitará una alternativa adecuada a su situación con el objeto de que alcancen su integración familiar y social. Estos pisos atenderán en una primera fase del proceso de tratamiento.

Los **Centros de Emergencia social** son recursos desde los que se dan respuestas a las demandas de los drogodependientes no abordables por los dispositivos de tratamientos ordinarios. Estos recursos van dirigidos a

personas con problemas derivados del abuso de drogas, que se encuentran en situación de grave marginalidad social, tienen deteriorada o en grave peligro su salud, representando una población de alto riesgo para sí mismos y para la comunidad, y se mantienen al margen de las redes socio-sanitarias.

Las **Unidades de Tratamiento del Tabaquismo** son recursos que están orientados hacia aquellas personas que quieren dejar de fumar. El tratamiento aborda los componentes fisiológicos, psicológicos y sociales del hábito de fumar y puede aplicarse a todo tipo de fumador, con o sin patología física, psicológica o psiquiátrica. Los objetivos del tratamiento son: reducir el consumo de cigarrillos; reducción del riesgo de consumir tabaco; dejar de fumar, no sólo al final del tratamiento, sino a largo plazo; por último, adquisición de técnicas para prevenir recaídas. El tratamiento es gratuito y se encuentra disponible en todos los Centros Provinciales de Drogodependencias y Centros de Tratamiento Ambulatorio del Plan Andaluz sobre Drogas. También se atiende esta demanda asistencial a través del Teléfono de Información sobre Drogas 900 845 040.

Las **Unidades de Desintoxicación Hospitalarias** están integradas en hospitales y tienen la función de realizar desintoxicaciones en régimen de internado, cuando la patología asociada o las circunstancias psicosociales o familiares hacen difícil llevarla a cabo de forma ambulatoria. A las Unidades de Desintoxicación Públicas y Concertadas se accede gratuitamente a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y mediante el correspondiente Protocolo de Ingreso.

Las **Comunidades Terapéuticas** son fundamentalmente centros de rehabilitación, aunque también realizan tratamientos de desintoxicación y deshabitación que hacen posible el tratamiento del drogodependiente en régimen de internado, es decir, aislado de su entorno social más próximo. A las de titularidad Pública y a las Concertadas se accede gratuitamente, según la indicación del equipo terapéutico del Centro de Tratamiento Ambulatorio.

Los **Centros de Día** realizan actividades para favorecer la incorporación social de los drogodependientes que se encuentran en proceso de deshabitación. Las actividades están orientadas a que adquieran hábitos de vida normalizados, horarios, distribución de tiempo libre, deportes, actividades laborales, culturales y educativas, etc... Simultáneamente, siguen recibiendo tratamiento sobre otros problemas relacionados con su drogodependencia

en los CPD o Centros de referencia.

Las **Viviendas de Apoyo a la Reinserción** comparten el mismo objetivo que los Pisos de Apoyo al Tratamiento pero atienden en una fase posterior, colaborando de este modo en el proceso de Incorporación social y de Normalización.

El Programa de Mantenimiento con Metadona es un dispositivo terapéutico compartido entre la Consejería de Salud y la Consejería de Asuntos Sociales. Los **Centros de Dispensación de Metadona** son lugares en los que se dispensa metadona a aquellos pacientes a los que previamente se les ha prescrito por los Centros de Tratamiento Ambulatorio del Plan Andaluz sobre Drogas. La casi totalidad de los centros dispensadores se corresponden con los Centros de Atención Primaria de Salud dependientes del Servicio Andaluz de Salud.

Los **Programas Municipales de Drogodependencias** son programas de carácter local que tienen como objetivo prevenir las drogodependencias y van dirigidos al conjunto de la sociedad, siendo ésta misma la promotora de estas iniciativas. Concretamente, estos programas van dirigidos a establecer políticas de promoción de la salud, desarrollando aptitudes y recursos individuales que permitan a los ciudadanos unas condiciones de vida saludable. Entre ellos hay que destacar el programa "Ciudades sin Drogas".

Los **Programas de Intercambio de Jeringuillas** son servicios con actividad organizada que tienen como finalidad la distribución sistemática y continuada de agujas y jeringuillas estériles en la comunidad de usuarios de drogas por vía parenteral. Como puntos de intercambio se han considerado las distintas localizaciones físicas donde se realiza el intercambio

El **Teléfono de Información sobre Drogas** se crea en el año 1986, siendo en Septiembre de 1992 cuando se pone en funcionamiento la línea gratuita 900 845 040. El objetivo básico es garantizar información sobre el problema de las drogodependencias, en concreto sobre los efectos de las drogas y especialmente sobre cómo y dónde pueden ser atendidos los afectados.

El alcoholismo es una drogodependencia que puede recibir tratamiento en los Centros Provinciales de Drogodependencias, así como en otros centros dedicados al tratamiento de las drogodependencias y, de forma

específica, en los Centros Concertados de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados. Estos centros prestan, además del tratamiento gratuito, apoyo social al enfermo alcohólico y su familia.

En Andalucía existen aproximadamente 345 asociaciones de afectados, familiares y voluntarios que realizan una desinteresada labor social. Los voluntarios sociales tienen una extraordinaria función de apoyo al tratamiento y solidaridad con los afectados y sus familias, realizando su tarea en lugares y circunstancias a los que difícilmente pueden acceder las instituciones públicas por su marginación y conflictividad social. Se agrupan en varias federaciones de carácter regional: FAAR, AL-ANDALUS, FAJER Y ENLACE. Asimismo hay otras asociaciones y federaciones no específicas de Drogodependencias que también realizan actividades en esta materia como son la CAVA (Confederación Andaluza de Asociaciones de Vecinos) y la CODAPA (Confederación Andaluza de Padres de Alumnos).

Bibliografía:

Becoña Iglesias, Elisardo. (1999) "Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas". Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Gerevich J., Bacskai E. (1996) "Protective and risk prefictorrs in the development of drug use". Journal of Drug Education, 26. 25-38.

Hawkins J.D., Catalano R.F. (1992) "Reducing risk and promoting positive social development". En: Comunittes that care: Action for drug abuse Prevention. San Francisco, 8-24.

Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992) "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention": Psychological Bulletin, 112. 64-105.

JessorR., Van Den Vos Jill., et al. (1995) "Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effect and developmental change". Developmental Psychology, 31. 923-933.

Martínez González J.M; Robles Lozano, L, (2001) "Variables de Protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes". Psicothema, vol. 13, nº 2, pp 222-228.

Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (1996). Actuar es posible. "La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar". Madrid.

Newcomb M.D., Félix-Ortiz M. (1992) (b) "Multiple protective and risk factors for

drug use and abuse: Cross-sectional and protective findings". Journal of Personality and Social Psychology, 63. 280-96.

Robles Lozano, L; Martínez González, J.M, (1998) "Factores de Protección en la prevención de drogodependencias". *Idea Prevención. Julio-Diciembre, nº 17, pp 58-70.*

Robles Lozano, L; Martínez González J.M. (1999) "Análisis de Factores de Protección y de Riesgo en una muestra de sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas y de sujetos no consumidores habituales de drogas". *VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana. Cádiz.*

Alonso, D., Freijo, E, y Freijo, A. "La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar". *Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1996.*

Becoña, E. "Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas". *Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1999.*

Caballo, V. "Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales". *Promolibro. Valencia, 1989.*

Calafat, A. y Amengual, M. "Educación sobre el alcohol". *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1999.*

Costa, M y López, E. "Salud Comunitaria". *Martínez Roca. Barcelona, 1989.*

Delgado, E, Pablos, M y Sánchez, D. "Programa de prevención de drogodependencias al finalizar la Educación Primaria". *Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía. Sevilla, 1996.*

Escamez, J. (Ed). "Drogas y Escuela, una propuesta para la prevención". *Dykinson. Madrid, 1990.*

Funes, J. "Nosotros, los adolescentes y las drogas". *Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1990.*

García, JA, Ruiz, J (Comp.). "Tratado sobre Prevención de las Drogodependencias". *FAD. Madrid, 1993.*

Gil, F, León, JM, Jarana, L. "Habilidades Sociales y Salud". *Pirámide. Madrid, 1995.*

Grup IGIA y Col. Contextos, Sujetos y Drogas. *Pla d'acció sobre Drogues de Barcelona y FAD. Madrid, 2000.*

Huici, C. *Estructura y procesos de grupo. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, 1987.*

Mowbray, R. "Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias". *Crefat. Madrid, 1994.*

Pallares, M. "Técnicas de grupo para educadores". *ICCE. Madrid, 1990.*

Bandura, A., (1986): "Pensamiento y acción". *Barcelona. Martínez Roca.*

Díaz, J., (2001): "El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas", *Escritos de Psicología. 5: 21-35.*

Miller, W. Y Rollnick, S. (1999): "Entrevista Motivacional". *Barcelona. Paidós.*

Prochaska, J.O., y Prochaska, J.M., (1993) "Modelo Transteórico del cambio de las conductas adictivas" en Casas, M. Y Gossop, M.(eds), *Recaída y prevención de recaídas: Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona. Ediciones de Neurociencias.Citrán.*



guia

forma

ioven

Área de Salud Mental

1.El adolescente y su entorno, la familia y los iguales.....1
Marta López Narbona.

2. Problemas de salud mental en jóvenes. Apoyo desde el equipo de salud mental.....32
Rosa Jiménez García-Bóveda

3. Jóvenes y convivencia. Cómo vacunarse contra el virus de la violencia.....63
Ana Rendón, R. Genebat y Rosario Ortega.

4.Atención a los problemas de Salud Mental en Andalucía.....83
Remedios Dorado García.



Área de Salud Mental

El adolescente y su entorno. La familia y los iguales.

1.1. La Adolescencia.1

1.1.1.Mecanismos psicológicos puestos en marcha en esta etapa entre los padres y el hijo o hija adolescente.....3

1.1.2.Criterios pronóstico del proceso madurativo.....5

1.1.3.Etapas de la adolescencia. Medidas educativas a recomendar a los padres y madres en cada una de ellas.....6

A) Adolescencia inicial (de 11-12 a 13-14 años).....6

B) Adolescencia Media (de 13-14 a 17-18 años).....9

C) Adolescencia Superior (de los 17-18 a los 20-21).....10

1.2. La Familia.....12

1.2.1.Factores que influyen en la interacción padres-hijos.....14

1.2.2.Factores predictores de la dinámica familiar.....15

A) Factores Familiares Protectores.....15

B) Factores Familiares de Riesgo.....15

1.2.3. Variables que influyen en los cambios familiares en los últimos tiempos.....	16
1.2.4. Características generales de la familia española en la actualidad.....	17
1.2.5. Señales de "alertas psicopatológicas" que dependen del ambiente familiar.....	18
1.2.6. Prototipos de familias disfuncionales potencialmente generadoras de patología en sus miembros.....	18
1.2.7. Clasificación de las familias según el tipo de relaciones entre sus miembros.....	19
1.2.8. Factores Familiares generadores de personalidad violenta en los hijos.....	20
1.2.9. Formas de llevar a cabo el trabajo con los padres y/o con la familia.....	21
1.2.10. ¿Qué actitud debemos tomar los adultos que atendemos, de una u otra manera, las necesidades de ésta población joven?.....	21
1.2.11. Actitudes generales a recomendar a los padres para facilitar las relaciones con sus hijos.....	24

1.3. Los iguales.....26

1.3.1. Proceso de la formación del grupo de iguales durante la adolescencia.....	27
1.3.2 Búsquedas psicosociales del adolescente por etapas.....	27

1.3.3. Temas de interés a trabajar a través de los Grupos de Padres.....	28
1.3.4. Temas de interés a trabajar con los adolescentes.....	29
1.3.5. ¿Cuándo se ha de intervenir?	30
1.3.6. ¿Cómo se ha de intervenir?	30
Bibliografía.....	31

2. Problemas psicosociales en los/as adolescentes.

Introducción.....32

Problemas de la adolescencia.....35

2.1. Los trastornos de ansiedad.....	37
2.1.1. El trastorno de pánico.....	37
2.1.2. Agorafobia.....	38
2.1.3. La Fobia Social.....	41
2.1.4. Trastorno de ansiedad generalizada.....	45
2.1.5. Rechazo o Fobia Escolar.....	47
2.1.6. Ansiedad ante los exámenes.....	49

2.2. La problemática depresiva en la adolescencia.....51

2.2.1 Los trastornos del Ánimo. La Depresión.....	51
---	----

2.3 Trastorno por deficit de atención con hiperactividad.....55

2.4. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	56
--	----

Bibliografía.....	61
-------------------	----

3. Jóvenes y convivencia. Cómo vacunarse contra el virus de la violencia.

Introducción.....	63
--------------------------	-----------

3.1.Las relaciones interpersonales, los conflictos y el fenómeno de la violencia.....	65
---	----

3.2 El riesgo de ser víctima o agresor escolar.....	66
---	----

3.3 Aplicando un programa para mejorar la convivencia.....	69
--	----

3.3.1 Para la intervención preventiva.....	70
--	----

- Carpeta N°1:

La convivencia democrática.....	70
---------------------------------	----

- Carpeta N° 2:

Los Derechos Humanos.....	72
---------------------------	----

- Carpeta N° 3:

La formación de valores.....	73
------------------------------	----

3.3.2 Para la intervención directa.....	74
---	----

3.4. Ejemplos de actividades.....	75
-----------------------------------	----

Bibliografía.....	82
-------------------	----

4. Atención a los problemas de Salud Mental en Andalucía.

4.1.Estructura de la Atención.....	83
------------------------------------	----

4.2. Funciones de los distintos Centros	84
---	----

4.2.1.Equipos Básicos de Atención Primaria, EBAP.....	84
---	----

4.2.2.Equipos de Salud Mental de Distrito, ESMD.....	85
--	----

4.2.3.Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ.....	85
--	----

4.2.4.Unidad de Rehabilitación de Área, URA.....	86
--	----

4.2.5.Unidades de Salud Mental del Hospital General, USMHG.....	87
---	----

4.2.6.Hospitales de Día, HD	87
-----------------------------------	----

4.2.7.Comunidades Terapéuticas, CT.....	88
---	----

4.3. Composición de los Servicios	88
---	----

4.4. Atención a la población infantil y adolescente	89
---	----

4.5. Atención a la población de adultos y jóvenes	89
---	----

4.6. Cartera de Servicios	90
---------------------------------	----

4.7. Servicios Sanitarios de atención a la Salud Mental en Andalucía	92
--	----

4.8.Distribución por Áreas de Salud Mental.....	92
---	----

4.8.1. Provincia de Almería.....	92
----------------------------------	----

4.8.2. Provincia de Cádiz..... 93

4.8.3. Provincia de Córdoba 94

4.8.4. Provincia de Granada 94

4.8.5. Provincia de Huelva 95

4.8.6 Provincia de Jaén 96

4.8.7 Provincia de Málaga 96

4.8.8 Provincia de Sevilla 97

El adolescente y su entorno. La familia y los iguales

Marta López Narbona

1.1 La Adolescencia

Aunque parezca extraño, el concepto de joven o adolescente tal como se entiende hoy en día, es un término que arranca del siglo pasado. Así mismo, el concepto de familia, separando la vida familiar de la pública, no aparece hasta el siglo XV, en Florencia. En el Palacio Strozzi florentino se observa por primera vez cómo se reservan algunas habitaciones para el uso exclusivo de familias. Aquí comienza la familia como lugar de revitalización moral y de satisfacción colectiva. Posteriormente, se crean las escuelas, porque las familias se sienten incapaces de educar a los hijos. Es decir, la adolescencia o juventud, tal como la entendemos en nuestro medio, es un hecho reciente que no está plenamente evolucionado ni estructurado. Hasta hace pocas décadas se pasaba de la niñez hasta la vida adulta sin pasos intermedios

Este periodo, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa entre los 10 y los 19 años de edad, es mucho más que un peldaño que sucede a la infancia, es un periodo de transición constructivo necesario para el desarrollo del Yo. La adolescencia, especialmente la adolescencia temprana, es un periodo de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que van a transformar al niño en una persona con muchas de las características propias de un adulto, aunque sin desarrollar aún todo su potencial ni asumir todas sus responsabilidades. Representa una transición con importantes cambios que, como todas las transiciones, puede acarrear una serie de riesgos que para algunos puede hacer de este periodo de la vida un periodo de múltiples dificultades y problemas, aunque representa en todos los casos un periodo de crecimiento obligado y de crecimiento positivo en la mayoría de los jóvenes .

Vamos a describir la adolescencia entendida como etapa en crisis: crisis de identidad, crisis de personalidad, crisis de comportamiento, crisis en las relaciones familiares... Pero no debemos entender el término "crisis" como algo negativo sino, todo lo contrario, como aquella situación que nos empuja a la superación y nos lleva a alcanzar metas más altas que, de otra manera, no lograríamos; crisis en el sentido de "cambio", crisis/cambios que se dan en otras muchas ocasiones a lo largo del ciclo vital: el parto, los primeros pasos hacia la individualización, la adolescencia, la menopausia/andropausia, la muerte... La crisis adolescente constituye un "sarampión" necesario en este ciclo vital de cada persona, en el que el entorno familiar y social así como el propio adolescente, facilitará o no que éste alcance la etapa de la madurez sin entrar en conflictos.

Tal vez en este sentido de "sarampión" se entienda la definición etimológica que hace del término adolescente el diccionario de María Moliner: caer enfermo, padecer una enfermedad crónica, tener una cierta imperfección... Con definiciones como éstas podemos entender un poco la actitud de la sociedad en general hacia esta etapa y sus conflictos. Así pues, la adolescencia es una etapa crítica pero no en el sentido de premonición o peligro de fracaso, sino de cambio intenso en muchas áreas vitales por las que el adolescente tiene que pasar para alcanzar la maduración humana.

Los cimientos que sirven de base para un desarrollo armónico o disarmonico en esta etapa, que por definición ha de vivir sus propias crisis, se deben de dar en el ambiente familiar: la persona y su futuro se fragua en las familias y desde el momento del nacimiento mismo. Durante la adolescencia se va a revivir una serie de conflictos infantiles en un ambiente familiar determinado y dentro de un entorno social y cultural donde los iguales pasan a tener una importancia radical.

En la familia suele suceder que el inicio de los conflictos surge de una incomprensión mutua entre padres e hijos; incomprensión y enfrentamiento que suelen tener como origen un desconocimiento e ignorancia de unos y otros.

Existe una serie de ideas prefijadas del comportamiento adolescente que condiciona la relación que se establece con ellos. Son los aspectos

más negativos de la adolescencia los que parecen definirla en todos los tiempos, predominando socialmente características de inadaptación social, violencia, inadaptación personal y familiar... Es suficiente leer este párrafo de Sócrates (S. IV a.c.) para entender las ideas preconcebidas que se tienen sobre esta etapa del desarrollo, párrafo que bien podría haber sido escrito por un autor de nuestros días:

"...Nuestros jóvenes ahora aman el lujo, tienen pésimos modales y desdénan la autoridad. Muestran poco respeto a sus superiores y prefieren la conversación insulsa al ejercicio. Los muchachos son ahora los tiranos y no los siervos de sus hogares, ya no se levantan cuando alguien entra en su morada, no respetan a sus padres, conversan entre sí cuando están en compañía de sus mayores, devoran la comida y tiranizan a sus maestros..."

1.1.1 Mecanismos psicológicos puestos en marcha en esta etapa entre los padres y el hijo o hija adolescente

La adolescencia de un hijo/a es un periodo del ciclo vital de la familia muy ilustrativo de los fenómenos de "duelo", en el sentido de vivencias de pérdidas necesarias para avanzar, para ir madurando y asumiendo nuevas adquisiciones.

Ante cualquier pérdida / Aparece el Duelo / Que provoca una reconfiguración de la relaciones.

Duelo / Implica sentimientos de pérdida ante un objeto con cualidades reales y con cualidades fantaseadas. Esto implica que lo que se pierde como objeto visible incluye aspectos del Yo proyectados en ese objeto... Los adolescentes no sólo sufren a causa de los objetos externos que tienen que abandonar, sino también a causa de las identificaciones infantiles que tienen que dejar.

En esta etapa adolescente se producen pérdidas en tres áreas:

- Mente
- Cuerpo
- Ambiente / Padres

Vamos a centrarnos en este tercer apartado para resumir los mecanismos de relación que se ponen en juego en esta etapa con respecto a los padres y de los padres respecto a los hijos.

Duelo por los padres (padre y madre) de la infancia

Se produce un **doblo duelo**:

1. Duelo del adolescente por la pérdida de los padres de la infancia.
2. Duelo de los padres por la llegada de su hijo/a a la adolescencia, que implica:
 - La pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos
 - La pérdida de la relación idealizada en la que se habían situado los padres
 - La aceptación de la propia madurez
 - El enfrentarse de nuevo con su pareja "a solas"...

El adolescente va a tratar de retener a estos padres protectores y controladores de la infancia buscando un "suministro continuo" que, de forma urgente, debe satisfacer las tendencias inmediatas que, en apariencia, facilitarán la independencia.

El pensamiento del adolescente tiene como principal característica la **contradicción**: necesita dinero de los padres (equivalente de dependencia) para demostrar la independencia y madurez a los demás (equivalente de pseudo independencia).

Dichas contradicciones del pensamiento demuestran la falta de elaboración conceptual y la permanencia en niveles evolutivos inferiores.

Estas contradicciones ↗ Perplejidad en el manejo de las relaciones con los padres (padre y madre) internalizados ↗ Ruptura de la comunicación con los padres reales externos para defenderse de la perplejidad anterior ↗ Sustitución de estos padres por figuras idealizadas.

Necesidad de Soledad periódica que le facilite su conexión con los objetos internos perdidos en este proceso de pérdida y sustitución de los mismos por amigos, ídolos, profesores...

En este sentido, el diario que suelen escribir los/las adolescentes se entiende como una externalización de los objetos internos, del mundo interno, de sus vínculos... Este diario va a facilitar el control y cuidado de su mundo interno en el exterior, permitiendo la elaboración de las pérdidas que se sufre en esta etapa al fijarlas en el diario.

1.1.2 Criterios pronóstico del proceso madurativo

Se prevé buen pronóstico en el proceso madurativo individual cuando se cuenta con:

1. Suficientes recursos psicológicos propios.
2. Nivel de parentización adecuada.
3. Progresiva adaptación al medio.
4. Grado de tolerancia del propio adolescente.
5. Tolerancia + Comprensión + Contención por parte del medio que le rodea.

Se prevé peor pronóstico, por el contrario, cuanto mayor es el grado de desplazamiento a manifestaciones externas de los conflictos internos y

cuando las reacciones de descontrol conductual se mantienen de forma rígida a lo largo del tiempo.

1.1.3 Etapas de la adolescencia.

Medidas educativas a recomendar

a los padres y madres en cada una de ellas.

Clásicamente la adolescencia se ha dividido en tres periodos: inicial, media y superior. veremos a continuación sus características, así como las fuentes de conflictos y sus posibles soluciones:

A) Adolescencia inicial (DE 11-12 A 13-14 años)

Las características más destacadas del adolescente en esta etapa son:

- Fase de gran desarrollo somático, tanto en el sentido físico como en el sexual y el intelectual.
- Epoca de mayores y más radicales cambios físicos, que provocarán en el adolescente una actitud de sorpresa y asombro ante sus nuevas capacidades y adquisiciones.
- Aparece el sentimiento de intimidad, orientado hacia sí mismo, y gran incremento de la sensibilidad.
- Este nuevo mundo creará al adolescente una gran inestabilidad afectiva, que le hará pasar rápidamente de la risa al llanto y del optimismo más desbordante a la depresión anímica más profunda.
- El adolescente no entiende de términos medios. cualquier situación la vivirá como algo personal que le llevará al extremo.
- Cambia de ser "el hijo de alguien" a ser "alguien".

- Preocupación por el cuerpo y la personalidad propia.
- Expresión de impulsos sexuales intensos.
- Aumento del tamaño físico y de los impulsos agresivos
- Desarrollo de la capacidad para el pensamiento abstracto
- Amplias fluctuaciones en la conducta y las actitudes
- Pertenencia a una cultura grupal coetánea

¿Y qué pasa en la relación con los **padres** en esta situación?

- EL desequilibrio emocional descrito provocará una serie de manifestaciones que sorprenderá a unos padres desconcertados: el hijo que hasta ahora era bueno y dócil (la pre-adolescencia es la época dulce de la educación) y que incluso podía ser modelo de hermanos más pequeños, de pronto se vuelve contestón, terco, extravagante, contradictorio...al descubrir su propia capacidad de independencia, que le lleva a manifestar una gran necesidad de autoafirmación
- Los signos de autodomínio y de falta de voluntad que empieza a mostrar el adolescente provocarán frecuentes discusiones en el ámbito familiar: dejadez en los estudios, falta de responsabilidad en cuestiones horarias (como levantarse a tiempo), tareas encomendadas sin cumplir... Estos enfrentamientos con sus progenitores y su entorno más cercano le llevarán a refugiarse en las amistades grupales, lo que provocará que no quiera salir con sus padres y que acomode sus gustos a los de sus compañeros o ídolos.

Medidas educativas a recomendar en esta etapa

- Hacer un esfuerzo por comprender todas estas manifestaciones descritas anteriormente.
- Distinguir cuidadosamente lo que es realmente esencial de lo que es puramente accidental o producto de una actitud rígida por ambas

partes, qué hechos tienen importancia y cuáles son manifestación de una personalidad incipiente. No será lo mismo discutir por un mal rendimiento escolar que por cómo lleva el pelo...No es aconsejable "quemarse" con problemas que no son tales.

- Manifestar interés por saber qué hace y con quien está el hijo; practicar una política de "puertas abiertas", de manera que pueda traer a los amigos a casa, ya que no es sólo la casa de los padres (dar este mensaje es una invitación solapada a que se vaya).
- No es conveniente tratar de tenerlo atado a la vida familiar sin incluir lo que le interesa realmente, que son los amigos.
- Tener en cuenta que la influencia de los amigos en esta edad puede y suele ser decisiva.
- Actuar con prontitud y eficacia cuando se perciba una situación peligrosa.
- Huir, en lo posible, de los enfrentamientos directos, sabiendo que en ocasiones serán inevitables.
- Aprovechar las oportunidades que nos pueden ser de gran ayuda para la educación del adolescente y que tienen que ver con todo lo que se acerca a sus intereses más inmediatos.
- Evitar en lo posible que la educación del adolescente caiga en manos de "extraños" (como ocurre cuando se alienta el ensimismamiento, la incomunicación y la inadaptación propios de la edad AL permitir una televisión en el dormitorio sin control por parte de adultos). Fijar de mutuo acuerdo un horario para ver la tele, a ser posible acompañado, para no desaprovechar la ocasión de comentar lo que nos ofrece de bueno y de malo la televisión.
- Para ayudarlo a su propio conocimiento, partir siempre de los aspectos positivos, dándole elementos para que descubra el porqué de sus desajustes y tratar así de desdramatizar la situación.

- Priorizar la información sobre el auténtico sentido de la sexualidad y la responsabilidad en este tema como persona.
- Aprovechar la característica de esta época de "grandes ideales" para estimular el espíritu de solidaridad con los demás Y afianzar virtudes humanas como la sobriedad y la fortaleza.

B) Adolescencia Media (de 13-14 A 17-18 años)

- Supone la ruptura definitiva con la infancia, con lo que es la etapa de la adolescencia "pura y dura".
- La necesidad de autoafirmación de la etapa anterior se presenta como una lucha mucho más abierta y agresiva centrada en ser él mismo.
- Aparecen las crisis de personalidad, sobre todo al tener que aceptar sus propias limitaciones frente al ideal soñado.
- El deseo de independencia pasa de ser un mero sentimiento más o menos fuerte, a hechos normalmente consumados que , debido a su falta de experiencia y al manejo inadecuado de sus capacidades, le llevarán frecuentemente al fracaso.
- Todo esto le provocará fuertes sentimientos de frustración que lo convertirán en un ser inconformista y agresivo.
- Se sienten incomprendidos por padres y adultos; tienen la sensación de que el mundo se vuelve en su contra; confunde libertad e independencia; consideran las normas morales y cívicas como algo "sin sentido", que limita sus propias posibilidades.
- Confiarán más en los amigos que en los padres, cosa que también provocará cambios en los padres, que veremos más adelante.

Medidas educativas a recomendar en esta etapa

- Tener serenidad y coherencia y no tomarse las situaciones que plantea como algo personal.
- No poner en los hijos las frustraciones vividas por los padres en su propia adolescencia, por ejemplo, dejar al hijo en total libertad, porque ellos no la tuvieron, o facilitar a los hijos más dinero del que éstos necesitan, porque ellos padecieron privaciones económicas.
- Recordar siempre que el/la adolescente reclama a gritos a alguien que le vaya marcando, con cariño y con firmeza dentro del ámbito de la libertad propia de esta etapa, unas metas claras y coherentes, ya que él/ella mismo/a es fuente de enormes dudas y ambigüedades.
- Hacerle ver la importancia de las normas éticas como guía para la convivencia y autorrealización.
- Es muy importante conocer los intereses de los adolescentes en general y de cada uno en particular.
- Intentar compartir alguna de sus aficiones.

C) Adolescencia Superior (de los 17-18 a los 20-21)

- Poco a poco se va logrando un reequilibrio en todos los aspectos: el cuerpo se sedimenta, se va integrando al mundo al que ya el/la adolescente no ve como un enemigo sino como algo que se esfuerza por comprender.
- A la vez que hay una exigencia de ser comprendido, el/la adolescente acepta también la diversidad de opiniones y puntos de vista diferentes. Se da cuenta de que sólo puede alcanzar sus ideales en la medida en que los concreta y apunta luchas determinadas que debe poner en práctica.
- Desde el punto de vista social, supera la timidez e inadaptación propia de las etapas anteriores y su integración en la familia es más fácil y natural.

- Debe conseguir la independencia y separación de los padres.
- Se produce el establecimiento de una identidad sexual adulta.
- Se desarrolla un sistema de valores morales.
- Tiene lugar un retorno a los padres, basado ahora en una igualdad relativa.

Medidas educativas a recomendar en esta etapa

- La autoridad de los padres no puede ser otra que la auténtica: autoridad de servicio, no de imposición; una autoridad que da coherencia entre el enseñar y el hacer. Ya hemos visto cómo el adolescente es muy intolerante con la incoherencia, se manifiesta como se manifiesta. En esta época, más que nunca, se cumple el dicho de que los niños jamás obedecen pero siempre imitan.
- Los padres deben considerar que su ejemplo y el de su modelo familiar es el mejor de los argumentos a repetir.

Medidas educativas a recomendar en cualquier etapa

- Fomento del diálogo y del ejercicio progresivo de la libertad en responsabilidad.
- Hacer reflexionar al/la adolescente sobre su entorno y la necesidad de ser críticos ante aquello que se propone y que no todo vale, es decir, relativismo ante los intereses comerciales, políticos, sectarios etc.
- Promoción del autoesfuerzo, haciendo al/la adolescente participe de la financiación y gestión de sus propios caprichos y tiempos de ocio.
- Enseñarles a valorar el esfuerzo a medio y largo plazo.
- Favorecer la amistad entre padres e hijos pero nunca como traslación de los propios papeles, sino como un lugar común para compartir alegrías, angustias, expectativas...

- Esfuerzo por parte de los padres (padre y madre) para no actuar como propietarios de uno/as hijo/as que "injustamente" les son sustraídos al llegar a la adolescencia, sino como administradores de éstos, cuya única misión es suplir subsidiariamente, y mientras haga falta, las carencias del niño/a, que van desapareciendo conforme alcance la madurez
- Tener presente que la meta a conseguir por todo buen padre y madre es que sus hijo/as lleguen a no necesitarles.

1.2. La familia

La familia constituye el primer órgano de aprendizaje y socialización del adolescente, ejerciendo una influencia fundamental en la adquisición de todos los hábitos saludables del mismo. Así mismo, puede llegar a ser también el principal núcleo de agresividad y desprotección. La familia misma es un organismo vivo, dinámico, con un vigoroso ciclo de desarrollo. Este sistema viviente está sometido a fuerzas contradictorias, como son presiones internas: crecimiento de los hijos, fallecimiento...; o externas: cambio de residencia, elección de escuela...

Como todos los organismos vivos, la familia tiende al mismo tiempo a la conservación (costumbres familiares, tradiciones, normas...) y a la evolución y al cambio (mayoría de edad de los hijos, jubilaciones, ausencia de un progenitor...). Ambas tendencias se hallan enfrentadas en el sistema familiar, obligándolo a pasar por sucesivos períodos de equilibrio (homeostasis), alternados con períodos de desequilibrio, que son los que facilitarán el cambio.

Durante la **adolescencia**, tiene lugar una serie de cambios en las relaciones de los hijos con los padres que puede hacer de éste un periodo muy conflictivo, dependiendo de múltiples factores que más tarde enumeraremos. En el período que sigue a la pubertad, los jóvenes suelen volverse más asertivos, pasan más tiempo fuera de casa y disminuye el número de interacciones positivas con los padres. Es de esperar que, incluso en las familias caracterizadas por unas buenas relaciones entre sus miembros puedan aparecer algunas disputas y conflictos, relacionados, en la mayoría de las ocasiones, con hechos de la vida cotidiana.

Este **cambio en las relaciones familiares entre padres e hijos** se justifica por varias razones:

- Por los cambios cognitivos del adolescente, que le llevarán a concebir distintas alternativas de funcionamiento familiar en discordancia con los padres
- Por el aumento de tiempo que pasa con sus iguales, lo que le permite una mayor experiencia en relaciones simétricas o igualitarias que pueden llevarle a desear un tipo de relación semejante con su familia, obteniendo en ocasiones la respuesta contraria por parte de los padres. Una vez pasada esta etapa, los padres (padre y madre) suelen flexibilizar su postura y lo/as hijo/as irán ganando poder y capacidad de influencia, lo que explica la disminución de problemas en la adolescencia media y tardía.
- A medida que el hijo gana en autonomía, se produce cierto distanciamiento hacia sus padres, distanciamiento como búsqueda de una identidad propia que no siempre es entendido y aceptado por los padres (padre y madre).

El/la adolescente, sus características y la situación familiar que le envuelve es un tema de gran trascendencia: en la antigüedad el/la hijo/a aprendía de las generaciones anteriores desde la más tierna infancia; en la actualidad los padres deben continuar siendo los modelos a seguir por los hijos, teniendo en cuenta que la dedicación emocional juega un papel determinante para el desarrollo del joven.

Salvador Minuchin definió la familia como "matriz de la identidad", ya que, fuera del contexto familiar, es difícil, aunque no imposible, comprender el desarrollo de la personalidad del individuo humano. Así, el núcleo familiar tiene dos funciones primordiales: la **sociabilización** de los niños y de los jóvenes y la **estabilización de la personalidad de los adultos**.

La familia es, para la inmensa mayoría de las personas, el medio natural donde transcurre la etapa primordial de la infancia y la adolescencia. Para entender el origen de muchas de las dificultades que surgen en este medio y que pueden tener consecuencias en el entorno más cercano del adolescente hay que valorar:

- 2 El clima emocional
- 2 Los estilos educativos
- 2 Interacción padres-hijos

La interacción padres-hijos y el clima emocional de la familia es una de las variables más interesantes y posiblemente más difíciles de estudiar. La interacción del joven con los padres va a depender no sólo de las características de los padres, sino también de las características individuales de aquél y de la forma en que responde al comportamiento de los padres y se relaciona con ellos. Se calcula que el 50% de las variables de comportamiento de lo/as adolescentes con los padres depende de las características temperamentales de lo/as hijo/as.

1.2.1 Factores que influyen en la interacción padres-hijos

- Características de los padres
- Actitud de los padres hacia el hijo
- Respuesta de los padres
- Características de los hijos
- Actitud del hijo hacia los padres
- Respuesta de los hijos

El **contexto familiar**, es decir, el marco que envuelve a los miembros de una familia y permite su desarrollo personal, no siempre es un lugar tranquilo y sosegado y nunca es estático. La familia misma es un organismo vivo, dinámico, con un vigoroso ciclo de desarrollo, con su propio ciclo vital irremediabilmente unido al ciclo vital de cada uno de sus miembros.

Este sistema viviente está sometido a fuerzas contradictorias que pueden venir de **presiones internas**, que son las que tienen que ver con las distintas etapas del ciclo vital: crecimiento de los hijos fundamentalmente las etapas del primer año de vida, inicio de escolarización y adolescencia; fallecimientos; cambios familiares relacionados con separaciones o divorcios...

La familia se constituye como...

- El punto de referencia clave en el desarrollo emocional del niño y del adolescente.

- El lugar privilegiado a través del cual se hace una idea de sí mismo y del mundo al que posteriormente se empezará a enfrentar en la etapa adolescente.
- La fuente permanente de seguridad y de sentido de pertenencia a algo.
- La fuente socializadora por excelencia.
- El principal punto de partida para la comprensión de los trastornos y dificultades que irrumpen en esta etapa.
- Se constituye, pues, como el más importante Factor de Protección y también uno de los Factores de Riesgo a tener en cuenta.

1.2.2 Factores predictores de la dinámica familiar

A) Factores Familiares Protectores:

- Alto nivel de cohesión familiar.
- Buena relación con los padres.
- Buena relación con los hermanos.
- Habilidades sociales adecuadas y práctica de actividades extra-escolares: deportivas, culturales, de tiempo libre ...
- Satisfacción de los padres con respecto a los hijos: buena autoestima en el papel de padres.
- Buena capacidad de comunicación y apoyo afectivo.

B) Factores Familiares de Riesgo:

- Psicopatología de la madre/padre.
- Antecedentes psiquiátricos en la familia.
- Padres con baja capacidad de comunicación afectiva.
- Desacuerdo de los padres respecto a las pautas educativas.
- Padres separados/divorciados.
- Datos indicadores de retraso en la evolución del hijo en el primer año.
- Ausencia de apoyo emocional.
- Padres que vivieron situaciones de carencias graves durante su infancia.

- Carencias de soporte económico por situaciones complicadas de las figuras parentales.
- Maternidad/paternidad en adolescentes.
- Padres naturales o sustitutos de mucha edad.
- Malos tratos físicos/psíquicos entre los miembros.
- Deterioro en las relaciones de convivencia familiar.
- Familias desestructuradas, sin referente materno/paterno en su núcleo familiar.
- Pertenencia a grupos sociales que mantienen creencias, hábitos... desviados de las posiciones sociales mayoritarias.
- Características socioeconómicas desfavorables.

1.2.3 Variables que influyen en los cambios familiares en los últimos tiempos

1. Incorporación de la mujer en el mundo laboral.
2. Descenso de la natalidad, como una adaptación a las nuevas exigencias socioeconómicas y como requisito indispensable para la citada incorporación laboral de la mujer.
3. Cambios radicales en el funcionamiento familiar: de familias en régimen de "patriarcado" a régimen de "filiarcado".
4. Modificación en los patrones de morbi-mortalidad infantil.
5. Aumento de la esperanza de vida de la población: mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
6. Mayor prevalencia de accidentes infantiles y juveniles.
7. Menos apoyo de la familia extensa.
8. Modificaciones de las estructuras familiares "tradicionales":
 - Aumento de familias monoparentales, tanto por elección personal como en el caso de situaciones vitales, por ejemplo por defunción de uno de los progenitores.

- Aumento de las separaciones y divorcios y, derivado de ello, aparición de nuevas estructuras familiares a raíz de sucesivos emparejamientos de los padres y/o ausencia de uno de ellos.
- Aumento de embarazo de adolescentes.
- Mayor índice de esterilidades, maternidades más tardías, mayor número de adopciones, más adopciones internacionales...
- Nuevas" situaciones familiares: parejas de homosexuales, maternidad/paternidad en solitario...
- Familias de menor número de miembros... Menos recursos para educar a los hijos y menos recursos familiares para éstos... Menos recursos para resolver las dificultades cotidianas... Ausencia de "mediadores de conflictos en la familia" que hacían que éstos no se magnificaran.
- Menos contacto y comunicación padres-hijos: por horario laboral y de actividades escolares y extraescolares; por dificultad para encontrar espacios comunes de escucha mutua...

1.2.4 Características generales de la familia española en la actualidad

- El **86%** de nuestra sociedad está compuesto por un grupo familiar.
- El **13%** son hogares unipersonales, la mayoría de ellos DE viudas sin hijos.
- Dentro del primer grupo, el **70%** lo constituye familias con hijos.
- El **8%** son familias mono-parentales ***(¿De qué, del 86% primero?).
- El tamaño medio del hogar español es de **3.28** personas.
- El número medio de hijos por mujer cambia de 2.9 en 1970 a **1.36** en 1989.
- La tasa de matrimonios, como dato cualitativo de estas características, asciende a **4.9/1.000** habitantes.
- Retraso de los jóvenes en la edad de ingreso al mercado laboral.
- Retraso de la nupcialidad.
- Alargamiento de la esperanza de vida, especialmente de las mujeres.

1.2.5 Señales de "alertas psicopatológicas" que dependen del ambiente familiar

- Padres/ madres con importantes problemas de tolerancia por las características de la "crisis" adolescente.
- Padres que no aceptan la progresiva autonomía de los hijos e hijas
- Padres que niegan radicalmente los conflictos existentes con los hijos.
- Choques relacionales destructivos o con violencia entre un progenitor y el hijo-a.
- Funciones parentales sustituidas.
- Padres que hacen una demanda excesiva de autonomía para ellos, padres "abandónicos".
- Baja cohesión familiar.
- Incomunicación y mala resolución de problemas.
- Datos evolutivos tempranos de retraso.

La familia, pues, se puede constituir como un factor socio-biológico de riesgo de indudable valor. El tipo de organización familiar, con sus interacciones y dinámica, repercutirá y tendrá consecuencias imprevisibles. Conocer el tipo de familia nos permitirá prever, aunque sólo de modo parcial, algunos de los efectos sobre el desarrollo del niño y sus consecuencias posteriores en la etapa adolescente.

1.2.6 Prototipos de familias disfuncionales potencialmente generadoras de patología en sus miembros

Paulino Castells ha propuesto la siguiente clasificación en el XV Simposium Español de Pediatría Social de Gerona, celebrado en Noviembre de 2001:

- Familias "hiperorganizadas", padre o madre dominante, estructura rígida y anquilosada, con un exagerado sentido del deber y de la moral

- Familias "desorganizadas", opuestas a las anteriores, con falta de dedicación materna o padres emocionalmente inmaduros.
- Familias "con padre ausente", en el sentido de dimisión del papel de padre/educador.
- Familia "de fachada", con un hogar aparentemente intacto y feliz, encubriendo conflictos que se mantienen en difícil equilibrio, con blindaje hacia fuera y, al mismo tiempo, incapaz de resolver sus propios problemas sin peligro de desmoronarse.
- Familia "policia", que se cuestiona continuamente la sinceridad y la veracidad de las respuestas y los actos de sus miembros, sometiendo a interrogatorio sobre lo que se hace fuera de casa...
- Familias donde reina "la incomunicación".
- Familias donde domina la "dimisión parental de su función parental", función parental en sus tres vertientes: educativa, afectiva y suministro de cuidados. Este tipo de familias, no necesariamente con características y consecuencias patológicas, nos la podemos encontrar con mucha frecuencia hoy en día en una sociedad donde las diversidades educativas/deseducativas y la pluralidad de modelos sociales de identificación hacen más complicado el proceso de educar. Muchos padres se sienten incapaces de cubrir esta función dudando muchos de ellos de su propia capacidad para imponer una mínima disciplina a los hijos, teniendo esto unas consecuencias nefastas para estos niños que pasan a ser déspotas y tiranos.

1.2.7 Clasificación de las familias según el tipo de relaciones entre sus miembros

- Familias en las que reina la culpa con comunicaciones no verbales: miradas, gestos...
- Familia sin comunicación entre sus miembros: síndrome del ama de casa, padre ausente, horarios de trabajo incompatibles...

- Familias simbióticas, en las que sus miembros están excesivamente pegados.
- Familias desorganizadas.
- Familias hiperorganizadas.
- Familias con un miembro enfermo.
- Familias con comunicación tipo "doble vínculo", contradictorio, con mensajes dobles, uno a nivel verbal y otro paraverbal...
- Familias de pseudomutualidad, con relación y comunicación falsa.

La influencia de las circunstancias familiares en el adolescente hay que tenerlas en cuenta pero sin olvidar:

- Las características de esta etapa evolutiva, con todos los grandes cambios a los que se ve sometido.
- Las peculiaridades individuales de cada niño.
- Las características de la interacción, continua y permanente, con su medio familiar.
- El desarrollo psicosocial, con la influencia de la relación con los iguales, con los medios de comunicación, con las exigencias culturales, educativas, laborales.....

1.2.8 Factores Familiares generadores de personalidad violenta en los hijos

- Familias inestables con problemas de desempleo, de identidad y con un gran componente de amargura.
- Existencia de malos tratos físicos o psicológicos o/y abusos sexuales.
- Madre incapaz de entender las necesidades afectivas del hijo.
- Padre distante, violento, incapaz de dar cariño.
- Ausencia de autoridad y límites, es decir, el "todo vale".
- Continuas disputas en la familia y entre la pareja.
- Abuso de alcohol y otras drogas.
- Ausencia constante y prolongada de los padres del hogar familiar.
- Incomunicación entre padres e hijos.

1.2.9 Formas de llevar a cabo el trabajo con los padres y/o con la familia.

- A través de Grupos de Padres, con metodología de Grupos de Autoayuda y/o Grupos Operativos donde se trabaja sobre una información teórica relevante para el Grupo y en relación con sus hijos.
- A través de la consulta puntual de un joven, si se detecta la necesidad de conectar con los padres para información, asesoramientos, etc.
- A través de la solicitud de asesoramiento de un progenitor sobre algo relacionado con sus hijos.
- A propuesta de uno de los profesores de éste.
- Mediante charlas divulgativas sobre comportamientos de riesgo en esta etapa, charlas que se constituirían en la tarjeta de presentación del espacio de ayuda que ofertamos.
- Sesiones familiares en las que trabajamos , además de con los padres, con otros miembros de la familia que, por la relación afectiva que mantiene con el joven, suponen un soporte importante para él.
- Mediante actividades culturales que ayuden a la comprensión global de esta etapa.

1.2.10 ¿Qué actitud debemos tomar los adultos que atendemos, de una u otra manera, las necesidades de ésta población joven?

- De los profesionales con los jóvenes:
 1. **Informar**, mejor que *sermonear* y *preocupar*, con unos contenidos que deben **decir, transmitir y comunicar**.
 2. Aceptar la **diversidad**, mejor que la uniformidad.
 3. **Escuchar** al adolescente con detenimiento y conocer sus opiniones sobre la sociedad, la familia, el instituto, el futuro...

4. **Serenar**, mejor que *aconsejar*. Es mejor calmar y contener una turbulencia concreta e individualizada que dar consejos generales.
5. **Aceptar la inestabilidad** como una de las características de la etapa adolescente.
6. **Igualmente la impulsividad**, O tendencia a manifestar sus sentimientos de forma impulsiva.
7. **Mantener una actitud de flexibilidad**, principal característica del acercamiento a esta etapa del desarrollo.
8. **Intentar conseguir desde el principio de la relación un mínimo grado de confianza**.

El profesional debe considerar, además, que el adolescente, en general, se mostrará reacio a "hablar de sus cosas" con los adultos y, por otra parte, que utilizará un lenguaje no verbal que el adulto debe intentar comprender y compartir para facilitar la relación.

El profesional debe valorar, además:

- las formas de las que el adolescente se sirve para neutralizar sus estados regresivos: agresividad, negativismo, repliegue...
- su capacidad para hacer nuevas relaciones con sus compañeros.
- su relación pasada y presente con sus padres.
- su forma de afrontar el futuro.

El adolescente, por su parte, en su relación con el profesional, valorará muy especialmente su capacidad para:

- escuchar y comprender.
- analizar los problemas.
- disponer de tiempo suficiente.
- animar a luchar contra las dificultades.
- mostrarse accesible cuando se le necesite.
- ofrecer una asistencia personalizada.
- su conocimiento del mundo adolescente (investigaciones, publicaciones, etc.).

• De los profesionales con los padres:

- Valoración de la dinámica familiar.
- Valoración de la patología parental.
- Valoración de de la relación padres-hijos durante los distintos años.
- Calibrar si existe necesidad en estos padres de mantener la dependencia del hijo para Conservar la homeostasis (equilibrio) familiar.
- Valoración del ambiente familiar y del estilo educativo: agobiante-asfixiante, faltas educativas, abandonicos, con carencias afectivas, nivel de contención de los propios padres, nivel de agresividad familiar...
- Trabajar con los padres las características y necesidades de esta etapa del desarrollo.
- Trabajar con los padres los sentimientos de "pérdida" que les provoca la progresiva independencia del hijo.
- Destacar LA importancia en la educación de los hijos de tres pilares fundamentales:

Contención y límites

Flexibilidad

Afecto y seguridad

Para desarrollar el trabajo con los padres, es conveniente tener presente:

- El marco más idóneo será el entorno escolar Y a través de la metodología de **GRUPOS DE PADRES**, tanto desde la **perspectiva psicoeducativa** como desde la **perspectiva de contención** de las ansiedades que les provocan los continuos cambios en sus hijos.
- Es necesario siempre informar antes al joven de que se detecta la necesidad de trabajar con los padres.

- Para el desarrollo de las reuniones, se deben proponer grandes temas que conecten con las preocupaciones de los padres y adecuar los horarios para que sean compatibles con sus trabajos y obligaciones.
- Desde estos grandes temas, ir descendiendo a cuestiones concretas e ir avanzando con el grupo.
- **Dar gran** importancia a la asistencia y participación de ambos padres a estas sesiones de escuela de padres.
- En caso de detectarse posibles factores de riesgo familiares graves, mantener citas individuales con estos padres.

1.2.11 Actitudes generales a recomendar a los padres para facilitar las relaciones con sus hijos.

- Afecto, calor, dedicación y contención en las relaciones.
-
- El amor paternal puede ser sustituido por otras "dependencias" como las drogas, grupo de iguales, el alcohol...
- El dialogo con los hijos en edades tempranas, entre 5 y 12 años, es muy importante, dejando que éste exprese sentimientos y se "vacune" con sus criterios.
- EL consumo familiar de alcohol, analgésicos y somníferos es una incitación a la felicidad "química".
- La familia es el ambiente adecuado para el ejercicio de la voluntad, donde nace el afecto y se enseña a soportar el dolor y la contrariedad; es el lugar de intercambio de afecto, comprensión, diálogo...
-
- No hacer reproches de sus amigos.
-
- Valorar y permitir la intimidad que necesita el joven.

-
- Informar siempre es mejor que aconsejar en todos los campos. Dar grandes lecciones de moral puede estimular lo prohibido.
- Sólo enseñamos lo que somos, no lo que decimos; los hijos siempre imitan y, en ocasiones, obedecen.
- Formar a los hijos en la responsabilidad de sus actos, procurando que solucionen sus problemas sin protegerlos excesivamente. No enseñar aquello que pueden aprender por sí solos.
- Evitar el chantaje afectivo
- No favorecer los celos entre los hermanos
- No acuse, preocúpese.
- Sólo los cambios a nivel de **sentimientos** entrañan el cambio del comportamiento.
- Los padres deben explicitar claramente las **normas o sanciones**, la conducta que esperan de sus hijos para una convivencia saludable.
- Se debe fomentar el **intercambio de puntos de vistas** entre los padres y los hijos, estimulando las diferencias e individuación de cada uno de ellos.
- Es conveniente proporcionar al adolescente información y apoyo para que puedan desarrollar habilidades escolares o cualquier otra área que le sea útil para su desarrollo personal.
- Aportar un entorno familiar cálido y afectuoso proporcionará **apoyo y seguridad emocional**.
- Es de gran importancia la coherencia entre los progenitores en cuanto a criterios, valores y decisiones.
- Es también muy importante la coordinación entre el entorno educativo y el entorno familiar.

1.3 Los iguales

Introducción

En la medida en que se va produciendo la desvinculación de los padres, las relaciones con los iguales van ganando en importancia, intensidad y estabilidad. Las relaciones de amistad van a experimentar un importante cambio: los amigos pasan de ser compañeros de juegos y actividades, a tener en cuenta conceptos tales como lealtad, reciprocidad y compromiso a la hora de definir estas relaciones.

Las relaciones de amistad son vínculos horizontales entre sujetos de semejantes conocimientos y poder; las relaciones con los padres representan un vínculo o apego vertical. Estos vínculos horizontales van a ser de capital importancia porque:

- Le van a proporcionar seguridad emocional.
- Le van a servir para desarrollar habilidades sociales.
- Aprenderá la competitividad y valorará la colaboración.
- Empezará a desarrollar la intimidad en sus relaciones sociales, inicio de las primeras relaciones de pareja.
- El aislamiento social representa un importante factor de riesgo desde el punto de vista emocional ...

Si durante los años escolares la influencia de los padres estaba muy por encima de otros tipos de influencias, durante la adolescencia los padres tendrán que competir con los iguales. Esto no significa que los padres pierdan toda su capacidad de influencia, ni que los jóvenes no necesiten de su apoyo y consejos, aunque se esfuercen en demostrar lo contrario. Padres y compañeros tendrán que compartir áreas de influencia, siendo muy probable que en temas como empleo de tiempo libre, forma de vestir, gustos y aficiones, etc. tenga más peso la opinión de un amigo.

En los primeros años que siguen a la pubertad, los jóvenes se vuelven especialmente sensibles a la influencia de sus compañeros, lo que puede llevarles a mostrarse excesivamente conformistas ante la presión que éstos ejercen y a asumir determinados comportamientos de riesgo como el consumo de drogas o determinados actos antisociales. Naturalmente esta influencia se da en los dos extremos, en EL negativo Y en EL positivo. Los compañeros también pueden presionar y ser útiles para que un joven haga determinadas actividades deportivas o se comprometa más en los estudios.

Probablemente, los jóvenes que tienen menos apoyo emocional por parte de los padres y de su familia son los que estarán más necesitados del apoyo de sus iguales y, por tanto, estarán más predispuestos a ceder ante su presión.

1.3.1 Proceso de la formación del grupo de iguales durante la adolescencia

- Inicio de la adolescencia: grupos o camarillas unisexuales, número no demasiado elevado de sujetos, que se ven con mucha frecuencia y se muestran muy cohesionados.
- Periodo intermedio: estos grupos de un solo sexo empiezan a interactuar entre sí hasta que en un momento determinado se fusionan dando lugar a una pandilla mixta, mucho más numerosa, con reuniones en un principio esporádicas pero que poco a poco va adquiriendo un carácter más cotidiano.
- Más adelante: comienzan a formarse la primeras parejas hasta que la pandilla se va transformando, primero, en una agrupación de parejas y, por último, se produce su disgregación.

1.3.2 Búsquedas psicosociales del adolescente por etapas

Adolescencia temprana o primera adolescencia

- Búsqueda de la independencia de los padres, aunque todavía necesita de ellos.

- Búsqueda de nuevas identificaciones en otros adultos que queden fuera del rol autoritario.
- Búsqueda de amistades del mismo sexo.

Adolescencia intermedia

- Búsqueda de amistades de ambos sexos.
- Búsqueda de relaciones sexuales.
- Búsquedas vocacionales.
- Búsqueda de la primera ocupación para ganar sus primeros ingresos.

Adolescencia tardía

- Búsqueda de relaciones sexuales íntimas.
- Independencia emocional y aceptación realista de los padres.
- Establecimiento de una identidad adaptada a las normas sociales.

1.3.3 Temas de interés a trabajar a través de los Grupos de Padres.

- Características de la Adolescencia normal: la primera adolescencia y la adolescencia tardía.
- Preocupación por el cuerpo,
- Cambios físicos bruscos,
- Expresión de impulsos sexuales intensos,
- Impulsos agresivos que controla o no,
- Capacidad para el pensamiento abstracto,
- Pertenencia a una cultura coetánea y grupos con jergas, vestimentas y gustos similares
- Necesidades psicosociales en esta etapa: necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, necesidad de amor y protección, de autoestima, competencia y autorrealización
- Actitudes de apoyo: amor, respeto, ánimo, confianza, aprendizaje por imitación...
- Factores de autoestima: autoestima muy centrada en el aspecto físico de gran importancia en esta etapa; actividades deportivas, destrezas manuales, destrezas informáticas...
- Visión de la sociedad del joven
- Vigilancia, información y supervisión de conductas sociales de ries-

- go: uso de armas de fuego, accidentes de motocicletas y coches, accidentes por prácticas deportivas, actitud ante el consumo de drogas, utilización de los medios de comunicación y de la informática..
- Importancia de los compañeros: alto valor de la amistad, gran importancia de la vida "privada", se pasa de ser "hijo de alguien" a ser "alguien" con una "familia" de amigos.
- Adquisición de competencias sociales o estilos de vida saludables.

1.3.4 Temas de interés a trabajar con los adolescentes

- 1.- Planificación del futuro, tanto profesional como relaciones de pareja..
- 2.- Distanciamiento de los focos de riesgo, de las distintas situaciones adversas que pueden ser perjudiciales para esta etapa.
- 3.- Establecimiento de relaciones compensatorias: Asociaciones culturales, deportivas, voluntariado, ayuda social...
- 4.- Fomento de la autoestima y seguridad en sí mismo.
- 5.- Información para promover una mejor comprensión de su crecimiento físico, psicosocial y psicosexual.
- 6.- Información sobre prevención de accidentes:
 - Consejos sobre el alcohol y las drogas
 - Equipamiento de seguridad para vehículos y deportes
 - Mecanismos de resolución de conflictos sin el empleo de violencia.
 - Evitación de usos de armas.
- 7.- Consumismo de la sociedad actual, influencia del "consumismo familiar" en el origen de un proyecto de vida basada en el consumismo.
- 8.- Incorporación en la vida cotidiana de la informática: uso y abuso de dichos instrumentos por parte de esta población.

9.- "Cyber-consumismo": nuevas adicciones derivadas de la informática; el buen uso y el mal uso de los avances informáticos.

10.- Gustos y aficiones de esta generación joven, comparación con la generación anterior.

1.3.5 ¿Cuándo se ha de intervenir?

- Cuando lo solicite el joven.
- Cuando se detecta una excesiva conflictividad familiar como medio de protección de los hijos.
- Cuando el niño se ha convertido en cabeza de turco y se convierte en chivo expiatorio de las dificultades entre los progenitores.
- Cuando uno de los progenitores establece una clara alianza con el hijo en contra del otro progenitor.
- Cuando se observan comportamientos de riesgo para el joven.

1.3.6 ¿Cómo se ha de intervenir?

- A través de la solicitud individual de ayuda.
- A través de información general sobre temas preventivos en el aula: Educación para la Salud sobre temas como alcohol, tabaco, drogas ilegales, sexualidad, trastornos alimentarios...Se trabajaría con sesiones teóricas y prácticas, facilitando al joven la posibilidad de preguntar a través de escritos anónimos o dando su nombre.
- A través de actividades que susciten el interés del joven, bien utilizando el deporte o cualquier actividad lúdica, como el cine, etc.
- A través de fomento /aprendizaje encaminados a la autorrealización: informática, deporte, música etc. como ejemplos de medios útiles para ese fin.
- los medios de comunicación, para la formación de una actitud crítica.

• Utilización de la lectura.

• Utilización de la narrativa audiovisual como uno de los medios en los que se garantiza la inmediatez y dinamismo que requiere ésta.

Importancia de la educación para la salud

- Es necesaria y en ella están implicados padres, profesores, alumnos y sanitarios
- Se deben abordar de forma clara, técnica, asequible y objetiva todos los temas posibles indicados, repitiendo cada año temas básicos
- Se pretende con esto hacer Prevención Primaria, evitando la incorporación del adolescente a situaciones patológicas son importantes los efectos positivos en la Prevención
- Secundaria, al conseguir el cese o reducir los episodios patológicos
- La Prevención se alcanza fomentando los factores protectores que tiene cada persona o familia, es decir, la capacidad con la que naturalmente contamos para neutralizar o moderar la exposición a factores de riesgo

Bibliografía

- Callabed, Comellás, Mardomingo. " El entorno social del niño y del adolescente". Editorial Laerte.
- Thomas, J. " Actitudes educativas y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia". Editorial Laerte
- Pedmira y Thomaes, J. " Problemtarica de la Adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva". Editorial Laerte.
- Maler, P. " La crisis juvenil " Editorial Tecnipublicaciones.
- Kaplan, L. " Adolescencia adios a la infancia" Editorial Paidos.
- Rodriguez Sacristan, J. " Psicopatología del niño y del adolescente" Editorial Universidad de Sevilla.

Problemas psicosociales en los adolescentes.

Algunos datos para su detección y abordaje por profesores y orientadores y búsqueda de apoyo en la red sanitaria de segundo nivel. (¿Red de prevención secundaria?)

Rosa Jiménez García-Bóveda.

Introducción

La **prevención secundaria** implica la reducción de la intensidad y la duración de los trastornos mediante un abordaje precoz. Estas estrategias se centran, a menudo, en una exploración inicial de las poblaciones de riesgo o alto riesgo, seguida, en los casos que lo requieren, de intervenciones precoces.

El **continuum de salud** entre No-enfermedad (salud completa) y enfermedad es especialmente relevante en salud mental. Aunque el trastorno mental grave es claramente una enfermedad, **hay un ámbito de salud psicosocial que se ubica entre ambos extremos.**

Funcionar persistentemente en el extremo inferior del continuum es más propicio para dar lugar a un trastorno claro que funcionar en el extremo superior.

Por tanto, el apoyo a la calidad de vida es una estrategia preventiva que está ganando aceptación.(Ollendick)

Desde principios de los años sesenta, la mayoría de los informes sobre incidencia y distribución de los trastornos de salud mental han señalado que **las necesidades habían superado a los recursos y servicios disponibles** (Gesten y Jason, 1987, Joint Commission on Mental Health, 1961). Otros autores (Kiesler, 1985) estimaron que, en todo momento, entre el 15 y el 35% de la población necesita servicios de salud mental... **El número de individuos implicados sobrepasa las capacidades de los servicios de salud mental.**

Se hace, pues, necesario, modificar algunos aspectos del abordaje de problemas de salud mental: a nivel conceptual, de contenidos y de estructura asistencial.

La asistencia a la problemática de las poblaciones de riesgo adolescente debe plantearse desde un concepto de Atención Preventiva y de Promoción de Conductas Saludables, desde un Modelo de Competencia (Costa y López, 1996).

Los contenidos de la intervención deben ir dirigidos a las conductas anómalas, pero también a la potenciación de los recursos personales, grupales y contextuales.

La **estructura asistencial debe plantearse como Intersectorial**, colaborando y apoyando al entorno de Orientación y al Profesorado de Institutos, junto a Atención Primaria.

Desde un Modelo de Detección ó Búsqueda, **se intenta en esta guía aportar instrumentos facilitadores de Detección Temprana de Síntomas**, de estresores, factores de recaída y riesgo ó reforzadores de conductas, y **para el Abordaje Precoz de los mismos** por parte de Orientadores/as y Profesorado de los adolescentes en riesgo.

Desde Salud Mental, el énfasis de información y apoyo va a estar repartido entre los trastornos mentales principales, pero sin olvidar que **"la mayoría de la gente no padece enfermedades mentales importantes, sino problemas vitales generales y comunes que tienen muchas veces origen multicausal"** (Ollendick, p.580). Por ejemplo, el maltrato psicológico de niños y niñas parece estar más generalizado y ser más costoso que la esquizofrenia infantil.(Ollendick)

Entre todos los agentes de educación y salud hay que valorar e investigar sobre **los estresores generales**, modificando las condiciones que los producen. A la vez, hay que preparar a los individuos a enfrentarse a esos estresores generales, mediante diversas estrategias individuales y colectivas, que los provean de **habilidades de afrontamiento.**

Así, nuestro conocimiento sobre el estrés de los cambios vitales, por ejemplo, facilita maneras de modificar el estrés de los/las adolescentes y

sus familias y modos de proporcionarles habilidades que les permitan superar las demandas de esos acontecimientos vitales.

El paradigma preventivo, tanto en la teoría como en la práctica, debe orientarse hacia las capacidades, los recursos, las potencialidades y las estrategias de afrontamiento.

Características del Paradigma Global Preventivo

El Paradigma Global Preventivo de Salud Mental para el Análisis e Intervención dirigidos a los/las adolescentes de riesgo y sus familias, con objeto de aumentar su calidad de vida, debe tener las siguientes características:

1. Debe asumir un enfoque pro-activo, destacando la modalidad de búsqueda y detección de riesgos y/o trastornos en sus fases iniciales (Ollendick y Winett, 1985; Rappaport, 1977)
2. Debe orientarse hacia el establecimiento de potencialidades y capacidades, no únicamente hacia el tratamiento de los déficits. Énfasis en la salud mental positiva, con diferentes estrategias de enriquecimiento personal, grupal y ambiental.
3. Una perspectiva evolutiva, centrándose en el afrontamiento eficaz de los cambios vitales y los momentos-clave del desarrollo y de los estresores relacionados con ellos. (Felner, Farber y Primavera, 1983)
4. Una perspectiva ecológica, lo que implica una consideración cuidadosa de los entornos inmediatos, las interacciones de un ámbito con otro y las políticas a nivel institucional. Es conveniente examinar la influencia a múltiples niveles y cambiar el funcionamiento y las estructuras, a fin de promover la salud mental escolar, social, grupal y familiar.

El texto que desarrollamos a continuación está dirigido específicamente a Orientadores y Profesorado de jóvenes y adolescentes que puedan presentar: conductas de riesgo, ambientes de riesgo y/o trastornos mentales leves, moderados o severos.

Problemas de la adolescencia

Los estudios disponibles constatan que aproximadamente un 20% de los/las adolescentes pueden presentar problemas relevantes para su adaptación en esta fase de su vida. (J.Olivares Rodríguez, 2001)

Estos problemas pueden dificultar sustancialmente su adaptación en las situaciones de interacción social, familiar ó escolar, pudiendo llegar a impedir su crecimiento como seres humanos, cuando no poner en cuestión su propia existencia.

Pueden presentar:

- Trastornos de Ansiedad, Miedos y fobias.
- Conductas de riesgo (sexualidad, consumo de tóxicos, accidentes.)
- Trastornos depresivos y suicidio.
- Trastornos reactivos.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de Personalidad.
- Trastornos del comportamiento Alimentario.
- Delincuencia, Problemas de Conducta.

Pero también:

- Problemas de violencia y desigualdad entre géneros.
- Problemas de timidez, soledad y rechazo.
- Baja autoestima.

Todo ello puede traducirse en:

- Alteraciones a nivel cognitivo (Creencias erróneas, pensamientos distorsionados, baja autoestima...)
- Alteraciones a nivel emocional (Ansiedad, tristeza, miedos generalizados, soledad, ira...)
- Alteraciones a nivel conductual (Fracaso escolar, Conductas de riesgo, desigualdad de género, falta de respeto a la autoridad, conductas violentas, accidentes, embarazos no deseados, rechazo escolar, aislamiento, intentos de suicidio ó suicidios, fobias...)

Además, los Factores de Riesgo Ambiental que suelen afectar a los jóvenes de estas edades son:

- Un posible divorcio de sus progenitores.
- Conseguir y mantener amigos/as.
- Necesidad de defenderse de las agresiones. Importancia de la Asertividad.
- Estrés Académico.
- Dificultades de comunicación con el Profesorado.
- Pérdida de seres queridos.
- Maltrato de Género.
- Maltrato entre iguales.

2.1 Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más frecuentes.

Alrededor del 25% de la población adolescente ha tenido o tiene en algún momento de su vida algún trastorno de ansiedad. (Bados López, p.59. 2001) Bragado y cols., 1996).

Presentan los siguientes subtipos:

- Trastorno de Pánico.
- Agorafobia.
- Fobia Social:
 - Generalizada.
 - Hablar en Público.
- Fobia específica (ante los exámenes, fobia escolar.)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- T. Obsesivo-Compulsivo.
- T. por Estrés Postraumático.
- T. de Ansiedad por Separación.

2.1.1. El trastorno de pánico

Se manifiesta en ataques de ansiedad inesperados (sin causa aparente) y repetidos (al menos dos), que no son explicados por consumo de sustancias, enfermedad u otros trastornos mentales.

Síntomas que suelen aparecer en un ataque de ansiedad:

- Palpitaciones ó taquicardia.
- Temblores, sudoración, náuseas.
- Oleadas de calor o frío.
- Sensación de falta de aire o ahogo.
- Desrealización, despersonalización.
- Sensación de mareo, inestabilidad o desmayo.
- Miedo a perder el control o volverse loco/a.

- Miedo a morir de inmediato.
- Hormigueo o parestesias.
- Dolor o malestar torácico.
- Sensación de atragantamiento.

Al menos uno de los ataques debe haber sido seguido:

- por preocupación persistente acerca de tener nuevos ataques.
- preocupación por las posibles consecuencias del ataque (p.e., perder el control, sufrir un ataque cardíaco, "volverse loco/a")
- cambio significativo en el comportamiento debido a los ataques (p.e., dejar de practicar deporte, dejar de tomar café...)

Creencias erróneas que suelen tener los afectados:

- Voy a tener un ataque cardíaco.
- Voy a ahogarme.
- Voy a tener una hemorragia ó tumor cerebral.
- Voy a morir ahora.
- Voy a desmayarme.
- Voy a perder el control.
- Voy a hacer el ridículo, una escena...

Los ataques de pánico pueden dejar a una persona agotada y /o con ansiedad residual moderada o elevada, pero no son peligrosos.

El porcentaje de adolescentes normales que han tenido ataques de pánico es de 16% (20.5 en mujeres y 10% en hombres) (Bados López, 2001)

2.1.2. Agorafobia

El trastorno de Pánico puede presentarse también con Agorafobia, que es **miedo intenso a estar en:**

- Lugares ó situaciones de los cuales pueda ser difícil ó embarazoso escapar.
- Lugares en los cuales no pueda disponer de ayuda en el caso de

tener un ataque de pánico ó síntomas similares a los del pánico (mareo, miedo a caerse, despersonalización, desrealización, taquicardia, sensación de asfixia...)

A causa de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada. En los casos más severos, pueden pasar la mayor parte del tiempo en casa en compañía de algún familiar.

Ejemplos de Situaciones Temidas:

- Transportes públicos.
- Cines y teatros.
- Supermercados.
- Restaurantes.
- Museos, auditorios, estadios.
- Clases, lugares altos, lugares cerrados.
- Espacios abiertos.

· **Prevención e intervención del Profesorado**

Puede haber varias pautas útiles para ayudar a las personas que han tenido ataques de pánico y prevenir que aparezcan problemas más graves como el Trastorno de Pánico y/o la Agorafobia.

El/la Profesor/a hablará con la persona afectada:

- Para informarle de que lo que le sucede es una reacción relativamente frecuente (al menos en un 16% de personas) y suele ser una reacción a un estrés físico (enfermedad, consumo de ciertos fármacos ó drogas) ó estrés interpersonal (conflictos con otros).
- Ayudar a identificar los antecedentes de dichos ataques, ya que éstos tienen un mayor impacto cuando son vistos como espontáneos.
- Posibles antecedentes son: falta de sueño, fatiga ó cansancio, cambios repentinos de temperatura, hipoglucemia, consumo de fármacos ó drogas, conflictos interpersonales, discusiones y exámenes.

- Ayudar a la persona que tiene ataques a adoptar una actitud más realista ante los mismos.

El orientador/a o profesor/a debe recordar al joven afectado que:

- las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés.
- no son en absoluto perjudiciales ni peligrosas, solamente desagradables.
- los pensamientos atemorizadores sobre lo que está sucediendo y lo que cree que puede suceder, que no es tal, sólo aumentan las sensaciones desagradables.
- y que funciona mejor aceptar las sensaciones corporales y darle tiempo a que se pase, en vez de luchar en contra ó intentar huir de ellas.

Es importante, con el o la joven:

- Rebatir las creencias erróneas sobre las consecuencias de los ataques de pánico. Nadie se ha vuelto loca/o, ni se ha muerto ni ha perdido el control nunca con un ataque de pánico. Ayudarle a instaurar pensamientos más realistas.
- Tranquilizar en caso de que alguien experimente un ataque ó una gran ansiedad (en vez de mostrar signos de preocupación).
- No hablar continuamente sobre cómo se siente.
- Recordarle que pasará, como otras veces.
- Animarle a emplear estrategias efectivas, como respirar lentamente, expulsando el aire durante 7-8 segundos antes de volver a inspirar, y hacerlo con inspiraciones normales, no profundas. El ejercicio debe hacerse durante 3-4 minutos, pudiendo practicarse respirando en una bolsa de papel, si fuera necesario. Hay también que evitar la hiperventilación (exceso de oxígeno), que se puede producir por respiraciones agitadas, suspiros ó bostezos.

- La persona debe permanecer en la situación temida ó cerca de ella y volver lo más pronto posible a la misma. Si le teme, debe enfrentarse diariamente, persiguiendo habituarse a la situación de nuevo, para evitar que se instaure una fobia a esa actividad o situación donde le ocurrió el ataque.

· Biblioterapia:

"Tratamiento Psicológico del Pánico y la Agorafobia"

(Manual de Autoayuda)

Carmen Pastor y Juan Sevillá. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

2.1.3. La Fobia Social

Las **características** más acusadas de la fobia social son:

- La persona presenta un miedo intenso y persistente ante ciertas situaciones sociales o ante su propia actuación en público.
- Se teme actuar de un modo que sea humillante ó embarazoso ó mostrar síntomas de ansiedad con resultados similares.
- Las situaciones sociales ó actuaciones en público temidas se evitan ó se soportan con una ansiedad ó malestar intensos.
- Las personas reconocen que su miedo es excesivo ó irracional.
- Es común la ansiedad anticipatoria, incluso días ó semanas antes de tener que afrontar la situación temida.

Las **actuaciones o situaciones temidas más frecuentes** son:

- Hablar en público, por ejemplo, dar una charla en clase.
- Presentarse a exámenes o concursos.
- Ser preguntado/a en clase.
- Clases de gimnasia, música ó actividades basadas en la actuación.
- Comer en público, especialmente en el bar del instituto.
- Llamar a un/a compañero/a de clase, por cuestiones del colegio (apuntes, dudas...).

- Llamar a una/un amiga/o para hacer algo.
- Pedir a la profesora/or ayuda o aclaraciones.
- Trabajar en un proyecto en grupo.
- Hablar a personas de autoridad.
- Contestar al teléfono.
- Asistir a actividades como fiestas, bailes, deportes.
- Resolver situaciones que requieren asertividad, como decirle a alguien que deje de hacerle bromas ó impedir que le copie los deberes.
- Iniciar o incorporarse a conversaciones con iguales.
- Quedar citado con alguien, especialmente del sexo opuesto.
- Tener que hacerse una foto, especialmente para el álbum del colegio.

Las **reacciones autonómicas** más comunes son:

- taquicardia, palpitaciones.
- temblor (voz, manos).
- sudoración.
- malestar gastrointestinal.
- náuseas.
- boca seca.
- dificultad para tragar.
- escalofríos.
- sonrojo.
- urgencia urinaria.

Temores básicos en la fobia social:

- A no saber comportarse de un modo adecuado.
- A ser visto/a como incompetente, poco interesante o poco atractivo/a o estúpido/a.
- A manifestar síntomas de ansiedad (rubor, temblor...) que puedan ser observados.
- Temor a la crítica, a la evaluación negativa y/o al rechazo.
- A ser observado/a.
- A pasarlo fatal al sentir mucha ansiedad.
- Temor a sentirse avergonzado/a.

Conductas frecuentes de los afectados por Fobia Social:

- La evitación o el escape de las situaciones temidas.
- A veces no se evita estar presente, sino que se evita:
 - participar.
 - ser centro de atención.
 - manifestar síntomas temidos.
- Beber ó haber bebido, como conducta defensiva.
- No hacer preguntas en una reunión.
- Buscar un sitio en que se pase desapercibido/a.
- No hablar, ó hablar poco.
- No hablar de si mismo/a.
- No mirar a la otra persona.
- Pedir disculpas por no tener que escuchar críticas.
- Echarse el pelo largo por la cara.
- Maquillarse mucho.
- Llevar grandes gafas oscuras (miedo al rubor).
- Mantener las manos en los bolsillos o detrás.
- No coger cosas delante de los demás (vasos, bolígrafos...) o agarrarlas fuertemente (miedo al temblor).
- Llevar ropa ligera o no probar comida caliente cuando se está con otras personas (para que no se note el sudor).

· **¿Cómo puede ayudar el profesor ante la Fobia Social?**

El miedo más frecuente, tanto en institutos como en otros contextos, es el miedo a hablar en público ó intervenir en clase.

Algunas **posibles medidas** para manejar estas situaciones pueden ser:

- Alentar a que se vaya interviniendo en clase de modo gradual. Esto es conveniente desde que son muy pequeños/as. Se puede empezar por hacer una breve pregunta desde dentro de un grupo e ir dando pasos para responder a preguntas, hacer comentarios, exponer un trabajo a una profesora, hacer una exposición a un grupo, etc.
- Enseñar habilidades para preparar las intervenciones en clase:
 - Buscar y recoger información.

- . Hacer un esquema con el que ordenar las ideas a exponer, preparar anticipadamente las respuestas a posibles preguntas, breve ensayo mental ó real con introducción, puntos principales y conclusión.
- Enseñar habilidades para las intervenciones en clase:
 - . Respetar el tiempo de que se dispone.
 - . Hacer una introducción que capte la atención e informe de lo que se va a hablar.
 - . Expresarse con claridad y coherencia.
 - . Hacer resúmenes al final de cada parte.
 - . Mirar a las personas presentes a la cara (aumentando progresivamente el número de compañeros/as a quienes se mira).
 - . Hacer gestos.
 - . Modular la voz.
 - . Hacer pausas.
 - . Enfatizar las ideas importantes.
- Recaltar que algunas personas de la clase pueden bostezar, hablar o distraerse por otras razones que no sean que el que interviene lo está haciendo mal.
- Enseñar a contestar a las preguntas e intervenciones de los compañeros/as, especialmente cuando no se recuerda la respuesta ó se hacen preguntas ó comentarios críticos.
- Enseñar a afrontar los bloqueos a la hora de intervenir en clase, con estrategias como relajación y respiración lenta y profunda; emplear otras palabras en lugar de la que le sale en ese momento, realizar una breve pausa para pasar a la siguiente idea, si no se recuerda la anterior.
- En general, favorecer en clase que se hagan preguntas, crear un ambiente participativo de todas las personas de la clase, no consentir las actitudes de falta de respeto hacia las personas que intervienen con gran ansiedad, que no intervengan siempre los mismos...
- Ayudar a quien tiene miedo a asumir perspectivas más realistas. Se le puede recordar que:

- . Casi todo el mundo tiene miedo a hablar en público.
- . El miedo a hablar en público, si no es excesivo, ayuda a tomarse en serio las cosas, a prepararse mejor.
- . El miedo que los demás aprecian es mucho menor que el miedo que uno/a experimenta.
- . El auditorio no es un enemigo. Está deseoso de aprender cosas nuevas y es comprensivo con los oradores/as que están algo nerviosos/as.
- . Las críticas no son ataques personales, sino expresiones legítimas de distintos puntos de vista.
- . Nadie sabe las respuestas de todas las preguntas ni tan siquiera del tema que domina.
- . Aprender a superar el miedo requiere práctica continuada de hablar en público.

2.1.4. Trastorno de ansiedad generalizada

Su **característica principal** es mostrar una **preocupación y ansiedad excesivas, persistentes (al menos seis meses) y difíciles de controlar** en relación a un número de acontecimientos o actividades tales como el trabajo, los estudios, la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero y la salud.

Son preocupaciones por cuestiones menores.

Durante la adolescencia, las hiperpreocupaciones suelen girar en torno a la calidad de su actuación en el ámbito escolar, relacional o deportivo, incluso cuando no son evaluados.

Los **síntomas** que suele presentar son:

- Inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad.
- Dificultades de concentración.
- Quedarse en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Perturbaciones del sueño.

¿Cómo puede ayudar el orientador/a y el profesorado?

Técnicas de ayuda para prevenir y controlar la ansiedad :

- La Relajación y/o el Yoga.
- La Reestructuración Cognitiva.
- La Resolución de Problemas.

Sería aconsejable que estas técnicas formaran parte del curriculum escolar.

La Reestructuración Cognitiva implica:

- Tener claro que lo que pensamos influye en lo que sentimos y en lo que hacemos.
- Entender que nuestros pensamientos son simples hipótesis que pueden o no ser refrendadas por la realidad.
- Aprender a identificar lo que uno/a piensa sobre algo que le preocupa (p.e. "suspenderé el examen", "la profesora no me saludó porque le caigo mal".)
- Cuestionarse hasta qué punto las cosas son como uno/a piensa. Debe buscar pruebas a favor y en contra de lo que piensa y otras explicaciones alternativas. Pueden hacerse pruebas para comprobar si las cosas son como se piensa, p.e. expresar una opinión contraria a un amigo para comprobar si se enfada ó no.
- Ayudar a desdramatizar. ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si sucede lo que se teme?

La técnica de **Resolución de Problemas** requiere una serie de actitudes básicas:

- Saber reconocer los problemas cuando se presentan.
- Aceptarlos como una parte normal de la vida.
- Considerar que muchos de estos problemas tienen solución y que muchas veces uno/a puede encontrarla, empleando tiempo y esfuerzo.

Los **pasos a seguir** en esta técnica son:

- **Definir y analizar el problema:**

- ¿Quién está implicado/a?
- ¿Qué sucede?
- ¿Con qué frecuencia sucede?
- ¿ En qué circunstancias?
- ¿ Por qué sucede?
- ¿Qué hago, pienso, siento?
- ¿Cuáles son las consecuencias?
- ¿Cómo reaccionan los demás?

- **Establecer los objetivos** que se persiguen para la resolución del problema.

- **"Tormenta de ideas"**. Plantear todas las ideas que se ocurran para una posible solución. En esta fase no se descarta ninguna idea, por más disparatada que parezca. Cuanto más variadas y mayor cantidad, mejor.

- **Tomar una decisión**. Se van eliminando las inaceptables o no factibles, ya que se deben ir analizando las consecuencias de cada una de las ideas aportadas (consecuencias personales, para otros, a corto o largo plazo...). Se elige la solución que permita alcanzar los objetivos con el menor coste, tanto emocional como de tiempo y esfuerzo.

- **Planificar cómo y cuándo** se llevará la solución a la práctica y anticipar posibles obstáculos y la forma de manejarlos.

- **Llevar a cabo la solución elegida y comprobar los resultados** obtenidos. Si no son buenos, reiniciar el proceso.

2.1.5. Rechazo o Fobia Escolar

Se refiere a la **negativa prolongada a ir a la escuela** por algún tipo de perturbación emocional relacionada con la situación escolar.

Sus **características** son:

- Severa dificultad para ir al colegio, lo que provoca frecuentemente

ausencias prolongadas del medio escolar.

- Miedo intenso, explosiones de mal humor, tristeza, quejas de sentirse mal sin causa orgánica obvia cuando se encuentra en situación de tener que acudir al colegio.
- Permanecer en casa con el conocimiento de los padres.
- No hay características antisociales como robos, mentiras, vagabundeo, conductas de destrucción ó conducta social inadecuada.

Las **causas** más frecuentes:

- Miedo a separarse de los padres (posible trastorno de ansiedad de separación)
- Miedo a diversos problemas relacionados con la escuela (ser golpeado/a por un compañero, ser objeto de burlas, ser criticado/a en clase, tener que hablar en público, hacer exámenes..) Esto sería una Fobia escolar.
- Problemas de ansiedad generalizada ó depresión.

Diferencias entre el rechazo escolar y la ausencia escolar por "hacer novillos"

Las diferencias se centran, sobre todo, en que, en el caso de "estar haciendo novillos":

- No hay permiso paterno/materno.
- No se observa temor.
- Suele permanecer en la calle, y no en casa.
- El rendimiento escolar es muy bajo.
- Suele haber conductas antisociales (robos, mentiras, destrucción de propiedades, peleas entre pandillas, fugas de casa).

• Ayuda de orientación y Profesorado

- Comprender aspectos familiares o personales que puedan desconocer. Comunicarse desde una actitud de ayuda.
- Aceptar que puede haber motivos escolares en el problema y expresar motivación para hacer lo posible por cambiarlos.(a veces, la baja moral del personal, el número elevado de personas por clase, el número alto de repetidores, la vigilancia de posibles actitudes de violencia verbal de otros..)

- Estudio de los problemas a tres niveles: profesorado, orientación y familia.
- Intervenir con el/los problemas específicos con los que puede estar relacionado el rechazo (bien sea la ansiedad social, como ante exámenes, el temor a la violencia de otros ó ansiedad de separación por problemas específicos en su familia).

2.1.6. Ansiedad ante los exámenes

Es el **miedo intenso y persistente** que se siente **ante situaciones de evaluación**, en el momento de las mismas o anticipadamente, dentro del ámbito escolar: pruebas escritas u orales, trabajos, resolución de ejercicios de laboratorio, contestación de preguntas en clase, problemas en la pizarra...

Sus **características** se reflejan en tres niveles:

- A nivel **emocional**.

La ansiedad es excesiva o irracional, no debida exclusivamente a no haber estudiado ó no saber estudiar, aunque la ausencia de habilidades de estudio puede ser un factor contribuyente a la misma.

- A nivel **cognitivo**.

Aparecen dificultades para pensar: imposibilidad de recordar partes importantes, confusión, dificultad de concentración, incapacidad de controlar las preocupaciones acerca del examen.

Están presentes varios temores:

- Posible fracaso o mal rendimiento.
- Las consecuencias de hacerlo mal: desaprobación familiar, mal expediente...
- Temor a no poder alcanzar las propias metas, con pensamientos auto-críticos, de baja autoestima...

- A nivel **motor**
- Tensión muscular elevada.
- Dificultades para respirar.
- Temblores ó espasmos en manos ó cuerpo.
- Conductas como tomar medicación, algún talismán,
- En casos extremos, escape ó evitación de la situación de exámen.

· Ayuda del profesorado

Mediante las siguientes actitudes y medidas:

- Desenfaticar la competición y la comparación entre el alumnado.
- Reservar tiempo de las clases para repasar, revisar, hacer resúmenes, no emplear todo el tiempo en materia nueva.
- Presentar el material de modo muy estructurado.
- Enseñar hábitos de estudio y estrategias de realización de exámenes.
- Evitar atribuir a su "inutilidad" o "incapacidad" la causa de su fracaso. El aprendizaje de habilidades y la adecuada, o no, utilización de las mismas centra las causas del fracaso en el uso de estrategias, y no en atributos personales.
- Proporcionar experiencias de éxito y reforzarle por los esfuerzos y avances.
- No limitar el tiempo disponible de examen.
- Permitir hacer preguntas de examen y adoptar una actitud de ayuda.
- No pararse a observar lo que está escribiendo.
- Conceder al alumno/a con elevada ansiedad ante los exámenes una segunda oportunidad sin riesgo.
- Ser cordial y empático/a a la hora de explicar los resultados de los exámenes; no duro/a, burlón/a o castigador/a.
- Hacer exámenes más breves y frecuentes y con apoyo de material.
- Aprovechar los modelos de otros compañeros/as con ansiedad ante los exámenes que puedan explicar su modo de afrontarla.
- Hacer calificaciones separadas para rendimiento, esfuerzo y conducta.
- Practicar técnicas de Relajación ó Yoga y técnicas de Respiración Profunda.

LECTURAS ACONSEJADAS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Bados, A. (1991) *"Hablar en público: Guía Práctica para lograr habilidad y confianza"*. Ed. Pirámide.
- Fábregas, J.J. y García, E. (1995). *"Técnicas de Autocontrol"*. Ed. Alhambra.
- Hernández, J.M., Pozo, C. Y Polo, A. (1994) *"Ansiedad ante los exámenes: Un programa para su afrontamiento de forma eficaz"*. Ed. Promolibro
- Morganett, R.S. (1990) *"Técnicas de Intervención Psicológica para adolescentes"*. Ed. Martínez Roca
- Pastor, Carmen y Sevillá, Juan (1995) *"Tratamiento Psicológico del Pánico-Agorafobia: Un manual de Autoayuda paso a paso."* Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Saldaña, Carmina (2001) *"Detección y Prevención en al Aula de los Problemas del Adolescente"*. Ed. Pirámide.

2.2 La problemática depresiva en la adolescencia

2.2.1. Los trastornos del Ánimo. La Depresión

Varios trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas, siendo la Depresión el cuadro clínico más relacionado con estos comportamientos.

Aproximadamente el 15% de las personas con esta psicopatología realizan intentos suicidas.

Según datos publicados por el Ministerio de Salud, en el año 1996 se registraron 385 muertes por suicidio entre jóvenes de 15 a 24 años. Sobre una población estimada de 6 millones de personas, equivale a una tasa de 6 suicidios por cada 100.000 jóvenes.

El 11% de las muertes entre los 15 y los 19 años, por cada 100.000 habitantes, son causadas por actos suicidas.

La Unión Europea, según refiere el Plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes en Andalucía, incide en que uno de cada diez jóvenes padece síntomas de depresión, clínicamente reconocibles. Reconoce, además, que el suicidio es la segunda causa de mortalidad en los grupos de edad entre 15 y 24 años y la tercera causa de mortalidad entre los grupos de edad de 25 y 34 años.

Un 18% de los chicos cometen actos suicidas
Un 4% de las chicas cometen actos suicidas.

En cambio,

Ellas intentan el suicidio, sin lograrlo, en una proporción 3 veces mayor que ellos.

Es importante buscar espacios dónde discutir, individualmente y en grupo, acerca del sentido de la vida, de los valores, de los **OBJETIVOS VITALES PROFUNDOS... Y AYUDARLES A CONSTRUIRLOS.**

Las posibles soluciones pasarían por:

- Aprender a elaborar , a construir un Proyecto de Vida.
- Poder confiar en el amor y en la amistad.
- Aprender a resolver problemas de la vida real.
- Contar con personas adultas dispuestas a escuchar y ayudar, para saber dónde poner límites.
- Desarrollar Habilidades de Resolución de Problemas.
- Trabajar en grupos, y en el aula, acerca de valores y cuestiones éticas

Más sobre la problemática depresiva

El término **Depresión** puede significar:

- Un estado emocional transitorio.
- Un estado de ánimo de determinada intensidad.
- Sentimientos referidos a una pérdida real ó simbólica.
- Percepción subjetiva de un Malestar.
- Como Signo: Indicadores observables en el comportamiento o conducta manifiesta.

- Como Síndrome: un conjunto integrado de signos y síntomas que puede estar presente en muchas condiciones clínicas.

Sus **síntomas más frecuentes**, según el DSM-IV (1994) (Manual de clasificación internacional de enfermedades mentales, en su última edición), son:

- Humor depresivo.
- Sentimiento de culpa y desesperanza.
- Sentimientos de indefensión e inutilidad.
- Pérdida de apetito.
- Perturbaciones en el sueño.
- Retardo o agitación psicomotora.
- Problemas de atención, concentración, memoria y de toma de decisiones.
- Pérdida de interés y capacidad para el placer.
- Falta de energía, cansancio y fatiga.
- Pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio.

Algunos de los **factores más importantes que influyen en la aparición del cuadro depresivo** son:

- La violencia doméstica.
- La inmigración.
- Las peleas entre el padre y la madre.
- Cuando los chicos pasan mucho tiempo fuera del hogar.
- Actitudes rígidas e intolerantes de los padres.
- Ausencia de un Proyecto de Vida Posible.
- Dificultades de comunicación en el seno de la familia.

Los **adolescentes** con síntomas **depresivos** manifiestan estar muy preocupados por:

- La salud de sus padres.
- Muertes cercanas.
- Confusión en proyectos de vida.
- Problemas de Aprendizaje escolar.
- Ser poco comprendidos ó escuchados por sus profesores.

¿Cómo puede intervenir el orientador o profesor?

- Intentando desarrollar la autoestima del/la adolescente.
- Facilitando el aprendizaje de habilidades de comunicación.
- Potenciando la asertividad.
- Enseñando a afrontar las pérdidas
- Intentando modificar los Pensamientos Negativos (Reestructuración Cognitiva).
- Enseñando habilidades de Resolución de Problemas.
- Enseñando habilidades de Negociación.
- Desarrollando espacios de reflexión: acerca de objetivos vitales (ética, sentimientos); de utilidad social y personal (valores religiosos); Flexibles y solidarios; Humanismo; Filosofía vital...

LECTURAS ACONSEJADAS

- Morganett, Rosemarie. (1995). "Sentirse bien consigo mismo/a: Desarrollo de la Autoestima" en "Técnicas de Intervención Psicológica para Adolescentes" Ed.Mtnez. Roca

También los capítulos: "Enfrentarse con el divorcio en la familia", "Habilidades de comunicación: Aprendizaje de la Asertividad" y "Afrontar la Aflicción y la Pérdida de seres queridos".

- Vallés Arándiga, A. Y Vallés Tortosa, C. (1996). "Los Programas para el Aprendizaje de las Habilidades Sociales, Autoestima y Solución de Problemas" en " Las Habilidades Sociales en la escuela. Una propuesta curricular." Ed. EOS. Madrid.

- Martina Casullo, María (2001). "Depresión y suicidio en la Adolescencia" . en "Detección y Prevención en el aula de los Problemas del Adolescente" Carmina Saldaña. Ed. Pirámide.

- Sevillá, Juan y Pastor, Carmen (1998). "Tratamiento Psicológico de la Depresión. Un manual de Autoayuda". Ed. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2001) "Plan de Atención a los Problemas de Salud de los Jóvenes en Andalucía. "

2.3 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Es causa importante de psicopatología y problemas escolares y no es sólo un trastorno de la infancia, sino que existen evidencias claras de su continuidad en la adolescencia y en la vida adulta.

Según el DSM-IV (manual que recoge la clasificación internacional de enfermedades mentales), se pueden dar **tres subtipos**:

- Inatentivo

- Impulsivo

- Combinado

Sus **síntomas** son:

- Impulsividad.
- Inatención.
- Síntomas hiperactivos.
- Dificultad para comportarse de acuerdo a normas en varios entornos.
- Inicio antes de los 7 años.
- Afecta a dos niños por cada niña.

Comorbilidad con:

- El trastorno de conducta.
- Trastornos emocionales.
- Dificultades de aprendizaje.
- Abuso de alcohol y drogas.

Constituyen **factores de mal pronóstico**:

- Comportamiento agresivo.
- Coeficiente intelectual bajo.
- Dificultad de relación con amigos/as.
- Ambiente familiar desestructurado.

Las **consecuencias** de la existencia de estos factores son una **mayor probabilidad** de presencia de:

- Comportamientos de riesgo.
- Conductas suicidas.
- Accidentes y fallecimientos por conducción temeraria.
- Dificultades en el rendimiento escolar.

¿Cómo puede ayudar el orientador y/o profesor?

- Prestando asesoramiento a la familia para el manejo más efectivo de los hijos/as, desde un planteamiento de trabajo basado en la colaboración, no crítico.
- Practicando técnicas cognitivo-conductuales para ayudar al o la adolescente a controlar los pensamientos impulsivos.
- Desde atención primaria, considerar la prescripción de fármacos estimulantes o algunos antidepresivos que han demostrado eficacia en el trastorno.

LECTURAS RECOMENDADAS

- James, A. y Javaloyes, A. (2001) "Trastornos psicosociales y psicopatología en la adolescencia". En Saldaña, C. (2001), "Detección y prevención en el Aula de los Problemas del Adolescente". Pirámide, pag. 161-178.

- Jiménez Hernández, J.L. (1999) "Tratamiento de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad". Revista Española de Pediatría 55, 328, pag. 335-341.

2.4 La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La esquizofrenia es un trastorno mental de base orgánica, que hace su aparición en personas vulnerables genéticamente, ante factores de estrés ambiental. El estrés favorece las recaídas y la presencia de nuevos brotes de enfermedad.

El sujeto puede recuperarse tras un brote o período agudo. Los tratamientos combinados farmacológicos y psicológicos se dirigen a favorecer el máximo funcionamiento normal del paciente.

Suele presentarse durante la adolescencia o en la primera juventud. Aparece antes en los hombres que en las mujeres y suele tener un mejor pronóstico en el sexo femenino.

Si se consigue un abordaje temprano, hoy día el futuro de la enfermedad resulta mucho más esperanzador para los pacientes y sus familiares. Por ello resulta importante la detección temprana.

Síntomas característicos: (según DSM-IV)

Se dividen en dos categorías: positivos y negativos.

Síntomas positivos o activos, (presencia de determinados fenómenos que no son normales), como:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico ó gravemente desorganizado.

Síntomas negativos ó defectuales (carencias ó déficits):

- Aplanamiento afectivo, abulia ó alogia...

Disfunción social/laboral

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración presenta fracaso en alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico ó laboral, en comparación con el nivel previo al inicio del trastorno.

Duración

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Puede incluir los **períodos prodrómicos ó residuales** y la fase activa. Ésta debe durar al menos 1 mes, salvo que haya seguido tratamiento eficaz, con lo que puede durar menos.

En esta fase **prodrómica**, previa a la aparición del trastorno completo y que puede ser breve o larga e insidiosa, **la personalidad suele ir cambiando**, presentando:

- Aislamiento o retraimiento social progresivo.
- Distancia emocional, frialdad o indiferencia afectiva.
- Falta de motivación o de interés por lo que previamente le preocupaba.
- Confusión mental, lenguaje que empieza a ser imcomprensible, extraño.

Estas alteraciones de la personalidad **no tienen ninguna relación con** el fenómeno de **la doble personalidad**, que es un trastorno disociativo (DSM-IV)

Identificación temprana del riesgo de esquizofrenia

Las personas que rodean al o la joven pueden empezar a darse cuenta de que no está igual que antes. Se va produciendo un deterioro progresivo y una alteración de la conducta que afecta:

- Al autocuidado, que empeora.
- A las relaciones sociales, con alejamiento, suspicacia, actitudes defensivas...
- A las actividades escolares, con peor rendimiento.
- A las actividades interesantes, que le dejan de motivar.
- Pueden aparecer intereses extravagantes, sobre temáticas religiosas, ocultismo, etc.
- Estado ansioso y temeroso, con cambios de humor frecuentes sin estímulos lógicos.
- Confusión entre la realidad y la fantasía.
- Conducta no verbal caracterizada por intensa ansiedad. Aspecto serio. No interacciona afectivamente. Raramente sonríe.

Factores de riesgo

Presentar características de personalidades socialmente aisladas, poco necesitadas de los demás, distantes, rígidas y extrañas. El DSM-IV describe:

- La personalidad esquizotípica.
- La personalidad esquizoide.
- La personalidad paranoide.

Qué debe saber el profesorado

La intervención temprana y el tratamiento rápido resultan fundamentales para la remisión de los síntomas y para un mejor pronóstico del trastorno.

El tratamiento efectivo, que debe llevarse a cabo en los equipos de salud mental de distrito, consiste en:

- Tratamiento farmacológico con neurolépticos, para los síntomas activos, como los delirios y las alucinaciones.
- Tratamiento psicológico cognitivo-conductual, con Información sobre su trastorno, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, y terapia cognitiva. Está dirigido este tratamiento a proporcionarles herramientas de afrontamiento al estrés y a evitar las recaídas.
- Tratamiento familiar y apoyo psicoeducativo familiar, dirigido a aumentar el conocimiento de la enfermedad y el modo de convivencia más propicio para la mejor evolución del cuadro.

La esquizofrenia en los adolescentes conlleva un riesgo importante de intentos de suicidio.

El profesorado puede informar en el aula

Conviene que, dentro de la información sobre salud, se hable de la esquizofrenia como de una enfermedad más.

Conviene desmitificarla y separarla de la idea de persona loca o agresiva que todavía se tiene socialmente. No hay una prevalencia de conductas agresivas mayor que en la población normal.

Existen asociaciones de familiares de personas con esquizofrenia con las que poder contactar para tener una información de interés sobre el trastorno y una sensibilización sobre los problemas y el rechazo social que todavía sufren estos enfermos. Estos familiares podrían explicar muy bien lo que sucede y cómo enfrentarlo de modo satisfactorio. Tienen además folletos con información sencilla sobre el trastorno que puede ser de utilidad al profesorado.

La esquizofrenia es una enfermedad que cursa de modo crónico, como ocurre con la diabetes o el parkinson. No todos los enfermos evolucionan igual ni tienen el mismo grado de funcionamiento social. Hay personas que necesitan cuidados continuos y otros que pueden llevar su trabajo, su familia y sus actividades con toda normalidad.

Los profesores pueden informar del papel negativo que tienen algunos factores **precipitantes de la enfermedad** (en personas vulnerables):

- Abuso de drogas.
- Alcohol.
- Estados de tensión.
- Estados de estrés agudo.
- Estados de estrés crónico prolongado (familiar, escolar, social).

Por otra parte, contactará con la familia si observa que los cambios globales extraños observados en su personalidad se prolongan en el tiempo (unos meses) y recomendará que sea valorado por los especialistas de salud mental.

Es conveniente evitar que tenga que ser ingresado/a. Por ello, la intervención de salud mental, corroborando el diagnóstico o descartándolo, resulta clave en las primeras fases del trastorno.

Ante los primeros signos del cuadro psicopatológico, conviene:

- Reducir el nivel de exigencia o estrés familiar, escolar y social.
- Evitar situaciones que pueden resultar negativas y exacerbar la enfermedad. Son convenientes, por tanto:
- Los ambientes tranquilos, con indicaciones claras, evitándose los mensajes confusos o ambiguos, tanto a nivel escolar como familiar.
- Los ambientes donde no se produzcan críticas, conductas hostiles ó sobreimplicadas, con constantes comentarios acerca de su conducta.
- No convienen ambientes familiares ni escolares demasiado exigentes. Las expectativas, negociadas con él/ella, deben ser realistas y acordes con las capacidades que presenta en el momento.

Conviene saber que algunos síntomas negativos, como la apatía, el cansancio, la falta de motivación, etc., son, a veces, confundidos con la vagancia, lo que lleva a actitudes críticas, sobre todo en la familia, que empeoran el proceso de recuperación. Conviene un contacto coordinado con el equipo de salud mental.

LECTURAS ACONSEJADAS

- FEAFES (1995) *"LA esquizofrenia: de la incertidumbre a la esperanza. La esquizofrenia en la familia"*. Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales.
- Cañamares, J.M., Castejón, M.A., y cols. (2001) *"Esquizofrenia"*- ed. SÍNTESIS

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1994) *"DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"*.
- Bados López, A. (2001) *"Trastornos de Ansiedad, Miedos y Fobias"* en Carmina Saldaña *"Detección y Prevención en el Aula de los Problemas del Adolescente"*. Editorial Pirámide, pag. 59-82.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M-L. Y Bersabé, R.M. (1996) *"Trastornos de Ansiedad en escolares de 6 a 17 años"*. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (1999) *"Guía de salud infantil y del adolescente"*.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2001) *"Plan de Atención a los problemas de salud de los jóvenes en Andalucía"*.
- Costa, M y López, E. (1986) *"Salud Comunitaria"* Editorial Martínez Roca.
- D'Zurilla T.J., y Goldfried, M.R. (1971) *"Problem solving and behaviour modification"* *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 197-226.
- Echeburúa, Enrique (1992) *"Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad"*. Editorial Pirámide.
- Felner, R.D., Farber, S.s., y Primavera, J. (1983) *Transitions and stressful life events: A model for primary prevention"*. En R.D. Felner y cols (Eds). *"Preventive Psychology: Theory, research and practice"* Elmsford, N.Y.: Pergamon Press.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., y Schneier, F.R. (2000) *"Fobia Social: diagnóstico, evaluación y tratamiento"*. Editorial Martínez Roca.

James, A., y Javaloyes, A. (2001) "Trastornos psicosociales y psicopatología en la adolescencia". En Carmina Saldaña "Detección y Prevención en el aula de los problemas del Adolescente", pag. 161-178. Ed. Pirámide.

- Martina Casullo, María (2001) "Depresión y suicidio en la adolescencia". En Carmina Saldaña "Detección y Prevención en el Aula de los problemas del Adolescente", pag. 83.100. Ed. Pirámide.

- Morganett, Rosemarie R. (1995) "Técnicas de intervención psicológica para adolescentes". Ed. Martínez Roca.

- Olivares Rodríguez, J. (2001) "Los problemas del adolescente normal" en Carmina Saldaña "Detección y Prevención en el aula de los Problemas del Adolescente", pag. 19-40. Editorial Pirámide.

- Ollendick, T.H. y Winett, R.A. (1985) "Behavioral-preventive interventions with children" en P.H. Bornstein y A.E. Kazdin (eds) "Handbook od clinical behaviour therapy with children" Homewo"d, ILL: The Dorsey Press.

- Organización Mundial de la Salud (1992). "ICD-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades). Trastornos Mentales y del Comportamiento".

- Pastor, Carmen y Sevillá, Juan (1995) "Tratamiento Psicológico del Pánico y la Agorafobia". Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

- Petti, Th. A. (1993) "Depresión". En Th. Ollendick y M. Hersen "Psicopatología Infantil", pag. 267-287. Ed. Martínez Roca.

- Rappaport, J. (1987) "Community psychology: Values, research and action" N.Y.: Holt, Rinehart y Winston.

- Spintzer, R.L., Endicott, J., y Robins, E. (1985) "RDC. Criterios Diagnósticos de Investigación".

- Winett, R.A., Riley, A.W., King, A.C., Altman, D.G. (1993) "Prevención en salud mental" en Th. H. Ollendick y M. Hersen. "Psicopatología infantil", pag. 572-598- Ed. Martínez Roca.

Jóvenes y convivencia. Cómo vacunarse contra el virus de la violencia

Ana Rendón

Introducción

La calidad de vida tiene que ver con la confluencia de un amplio conjunto de factores, desde los socioeconómicos, que muchas veces no dependen directamente de uno mismo, a los psicológicos, de los que en alguna medida deberíamos ser responsables. Aunque no todo pueda controlarse, tenemos mucho ganado si sabemos qué parte de lo que nos puede hacer infelices, a nosotros mismos o a los demás, se puede evitar, modificar o eliminar. Tal es el caso de las malas relaciones sociales, los conflictos y su versión más grave y destructiva: la violencia interpersonal. Pero resulta infrecuente encontrar, en el ámbito de las instituciones educativas -léase la familia, la escuela y las instituciones sociales que tienen alguna función de ayuda o apoyo social-, un discurso medianamente claro sobre cómo aprender a ser feliz o, al menos, las posibilidades que existen de aprender a gestionar lo mejor posible nuestras propias vidas en orden a evitar un sufrimiento injustificado o inútil, cuando no dañino.

Recientemente, hemos colaborado (Ortega, 2001) en un proyecto europeo en el que un conjunto de investigadores y expertos en salud pública y educación hemos confeccionado un informe, el "Proposal for an Action Plan to Combat Violence in Schools" (Salomaki y otros, 2001) que, bajo el respaldo de la Comisión Europea y en colaboración con el Centro de Promoción de la Salud de Finlandia, plantea una serie de propuestas para combatir la violencia escolar en todos los ámbitos y escenarios en los que ésta pueda hacerse presente. Dado que uno de ellos es la escuela y dado que cada vez más hay que entender por escuela todo lo que enseña a las personas -cualquiera que sea su edad y condición- a mejorar sus condiciones vitales, este informe tiene la virtud de encuadrar la prevención de la violencia en un marco muy amplio y comprensivo de mejora de la calidad de vida, especialmente de los jóvenes y adolescentes, a través de proyectos y programas de

educación que se focalizan en la prevención de los riesgos que están asociados a la violencia.

En el preámbulo del documento que comentamos, escrito conjuntamente por la ministra de Educación y Ciencia y el ministro de Salud y Servicios Sociales de Finlandia, pueden leerse tres ideas que quisiéramos señalar como conceptos claves:

- 1) que el abordaje de la prevención debe ser interdisciplinar: de la salud mental a la educación y la protección social.
- 2) que todo plan de acción debe ser global y coordinado: de las instituciones de salud, a las educativas y a las de protección y solidaridad;
- 3) que es fundamental la formación del profesorado a todos los niveles para que la prevención emane directamente del desarrollo del currículum.

Hemos partido de este importante informe, aun en fase de difusión, para apoyar un modelo global de intervención del que venimos hablando y que ha significado buena parte de nuestro trabajo como equipo de investigadores y educadores (Ortega, 1997; Ortega y otros, 1998 y 2000). Hemos denominado a este modelo ecológico, ya que parte de una realidad, la de las instituciones educativas, en las que se implican muchos más fenómenos que los meramente instructivos. Un modelo que consideramos sistémico, porque pretende no olvidar que tanto la vida familiar como la escolar están compuestas por un conjunto amplio de factores, en los que conviene incidir sin perturbar lo que ya funciona bien. Y, finalmente, un modelo que consideramos abierto o comunitario, porque reclama la participación de todos los agentes que inciden en la vida escolar o familiar.

Padres y madres, educadores y educadoras, maestros y maestras, profesores y profesoras son los principales agentes formativos porque son los transmisores directos de los conocimientos, hábitos, lenguajes, valores y sentimientos que la sociedad va eligiendo para realizar la crianza y la educación. Pero, además de estos dos grandes agentes socializadores, existe otro, el de los iguales, que no ha despertado interés hasta muy recientemente y que es portador y constructor de actitudes y capacidades con las que los chicos y chicas se encuentran en los centros escolares, en los parques infantiles y en los lugares de ocio.

3.1 Las relaciones interpersonales, los conflictos y el fenómeno de la violencia

La organización social y la actividad escolar no sólo sirven para la adquisición de los conocimientos y las habilidades que se busca transmitir, sino que también dan lugar a sistemas de comunicación, repartos de poder, hábitos de convivencia, valores, sentimientos y emociones en los que se incluye algo más que información académica. Durante la escolaridad, la vida de los alumnos y alumnas está particularmente afectada por las relaciones entre los iguales de forma simétrica y recíproca en sus intercambios, relaciones aparentemente democráticas e igualitarias pero que, a veces, no son así para todos y cada uno de ellos.

Una minoría significativa no sólo no aprende a ser amable y solidaria con sus compañeros y compañeras, sino que puede estar aprendiendo lo contrario, es decir, a ser injustificadamente agresiva, desamable, o cruel con sus iguales. A su vez, hay escolares que se convierten en el blanco de las iras de sus compañeros y compañeras y son objeto de burla y hostigamiento, no consiguiendo saber qué están haciendo mal.

Una mirada al contexto y a las actividades que acontecen en el microsistema de los iguales nos muestra una realidad nada idealizada del mundo afectivo y emocional infantil y nos enfrenta al hecho mismo de la crueldad injustificada, del abuso de poder de los más fuertes sobre los más débiles y del maltrato entre compañeros y compañeras. Ésta, junto con otras violencias, podría estar en el origen de una patología psicosocial que seguramente está incidiendo en el deterioro de la salud mental de algunos niños y niñas y jóvenes. Hay zonas oscuras en la escuela, al igual que las hay en las familias, donde el maltrato doméstico constituye uno de los fenómenos perversos contra la salud mental y social de los niños y niñas, y estas zonas oscuras son fuente de los problemas más injustos con los que pueden encontrarse algunos chicos y chicas cuando llegan a su segundo lugar de desarrollo y educación.

Los niños y niñas aprenden muchas cosas de la convivencia con sus iguales, pero quizás la más importante es aprender a identificarse consigo

mismos y con sus semejantes, como parte de un marco social que ya será para siempre su grupo de referencia, su generación. Procesos psicológicos tan complejos como el desarrollo del autoconcepto y la propia identidad dependen en gran medida de la fluidez de las relaciones con los iguales. Concretamente, entre los compañeros y compañeras escolares surgen conflictos que hay que aprender a resolver y, con más frecuencia de la que nos gustaría, problemas de abusos, malos tratos y prepotencia verbal y psicológica que hay que aprender a prevenir y evitar (Ortega y Mora-Merchán, 2000). Dentro de los sistemas de iguales se sacralizan estilos de ser, de sentir y de actuar, con matices que cohesionan a quienes se educan juntos. Si la microcultura de los iguales incluye claves simbólicas de dominio y sumisión interpersonal, la realidad cotidiana de la relación incluye el desprecio, la falta de consideración y, finalmente, los malos tratos. El autoconcepto y la identidad social se verán muy afectados si la imagen de sí mismo que devuelven los compañeros y compañeras es una imagen deteriorada o temida. Cuando este microsistema deja de ser un ámbito de convivencia y fraternidad para ser un infierno de crueldad y malos modos, los procesos de construcción de la personalidad social se dañan y aparece el riesgo de enfermedad psicológica.

3.2 El riesgo de ser víctima o agresor escolar

En el contexto de las relaciones entre iguales pueden aparecer diversos tipos de enfermedad psicosocial, alguna de las cuales puede llegar a tener verdadera repercusión en el desarrollo de los niños y niñas que se ven afectados por ella. Una de éstas patologías ocultas es la aparición del esquema dominio-sumisión en el conjunto de convenciones que surgen espontáneamente entre los grupos y que se caracteriza porque en él una persona es dominante y otra es dominada; una controla y otra es controlada; una ejerce un poder abusivo y la otra debe someterse. Hablamos, pues, de una relación de prepotencia que termina conduciendo, en poco tiempo, a una relación de violencia y maltrato. Es un tipo de red social caracterizada por la diada agresor-víctima, pero rodeada por un conjunto de roles complementarios que hacen de ésta un fenómeno complejo, de naturaleza sociocul-

tural y con efectos perversos para todos los que en ella participan: víctimas, agresores y espectadores más o menos activos, ya que unos animan al agresor o agresores, otros tratan de ayudar a la víctima, no siempre con éxito, y otros, finalmente, se inhiben, en una suerte de perplejidad moral que a la larga causa daño al desarrollo y el aprendizaje de valores de sociabilidad y actitudes morales necesarias.

Entre un 5% y un 15% de los escolares pueden verse afectados por la enfermedad del maltrato y el abuso entre iguales, sea como víctima o como agresor. Pero un número mucho más alto de ellos, entre el 30 y el 40%, afirman que se ven envueltos en este tipo de problemas ocasionalmente y casi el 50% de ellos afirma que lo ha padecido alguna vez. El maltrato entre iguales se ve favorecido por el aislamiento en el que se desenvuelve el propio sistema de compañeros y compañeras e, igual que el maltrato doméstico, tiene en la tolerancia del entorno inmediato un factor añadido que aumenta el riesgo de daño psicológico que toda violencia conlleva. Porque, más allá del episodio agresivo, la víctima se atemoriza cuando compara su propia indefensión con el comportamiento general de los chicos y chicas. Para ciertos procesos, el grupo de iguales se convierte en un escenario cerrado y clandestino, no sólo porque los protagonistas ocultan estos asuntos a sus docentes y padres, sino porque el resto de los escolares, los espectadores, con frecuencia también callan.

Para la víctima, sobre todo cuando estos comportamientos son repetitivos, puede resultar terrorífico ser objeto de abuso, no sólo por lo que supone de daño físico y psicológico sino también por el daño moral que le provoca la humillación de ser considerado un estúpido, un débil y un marginado social. Lleno de temores, que intenta contener y disimular por un sentimiento de vergüenza y porque considera que su situación es causada por su propia debilidad social y su escasa capacidad para afrontar las relaciones interpersonales, sin contemplar que éstas son especialmente injustas y duras para él o ella, su autoestima se devalúa y la imagen de sí mismo se deteriora, lo que le aísla cada vez más, llegando a afectar gravemente su rendimiento académico.

En el extremo opuesto, pero formando parte de un perverso vínculo psicosocial, están los violentos: el chico o chica que es prepotente con el compañero o compañera que encuentra más débil o con menos capacidad de respuesta a sus agresiones y que justifica su actitud acusando de provoca-

dor a la víctima o afirmando que se trata de una broma. El abusón busca la complicidad de otros y consigue la tolerancia de los adultos mediante la minimización de la intencionalidad de herir. El chico o chica que agrede impunemente a otro, el que abusa de sus iguales actuando al margen del respeto a las normas de convivencia, se socializa con una conciencia de clandestinidad que afecta gravemente a su desarrollo sociopersonal; se va convirtiendo poco a poco en un chico o chica que cree que las normas están para saltárselas y que no cumplirlas puede llegar a proporcionar un cierto prestigio social. Todo ello deteriora su desarrollo moral y aumenta el riesgo de acercamiento a la precriminalidad si no encuentra a tiempo elementos educativos de corrección que reconduzcan su comportamiento antisocial.

Desgraciadamente, esta dañina relación de abuso y maltrato entre iguales suele producir una suerte de vinculación patológica entre la víctima y su verdugo, amparada en el secreto, la dependencia y el miedo al ridículo por parte de la víctima, así como en la impunidad del agresor o agresores y en la pasividad de los demás compañeros y compañeras, espectadores ante la crueldad de unos hacia otros.

Algunas víctimas del maltrato de sus iguales, cuando se perciben sin recursos para salir de esa situación, terminan aprendiendo -también se aprende lo malo- que la única forma de sobrevivir es la de convertirse, a su vez, en violentos y desarrollar actitudes maltratadoras hacia otros. Los violentos, ante la indefensión de la víctima y la pasividad de los espectadores, refuerzan sus actitudes abusivas y transfieren estos comportamientos a otras situaciones sociales. El problema se agrava y adquiere una dinámica de no control y aparece la falsa creencia en la inevitabilidad de la violencia, que desde una posición teórica rigurosa debemos negar.

La escasez de habilidades sociales de la víctima o la brutalidad de los agresores son responsables de que algunos escolares permanezcan en una situación social que termina siendo devastadora para ambos, pero también tremendamente negativa para los espectadores. Los espectadores consideran el problema como más grave y frecuente de lo que los propios afectados perciben, lo que nos hace pensar que esta dañina relación social provoca escándalo y miedo en los chicos y chicas que están en mejor disposición psicológica para escapar de ella. El temor difuso a llegar a ser objeto de violencia es también muy negativo desde el punto de vista psicológico

y moral; se aprende a no implicarse, a pasar por alto estos injustos sucesos y a callar ante el dolor ajeno. Junto al miedo de que mañana pueden ser ellos también víctimas, aparece la conciencia de culpa de ser indiferente al dolor de los semejantes. Y es que los efectos del abuso y la violencia se extienden más allá de sus protagonistas.

Aprender que la vida social funciona con la ley del más fuerte puede ser muy peligroso, tanto para los que se colocan en el lugar del fuerte como para los que no saben cómo salir del papel de débil que la estructura de la relación les asigna. Sobre todo, si esto ocurre cuando se está construyendo la personalidad. Las investigaciones longitudinales (Olweus, 1993) señalan que el abuso y la victimización pueden tener efectos a largo plazo. Por eso es tan importante eliminar del ámbito de los escolares de hoy el abuso y la doble moral que implica todo sistema de dominio y sumisión si queremos invertir en una sociedad psicológicamente más sana y moralmente más justa para el futuro. Pero ¿cómo hacerlo? Desde nuestra experiencia, nos atrevemos a proponer la aplicación de un programa que interviene sobre lo anteriormente argumentado.

3.3 Aplicando un programa para mejorar la convivencia

Con la intención de mejorar la convivencia en nuestros centros y convertir esos espacios en lugares de bienestar, proponemos un programa flexible y fácil de llevar a la práctica basado en el modelo SAVE (Sevilla Antiviolenencia Escolar). (Ortega, 1997 y Ortega y otros, 1998) Este modelo, como antes hemos apuntado, se caracteriza por ser ecológico, porque la intervención está adaptada al contexto; sistémico donde un cambio en una de sus partes repercute en el resto; y comunitario en cuanto exige la implicación de todos los agentes de la comunidad educativa. Si analizamos los datos obtenidos de las pruebas de evaluación aplicadas al alumnado que participó en este modelo (Del Rey y Ortega, 2001), podemos observar que el modelo mejora el clima escolar de los centros porque se percibe una reducción del número de implicados, la disminución de victimización, el cambio ante las situaciones de maltrato y una mejora de las relaciones interpersonales.

Por estas razones adoptamos el modelo SAVE en su planteamiento y desarrollo, proponiendo tres bloques temáticos destinados a la intervención preventiva a los que denominamos carpetas, y a los que añadimos después un apartado para la intervención directa. Si pensamos en una carpeta, lo primero que se nos viene a la mente es un objeto que contiene información clasificada por materias y que se puede transportar con comodidad. Lo mismo ocurre con los bloques temáticos que presentamos. Cada uno trata un tema distinto y contiene instrumentos que son fáciles de llevar a la práctica en el aula, posibilitando su puesta en marcha. Estas carpetas o bloques temáticos son tres: 1ª) Convivencia democrática 2ª) Derechos Humanos 3ª) Formación en valores.

Para poner en práctica las carpetas, ofrecemos unas actividades que, en la medida en que sea posible, deben realizarse mediante el trabajo en grupo cooperativo, porque entendemos que la intervención para la mejora de la convivencia debe estar centrada en la cooperación de toda la comunidad.

El trabajo en grupo cooperativo concentra lo positivo de cada actividad instructiva: el enriquecimiento personal, el diálogo, la toma de decisiones, el respeto y el consenso. Para llevar a la práctica una actividad con esta metodología, debemos partir del trabajo individual del alumno o la alumna para la construcción de unos conocimientos básicos que le ayuden a clarificar sus ideas. En un segundo momento, estas ideas se deben negociar y consensuar en pequeño grupo (3 ó 4 personas) ya que de esta manera se fomenta el respeto, se promueve el enriquecimiento personal con las aportaciones de los demás y se aprende a llegar a acuerdos comunes. En una tercera y última fase, se exponen en gran grupo las conclusiones producidas por cada grupo para fomentar el debate de las mismas y llegar a decisiones finales.

3.3.1 Para la intervención preventiva:

CARPETA Nº 1: La convivencia democrática

Si tuviésemos que buscar una palabra que definiese la aportación más valiosa de un sistema como es el democrático, optaríamos por la participación; es decir, el derecho a colaborar en las decisiones que repercuten

en la totalidad de los individuos de una misma comunidad. Por lo tanto, si queremos alcanzar la convivencia democrática debemos hacer participar al alumnado en la elaboración de un conjunto de normas, convenciones o rutinas que regule la vida entre los sujetos. La posibilidad de participar en la elaboración, conocimiento y consenso de las mismas permite que éstas sean respetadas en mayor medida, al ser sentidas como algo propio, evitando la aparición de conflictos futuros cuando son infringidas.

Surge, en consecuencia, un objetivo que los centros educativos deben alcanzar, como es facilitar los espacios, recursos y tiempos necesarios para el consenso de las normas que gestionen la vida del aula, la elección de representantes y el tratamiento de los derechos y deberes del alumnado entre otros, preparando a los alumnos y a las alumnas para que se desenvuelvan socialmente como personas críticas en su entorno con actitud constructiva.

Entre los recursos que se pueden facilitar para la elaboración de normas se encuentra la asamblea, que es una actividad de clase en la que el alumnado y el profesorado analizan y debaten sobre todo tipo de temas relacionados con la convivencia y el trabajo escolar. En ella podemos distinguir tres fases: a) presentación del tema, b) discusión del mismo, c) elaboración de conclusiones. Durante el desarrollo de estas fases se posibilita hablar sobre temas de la clase, facilitando la colaboración, la amistad, la confianza y contribuyendo así a la cohesión al grupo. También los alumnos y las alumnas aprenden a expresar su opinión, a escuchar la de los demás de modo respetuoso y a asumir responsabilidades en la organización de la convivencia del aula, entendiendo que hay situaciones problemáticas y comprometiéndose a su mejora. La asamblea, además de constituir una actividad fundamental para regular y mejorar la convivencia en el aula, facilita la adquisición de valores y actitudes.

La asamblea también puede ser utilizada con la finalidad de resolver conflictos. Para ello, se pueden seguir las pautas inspiradas en la técnica de Círculos de calidad (Sharp, Cowie y Smith, 1994), consistente en crear en el centro un grupo de alumnos y alumnas, profesores y profesoras o mixto de profesorado y alumnado que, voluntariamente, se reúnen regularmente para solucionar un problema. La estrategia se desarrolla en cinco fases: identificación del problema, análisis del mismo, estudio de posibles soluciones, presentación de la solución a la dirección y evaluación del proceso.

Para las fases de análisis del problema y estudio de soluciones, se utiliza una serie de diagramas que facilitan dichos procesos. Se parte de un problema al cual se le van analizando sus causas. Y, seguidamente, a esas causas se le van dando soluciones hasta que se llega a la definitiva. Esta técnica es de mucha utilidad para la resolución de conflictos que afecten tanto a la totalidad del aula como al centro en general, porque hace reflexionar sobre las posibles causas del problema y permite buscar la solución a las mismas.

CARPETA Nº 2: Los Derechos Humanos

Un programa educativo que procura la mejora de las relaciones interpersonales no puede olvidarse de un ideal común como son los Derechos Humanos, punto de partida donde se asientan los principios fundamentales para la convivencia entre las distintas sociedades : los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres (Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos).

Es un bloque temático que nos permite conjugar los elementos necesarios para el fortalecimiento de dichas relaciones, potenciando que el alumno interiorice y haga suyos los valores que nos presenta el documento.

En consecuencia, la mejora de los espacios donde se desarrolla la vida afectiva de los educandos, a través de principios como el derecho a ser respetado y tratado con dignidad, comienza con el conocimiento de esta Carta, que proclama no sólo el deber que tienen las instituciones de promoverla, sino también el de hacerlo a través de la enseñanza y la educación, fomentando el respeto a las diferencias como principio básico, lo que exige un tratamiento pormenorizado de aspectos como la libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia y comprensión de otras culturas y costumbres.

Con esta intención presentaremos más adelante, en el apartado de Actividades, una secuencia de tareas que referencian los Derechos Humanos, a través de dilemas morales y situaciones donde los alumnos y alumnas puedan descubrir el valor de los principios que abogan por un contexto educativo y social basado en la buena convivencia.

CARPETA Nº 3: La formación de valores

Si apostamos por mejorar la convivencia para prevenir la violencia, uno de los pilares básicos y que no podemos olvidar es la educación en valores. Pero esto nos plantea hacer una selección de aquellos valores que reflejen las finalidades que queremos alcanzar y que se identifiquen con la identidad del centro. No se trata de abarcar la totalidad de valores existentes, sino de desarrollar los que consideramos necesarios para evitar el maltrato escolar de nuestros alumnos y alumnas. El respeto, la tolerancia, el diálogo, el compañerismo, la asertividad y la empatía nos parecen el punto de partida para la consecución de un espacio donde se fomenten las actitudes que permiten a los individuos vivir en comunidad.

El respeto, empezando por uno mismo y haciéndose extensivo a los demás, es, a priori, un referente que favorecerá el desarrollo del resto de valores. Ser comprensivos y considerados con quienes nos rodean permite establecer lazos afectivos que facilitan el trato de amistad, aceptación de las diferencias y el diálogo, ofreciendo la posibilidad de fomentar una serie de habilidades que favorecen el conocimiento propio y el de los demás, la detección de problemas o el fomento de la discusión positiva para la resolución de conflictos. Si no nos comunicamos, no conoceremos los sentimientos de los demás ni sus preocupaciones, por lo que no sabremos si necesitan nuestra ayuda o si están sufriendo. Por esto último, es importante desarrollar la empatía, que consiste en conocer las repercusiones que pueden llegar a tener nuestros actos en los demás, ya que pueden surgir casos realmente graves, donde la autoestima de las víctimas se ve altamente dañada. Para reforzar esa autoestima debemos desarrollar la asertividad de las víctimas para que sean capaces de reafirmarse en sus propias convicciones, mejore mejorar la opinión de sí mismo, motivarse por el trabajo y prestar mayor atención, para que no se produzca una disminución de su rendimiento académico y no sean fácilmente dominadas por otros.

No podemos olvidar que, para que la formación en valores sea completa y obtenga resultados óptimos, es necesaria la participación de la familia y de la sociedad en general, por lo que debemos de sensibilizarlas y formarlas para su implicación en este proceso.

3.3.2 Para la intervención directa:

A) La ayuda entre iguales

Tras la experiencia vivida con la puesta en práctica del modelo SAVE, pensamos que una estrategia para la intervención directa con chicos y chicas que, por sus condiciones personales, familiares y sociales, están en riesgo de implicarse en problemas de malos tratos o que ya están inmersos en ellos, y que aporta resultados favorables, ha sido es la estrategia de ayuda entre iguales (Cowie y Wallace, 1998).

Sabemos que los adultos nos encontramos con un círculo cerrado cuando intentamos involucramos en la vida de los grupos de chicos y chicas, por lo que propiciar la participación de un igual para mediar entre ellos es más efectivo, porque éste será capaz de entender mejor los detalles que conforman los lazos sociales y sus interrelaciones. De ahí que la finalidad de la ayuda entre iguales sea ofrecer dentro del centro un espacio y unos tiempos donde las víctimas inmersas en un proceso de maltrato encuentren a un compañero o compañera que les escuche y haga saber que entienden lo que les ocurre, sin que se sientan culpables de ello o recriminados por encontrarse en dicha situación.

Implantar esta estrategia requiere formar a alumnos y alumnas mediante un entrenamiento específico para que puedan, entre otros objetivos, ofrecer apoyo a través de la atención y escucha activas, colaborando en la identificación de problemas, siempre con la premisa de no aportar posibles soluciones al caso, intentando que sea la víctima quien tome conciencia de su situación y baraje las posibles soluciones que puede poner en práctica, fomentando así la capacidad de toma de decisiones, sin implicarse en los conflictos. El entrenamiento se realiza mediante simulaciones o juegos de rol en los que los consejeros y consejeras se enfrentan, a través de ejemplos, a situaciones como las que podrán encontrarse una vez que la estrategia haya sido puesta en funcionamiento.

Cabe destacar aspectos como la responsabilidad del proceso, que en ningún caso es del alumno o alumna que se presenta voluntario para ayudar, sino que recae en todo momento en los adultos.

Sugerimos esta estrategia basándonos en los resultados obtenidos tras

haberla desarrollado en dos centros sevillanos de Primaria y Secundaria (Ortega y Del Rey, 2001 a). Los datos nos dicen que la experiencia ha sido en todo momento satisfactoria. El alumnado que actuó como consejero o consejera destaca que dicha experiencia sirvió para ayudar a chicos y chicas con problemas de victimización y para mejorar las relaciones del centro en general. A modo de ejemplo, presentamos los siguientes testimonios:

SARA (15 años): "He estado hablando con una chica que decía que todo el mundo se metía con ella. Al final, me ha dicho que volvería otro día para seguir hablando conmigo. Pienso que se ha sentido mejor después de haber estado hablando conmigo".

JAVI (13 años): "Un chico ha venido a hablar conmigo y hemos estado hablando sobre lo que le pasaba. Él dice que todo el mundo se mete con él y le pegan empujones y que sólo tiene dos amigos. Creo que al final se ha sentido mejor".

Un aspecto menos favorable fue la actuación de los docentes que estuvo basada más en el control del proceso que en apoyar y asesorar a los consejeros y consejeras. En definitiva, pensamos que es una estrategia eficaz para la intervención con las víctimas del maltrato, aunque también es cierto que su implantación y puesta en marcha necesita una formación y entrenamiento que precisan tiempo y dedicación.

3.4 Ejemplos de actividades

PARA CARPETA Nº 1: La convivencia democrática

Actividad 1: ¿Cómo sería mi ciudad sin normas?

Finalidades:

- Hacer reflexionar al alumno o alumna sobre la necesidad de tener unas normas que regulen los comportamientos.
- Aprender el sentido y utilidad de las normas.

Metodología:

- Cada alumno o alumna escribirá una breve redacción sobre cómo sería su ciudad si no existieran unas normas de urbanidad.
- Discusión en pequeño grupo.
- Presentación por parte del docente de documentos que recojan normas de urbanidad y civismo.
- Debate final en el que se escribirán las conclusiones a las que se lleguen.

Recursos:

- Documentos oficiales de regulación de normas, como, por ejemplo, el código de circulación.

Recomendaciones:

- Como actividad alternativa, se puede pensar cómo sería la vida en el centro si no existieran normas.

Actividad 2: Nuestros derechos y deberes**Finalidades:**

- Conocer los derechos y deberes que tienen los alumnos y alumnas.
- Valorar las repercusiones que tiene el cumplimiento de los derechos y deberes para la comunidad educativa.
- Comprobar los distintos aspectos que contemplan los derechos y deberes de los alumnos y alumnas.

Metodología:

El docente facilitará un extracto que contenga los derechos y deberes de los alumnos y alumnas, numerados y adaptados a su nivel. A continuación, presentará una transparencia en la que se expondrá un esquema con tres bloques: formación académica, aspectos personales y recursos. Debajo de cada bloque, el alumnado deberá escribir los derechos que piense que se correspondan con dichos aspectos.

El docente anotará las respuestas y las comparará con las que él o ella proponga.

Recursos:

- Decreto de los derechos y deberes de los alumnos y normas de convivencia.

- Transparencias.

Recomendaciones:

- Realizar la misma actividad con los deberes.
- Pedir a los alumnos y a las alumnas que justifiquen sus respuestas.
- Presentar un extracto con los derechos y deberes de los docentes.

Actividad 3: ¿Cuáles son nuestras normas?**Finalidades:**

- Sensibilizar al alumnado sobre la importancia de conocer las normas en las que se basa la convivencia en el centro.
- Comprobar en qué medida son cumplidas o no estas normas.

Metodología:

Al alumnado se le lanza una serie de preguntas para confirmar si conocen las normas y sanciones de su centro. A continuación, se le propone montar dos murales: uno con situaciones reales en las que se estén cumpliendo las normas y otro en el que no se estén cumpliendo.

Recursos:

- Cartulinas
- Rotuladores
- Cámara de fotos
- Cámara de vídeo

Recomendaciones:

- Se le debe indicar al alumnado que busquen estas escenas en el recreo o en la entrada o salida del centro.
- Sería conveniente ampliar la actividad con el tratamiento de las correcciones a las normas.

PARA CARPETA Nº 2: Derechos Humanos**Actividad 1: ¿Vivimos todos igual?****Finalidades:**

- Sensibilizar y concienciar sobre las desigualdades que existen en el mundo e incluso en el entorno más cercano.

- Intentar implicar al alumno o alumna en una causa humanitaria.

Metodología:

El alumno deberá recopilar recortes de periódico en el que se denuncien desigualdades sociales (países subdesarrollados, marginación, consumismo, ...). A continuación, se realizarán murales para sensibilizar a toda la comunidad educativa. Finalmente, se organizará una asamblea en la que se debatirá sobre las causas, consecuencias y posibles soluciones de las desigualdades sociales y en la que se llegará al compromiso de implicarse en una causa humanitaria (recogida de ropa, campañas para el envío de dinero a países subdesarrollados, colaboración con alguna ONG,...)

Recursos:

- Recortes de periódicos o revistas
- Cartulinas
- Pegamento
- Rotuladores

Recomendaciones:

- En una segunda sesión se podría organizar una charla en la que el ponente sea un representante de alguna ONG.

Actividad 2: Cambiamos de identidad

Finalidades:

- Adquirir una actitud abierta y comprensiva hacia las diferencias.
- Comprender las implicaciones que conlleva ser o no ser tolerantes con los demás.
- Conocer las consecuencias de la intolerancia para quien la ejerce y para quien la sufre.

Metodología:

A cada alumno y alumna se le colocará en la frente una pegatina en la que se escribirá una identidad o un rol social, por ejemplo:

- Drogadicto.
- Prostituta.
- Estrella de cine.
- Vagabundo.
- Cantante.

- Persona de color sin recursos.
- Persona de color con éxito social.

Ninguno de los participantes debe saber el contenido de su pegatina. Se distribuirán por el aula y los demás lo tratarán como normalmente la sociedad se comporta con estas personas. Al final, comentarán cómo se han sentido y se debatirá el porqué de esa diferencia de tratamiento.

Recursos:

- Pegatinas.
- Rotuladores.

Recomendaciones:

Se pueden cambiar los roles sociales por nombres propios de personajes conocidos socialmente o en el contexto de los alumnos y alumnas.

Actividad 3: Yo no he sido

Finalidades:

- Conocer y profundizar la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Reflexionar sobre los prejuicios que tiene la sociedad ante algunas etnias o grupos sociales.
- Clarificar los valores personales que los sujetos tienen ante ciertas situaciones.
- Interiorizar los principios de tolerancia y respeto a la diferencia.

Metodología:

Primera fase:

Los alumnos y las alumnas leen la historia de Antonio, el personaje protagonista del recurso siguiente. A continuación, escriben lo que piensan que hubieran hecho si:

- Fueran Antonio.
- Le hubieran robado.

Segunda fase:

Realizar un juego de rol en el que se represente un juicio a favor y otro en contra de Antonio.

Recursos:

TEXTO:

Antonio es un chico gitano cuya familia se traslada a una nueva ciudad y tiene que entrar en un Instituto nuevo, a mitad de curso. Al poco tiempo de su ingreso en el centro, empiezan a desaparecer objetos de alumnos y alumnas en su clase. Sus compañeros y compañeras le señalan como autor de los mismos, aunque no tienen testigos ni ninguna prueba que lo confirme. Antonio es acusado de las desapariciones y se le castiga, aunque él niega ser el autor de los robos.

Artículo 11 de la Declaración de los Derechos Humanos:

Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

Recomendaciones:

El docente organizará el reparto de los personajes del juicio: juez o jueza, abogado o abogada defensor, fiscal, secretario o secretaria, acusado o acusada, testigos y alguacil.

PARA CARPETA Nº 3: Formación en valores

Actividad 1: Los valores de mi compañero y compañera

Finalidades:

- Valorar los dones y cualidades personales.
- Desarrollar la asertividad de los alumnos y las alumnas que presenten déficits en esta habilidad.
- Reforzar la autoestima.

Metodología:

- Los alumnos y alumnas se sentarán en círculo y cada uno realizará un dibujo de un símbolo o animal que pueda definir al compañero o compañera de su derecha. A continuación, expondrán en qué se parece ese animal o símbolo a su compañero o compañera.

Recursos:

- Papel.
- Rotuladores

Recomendaciones:

- Se debe comentar que hay que resaltar los aspectos positivos de la persona, sin hacer alusión a los aspectos negativos ni a las cualidades físicas.

Actividad 2: ¿Qué valores hay en nuestra sociedad?

Finalidades:

- Aprender a defenderse de los contravalores que emergen de la publicidad.
- Fomentar una actitud crítica frente a las distintas escalas de valores, no siempre positivas, que los mass media transmiten.

Metodología:

- Grabar anuncios de televisión y recortar anuncios de revistas. Analizar los valores que transmiten y debatir cómo deberían de ser los anuncios y la publicidad en general.
- Simulación de un spot publicitario en el que se transmitan valores como la tolerancia, la sinceridad y el compañerismo.

Recursos:

- Vídeo.
- Cartulinas.
- Recortes de revistas.
- Pegamento.
- Rotuladores.

Recomendaciones:

- Se puede introducir el tema de los roles sociales (machismo, feminismo) y enlazar con la coeducación.

Actividad 3: Un día en la radio

Finalidades:

- Fomentar el valor del respeto a las personas con las que convivimos.
- Sensibilizar sobre temas humanitarios sobre los que somos responsables.

Metodología:

La clase se divide en grupos de 5 ó 6 personas. Cada uno deberá mon-

tar un programa de radio en el que trate un tema seleccionado en relación con los derechos humanos (derecho a la libertad, igualdad,...). Cada grupo lo llevará a cabo por turnos y el resto de los alumnos/as actuará como público del programa, participando de forma activa en él. Al final de la actividad se realizará un pequeño debate en el que se recopilarán las conclusiones más importantes.

Recursos:

- Grabadora.
- Micrófono.
- Documentos que contengan temas como el respeto al medio ambiente y a las diferencias raciales.

Recomendaciones:

Sería conveniente utilizar un micrófono u otro instrumento que actúe como tal, para que nadie pueda hablar sin tenerlo entre sus manos, con la finalidad de garantizar el turno de palabra.

- ORTEGA, R. y MORA-MERCHÁN, J.A (2000): *Violencia escolar. Mito o realidad*. Sevilla: Mergablum.

- SHARPS, S.; COWIE, H. y SMITH, P.K. (1994): *Working directly with pupils involved in bullying situation*. En P.K. Smith y S. Sharp, *School Bullying*. London: Routledge.

- SOLOMAKI, U. (2001): *Proposal for an Action Plan to Combat Violence in Schools*. Helsinki. Finnish Centre for Health Promotion.

Bibliografía

- COWIE, H. y WALLACE, H.(1998): *Peer Support: A Teacher Manual*.London: The Prince´s Trust.

- ORTEGA, R. (1997): *El proyecto Sevilla Anti-violencia escolar. Un modelo de intervención preventiva contra los malos tratos entre iguales*. En *Revista de Educación*, 313, pp. 143-161.

- ORTEGA, R. y colb. (1998): *La Convivencia Escolar: Qué es y cómo abordarla*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.

- ORTEGA, R. (2001) *The ANDAVE projet: A Ecological Educational Aproach for a Cosmopolitan Citizenship*. Conferencia Pronunciada en el Connet fi06 Meeting. Brujas. Belgica. Noviembre, 2001.

- ORTEGA, R. y DEL REY, R. (2001): *Aciertos y desaciertos del proyecto Sevilla Antiviolencia Escolar (S.A.V.E.)*. En *Revista de Educación*, 324, pp.

- ORTEGA, R. y DEL REY, R. (2001b): *El programa de ayuda entre iguales en el contexto del proyecto Sevilla Antiviolencia Escolar*. En *Revista de Educación*, 326

Atención a los problemas de Salud Mental en Andalucía

Remedios Dorado García

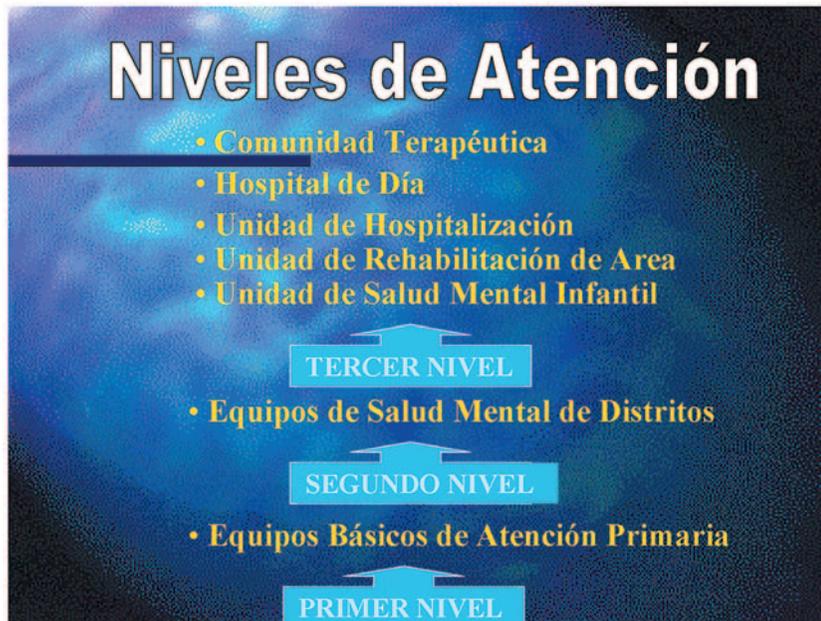
Guía de Recursos

4.1 Estructura de la Atención

La atención a los problemas de salud mental de los habitantes de la Comunidad Autónoma Andaluza se realiza a través de una serie de Centros sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada en Salud Mental en tres niveles:

- 1er nivel Atención Primaria de salud, por los EBAP.
- 2º nivel: Atención Especializada, por los ESMD.
- 3er nivel: Unidad de Salud Mental Infantil.
Unidad de Salud Mental de Hospital General.
Hospital de Día.
Unidad de Rehabilitación de Área.
Comunidad Terapéutica.

Estos tres niveles siguen el siguiente circuito de atención :



4.2 Funciones de los distintos Centros

4.2.1 Equipos Básicos de Atención Primaria, EBAP

Constituyen la puerta de entrada al Sistema sanitario de atención. Tienen como funciones específicas en el campo de la salud Mental:

1. Establecer el primer contacto con los problemas de salud mental, valorándolos y estableciendo estrategias para abordarlos.
2. Atender con sus propios medios los casos que no requieran atención especializada.
3. Derivar al Equipo de Salud Mental de Distrito los casos que superen sus posibilidades de actuación, coordinándose con éstos.
4. Considerar los aspectos relativos a la salud mental en sus programas generales de atención.

4.2.2 Equipos de Salud Mental de Distrito, ESMD

Tienen como ámbito de actuación las Zonas Básicas de Salud correspondiente a su Distrito.

Las funciones asistenciales que van a desarrollar son fundamentalmente ambulatorias.

En general estas funciones son las siguientes:

1. Prestar apoyo y asesoramiento a los EBAP, contemplando formación, asesoramiento, supervisión e interconsulta.
2. Atender a la demanda derivada desde los EBAP y desde los dispositivos sanitarios especializados garantizando la continuidad de cuidados a toda la población.
3. Coordinar la derivación a los dispositivos específicos de salud mental asumiendo el seguimiento del paciente.
4. Desarrollar actividades de formación continuada e investigación aplicada a la salud mental comunitaria.

4.2.3 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ

Son unidades específicas de apoyo a los ESMD correspondientes a un Área Sanitaria que atienden a los problemas de salud mental más graves de los niños y adolescentes de dicho Área.

Estas Unidades ofertan espacios terapéuticos diferenciados en tres tipos de programas :

- Consultas ambulatorias.
- Programa de Hospitalización Total.
- Programa de Hospital de Día .

Las funciones a desarrollar por estos Centros son las siguientes:

1. Participar en el diseño y supervisión a los programas de atención a los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente que deban desarrollar otros dispositivos del Área.
2. Desarrollar programas específicos para atender la demanda procedente de los Equipos y de otras instituciones relacionadas con el menor.
3. Garantizar la cobertura en régimen de interconsulta de las necesidades de salud mental de la población hospitalizada en Centros especializados de la infancia.
4. Desarrollar actividades de formación continuada e investigación.

4.2.4 Unidad de Rehabilitación de Área, URA

Es una unidad no hospitalaria cuyo objetivo es el desarrollo de programas de rehabilitación en el campo de la salud mental.

Las funciones que desarrolla son las siguientes:

1. Participar en el diseño de los programas de rehabilitación de los dispositivos de salud mental del Área que los desarrollen y asesorar en la ejecución de los mismos.
2. Desarrollar programas específicos de rehabilitación a petición de los ESMD.
3. Colaborar con las instituciones sociales en la reinserción social de los pacientes mentales.
4. Desarrollar programas de investigación y de formación continuada en el campo de la rehabilitación.

4.2.5 Unidades de Salud Mental del Hospital General, USMHG

Son Servicios de atención continuada en régimen de hospitalización total de pacientes con trastorno mental severo en fase aguda, para una estancia breve, orientada a la continuidad de cuidados en la comunidad.

Entre sus funciones se encuentran:

1. Desarrollar programas de atención en régimen de hospitalización a la demanda derivada desde los ESMD del Área y de los Servicios de Urgencias del propio Hospital.
2. Desarrollar programas de atención a las interconsultas generadas por otros Servicios Hospitalarios.
3. Participar en el diseño de los programas de atención a pacientes de alto riesgo y asesorar en la ejecución de los mismos a los Centros Comunitarios encargados de desarrollarlos.
4. Desarrollar actividades de formación continuada e investigación en Salud Mental.

4.2.6 Hospitales de Día, HD

Son Centros de atención continuada en régimen de hospitalización parcial para pacientes con trastorno mental severo, cuyo objetivo es evitar la hospitalización completa y reducir las estancias en las Unidades de Hospitalización de salud Mental del Hospital General.

Entre sus funciones están:

1. Desarrollar programas de atención activa en régimen de hospitalización diurna de los pacientes derivados desde las Unidad de Salud Mental y los ESMD.
2. Desarrollar actividades de formación continuada y de investigación en salud mental.

4.2.7 Comunidades Terapéuticas, CT

Son Servicios de Hospitalización activa de media y larga estancia adscritos al Hospital General.

Desarrollan tres tipos de programas:

- Hospitalización Total.
- Hospitalización Parcial.
- Programa de Día.

Las funciones que desarrollan son las siguientes:

1. Prestar atención activa y continuada a los pacientes derivados desde los ESMD cuyos problemas no pueden resolverse en el ámbito comunitario ni en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.
2. Realizar actividades de formación del personal en técnicas de abordaje psicoterapéutico en el marco hospitalario

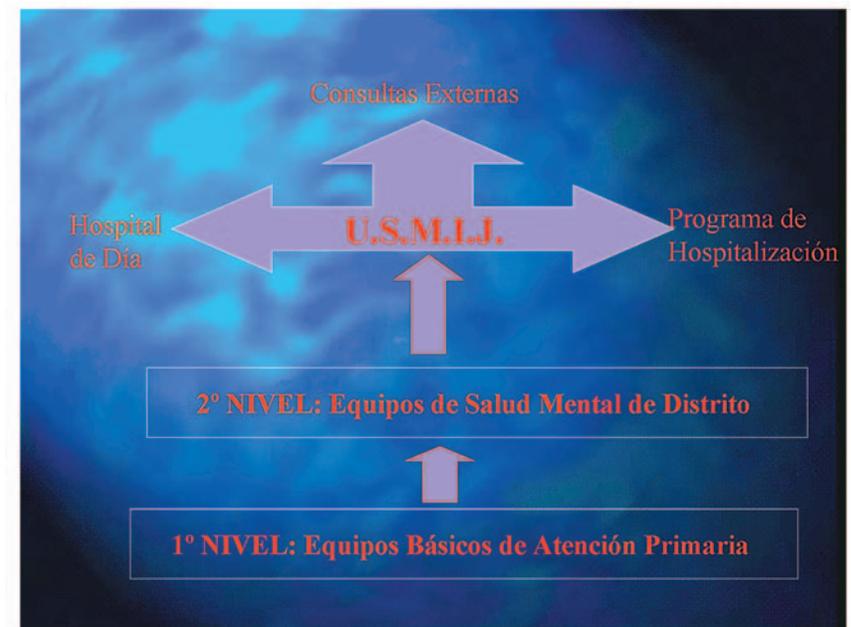
4.3 Composición de los Servicios

La atención a los problemas de la población en el área de la salud mental debe darse desde una perspectiva integral, bio-psico-social, con una atención multidisciplinaria. Por todo esto, los distintos Centros que conforman el circuito de atención están compuestos por distintas profesiones:

- Psiquiatras.
- Psicólogos.
- Trabajadores Sociales.
- Enfermeros.
- Auxiliares de Clínicas.
- Auxiliares Administrativos.
- Terapeutas Ocupacionales.
- Monitores.
- Celadores.

4.4 Atención a la población infantil y adolescente

La atención de esta población se da a través de la Atención Primaria de Salud y los ESMD que en caso de patología grave lo deriva a la USMIJ según el siguiente circuito:

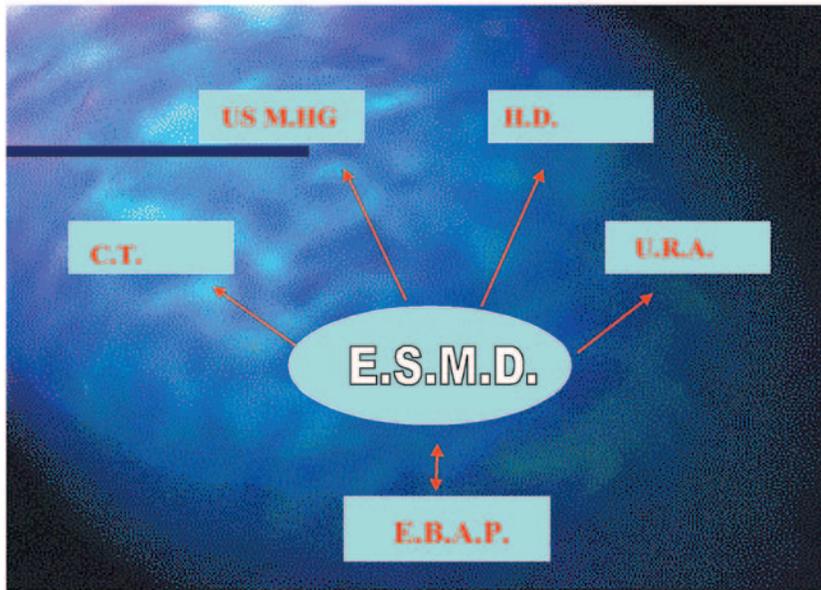


La atención específica desde la USMIJ incluirá no sólo el trabajo clínico específico con el niño o adolescente, sino también la coordinación periódica y sistemática con Dispositivos Educativos, Sociales, Justicia, y todos los Dispositivos Sanitarios que, de una manera u otra, tienen relación con el menor.

4.5 Atención a la población de adultos y jóvenes

Al igual que con los niños esta atención se inicia en la Atención Primaria de Salud, a través del EBAP, quien atiende a la demanda generada en sus zonas básica de salud, derivando al ESMD aquellos casos susceptibles de

atención en los mismos. Los ESMD se constituyen en el referente fundamental en la atención ambulatoria a los trastornos de salud mental de la población asignada, encargándose de coordinarse con el resto de los Servicios Sanitarios Especializados asegurando la continuidad de cuidados, siendo importante la coordinación con otros Servicios no sanitarios que garanticen una atención global de estos trastornos.



4.6 Cartera de Servicios

En estos Centros de atención se desarrollan una serie de técnicas diagnósticas y terapéuticas que a continuación se detallan así como una serie de programas específicos de atención a determinadas patologías.

Técnicas específicas:

- Tratamientos Psicofarmacológicos.
- Psicoterapia Individual.

- Psicoterapias Grupales:

- Grupos de Orientación Dinámica.
- Grupos Cognitivo-Conductual.
- Grupos de Habilidades Sociales de Entrenamiento.
- Grupos de Habilidades Sociales de Mantenimiento.
- Grupos Psicoeducativos de Familia.
- Grupos Psicoeducativos de Pacientes.
- Grupos de Asertividad para Jóvenes.
- Grupos de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Grupos de Autoayuda de Pacientes Esquizofrénicos.
- Grupos de Autoayuda para Familiares de Pacientes Esquizofrénicos.
- Grupos Operativos.
- Psicoterapia de Familia y Pareja.
- Interconsultas con Atención Primaria.
- Técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Técnicas de Intervención Psicológica.

Programas específicos:

- Plan de atención a Pacientes Psicóticos.
- Grupos Psicoeducativos.
- Club de Pacientes.
- Taller Ocupacional.
- Programa de Seguimiento en Enfermería.
- Programa de Trabajo Social.
- Programa de Activación Social y Desarrollo de Redes Sociales.
- Programa de Visitas Domiciliarias.
- Programa de Atención a la Cronicidad.
- Programa de Intervención en Crisis.
- Programa Psicoeducación Familiar.
- Programa Psicoeducación para Pacientes.
- Programa para Familias de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación y Resolución de Problemas.
- Programa de Orientación y Apoyo Ocupacional- Laboral.
- Programa Ocupacional del Taller URA.
- Programa de Desarrollo de la Autonomía Personal.
- Programa de Desarrollo de Habilidades Domésticas.
- Programa Desarrollo Cognitivo.
- Programa de Evaluación Residencial.
- Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

4.7 Servicios Sanitarios de atención a la Salud Mental en Andalucía

En la Comunidad Autónoma Andaluza existe una estructura sanitaria para dar atención a la salud mental, dicha estructura se distribuye en:

- 15 Áreas de Salud Mental.
- 71 Equipos de Salud Mental de Distrito.
- 13 Unidades de Salud Mental Infantil.
- 21 Unidades de Salud Mental de Hospital General.
- 5 Hospitales de Día.
- 9 Unidades de Rehabilitación de Área.
- 13 Comunidades Terapéuticas.

4.8 Distribución por Áreas de Salud Mental

4.8.1 Provincia de Almería

1. Área de Salud Mental de Almería

- Equipos de Salud Mental de Distrito.
 - ESMD Almería.
 - ESMD Centro.
 - ESMD Levante.
 - ESMD Alto Almanzora.
 - ESMD Roquetas.
 - ESMD Poniente.
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Torrecárdenas.
- Unidad de Salud Mental Hospital Poniente.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Hospital de Día.
- Comunidad Terapéutica.

4.8.2 Provincia de Cádiz

1. Área de Salud Mental de Algeciras

- Equipos de Salud Mental de Distrito.
 - ESMD Algeciras.
 - ESMD La Línea.
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Punta Europa.
- Hospital de Día.

2. Área de Salud Mental de Cádiz

- Equipos de Salud Mental de Distrito.
 - ESMD Cádiz.
 - ESMD S. Fernando.
 - ESMD Bahía de Cádiz.
 - ESMD Vejer.
 - ESMD Chiclana.
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Puerto Real.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Comunidad Terapéutica.

3. Área de Salud Mental de Jerez

- Equipos de Salud Mental de Distrito.
 - ESMD Jerez de la Frontera.
 - ESMD Sanlúcar de Barrameda.
 - ESMD Sierra-Villamartín.
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital de Jerez.
- Comunidad Terapéutica.

4.8.3 Provincia de Córdoba

1. Área de Salud Mental de Córdoba

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Córdoba Centro.
 ESMD Córdoba Sur.
 ESMD Montoro.
 ESMD Palma del Río.
 ESMD Montilla.
 ESMD Valle de los Pedroches.
 ESMD Peñarroya.
 ESMD Cabra.
 ESMD Lucena.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Reina Sofía.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Comunidad Terapéutica.

4.8.4 Provincia de Granada

1. Área de Salud Mental de Granada Norte

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Granada Norte.
 ESMD Santa Fe.
 ESMD Baza.
 ESMD Guadix.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
- Unidad de Salud Mental Hospital Virgen de las Nieves
- Unidad de Salud Mental Hospital de Baza
- Hospital de Día
- Comunidad Terapéutica

2. Área de Salud Mental de Granada Sur

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Granada Sur.
 ESMD Loja.
 ESMD Costa.
 ESMD Alpujarras.

- Unidad de Salud Mental Hospital Universitario San Cecilio.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Comunidad Terapéutica

4.8.5 Provincia de Huelva

1. Área de Salud Mental de Huelva

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Andévalo Occidental-Huelva.
 ESMD Condado.
 ESMD Costa-Lepe.
 ESMD Andévalo Central- Riotinto.
 ESMD Sierra-Aracena.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Juan Ramón Jiménez.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Hospital de Día.
- Comunidad Terapéutica.

4.8.6 Provincia de Jaén

1. Área de Salud Mental de Jaén.

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Jaén.
 ESMD Martos.
 ESMD Alcalá la Real.
 ESMD Andújar.
 ESMD Ubeda.
 ESMD Nordeste-Villacarrillo.
 ESMD Linares.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Princesa de España (Jaén).
- Unidad de Salud Mental Hospital San Juan de la Cruz (Ubeda).
- Unidad de Rehabilitación (Jaén).
- Comunidad Terapéutica y Hospital de Día. (Jaén).

4.8.7 Provincia de Málaga

1. Área de Salud Mental de Málaga I.

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Antequera.
 ESMD Axarquía.
 ESMD Málaga-Centro.
 ESMD Málaga-Norte (Guadalmedina).

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Carlos Haya.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Comunidad Terapéutica.

2. Área de Salud Mental Málaga II

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Málaga-Oeste (Carranque).
 ESMD Puerta Blanca.
 ESMD Coín-Guadalhorce.
 ESMD Marbella.
 ESMD Fuengirola-Mijas.
 ESMD Ronda.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Clínico Universitario.
- Comunidad Terapéutica.

4.8.8 Provincia de Sevilla

1. Área de Salud Mental de Osuna.

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Ecija.
 ESMD Osuna.

- Unidad de Salud Mental Hospital de la Merced.
- Hospital de Día de Osuna.

2. Área de Salud Mental Virgen Macarena.

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Macarena Centro.
 ESMD Macarena Norte.
 ESMD Rinconada.
 ESMD Sierra Norte.
 ESMD Camas.
 ESMD Carmona.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Universitario Virgen Macarena.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Hospital de Día.
- Comunidad Terapéutica.

3. Área de Salud Mental Virgen del Rocío.

- Equipos de Salud Mental de Distrito.

ESMD Aljarafe.

ESMD Sur.

ESMD Este.

ESMD Oriente.

ESMD Guadalquivir.

ESMD San Juan de Aznalfarache.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Unidad de Salud Mental Real Hospital Provincial San Lázaro.
- Unidad de Rehabilitación de Área.
- Comunidad Terapéutica.

4. Área de Salud Mental Virgen de Valme.

- Equipos de Salud Mental de Distrito

ESMD Utrera.

ESMD Morón.

ESMD Alcalá.-Dos Hermanas.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Salud Mental Hospital Universitario Virgen de Valme.
- Comunidad Terapéutica.



1. Mediadores juveniles.
Su participación en
FORMA-JOVEN. _____

M^a Jesús Romero.

1

2. Jóvenes y convivencia.
“El voluntariado, una
opción para el ejercicio
de la solidaridad” _____

Isabel Guiaro.

7

3. El apoyo a padres
de adolescentes. _____

Alfredo Oliva Delgado.

14

4. El trabajo intersectorial,
desde la perspectiva de
salud aplicado a jóvenes. _____

Javier Blanco Aguilar.

Luz M^a Fernández Regatillo.

Rafael Muriel Fernández.

Miguel Picó.

45



Mediadores juveniles Su participación en FORMA-JOVEN

1. Qué y cómo se forman los mediadores	1
1.1. ¿Qué es un igual?	2
1.2. ¿En que consiste la Estrategia de Educación Entre Iguales (EEI)	2
1.3. ¿Por qué el éxito de la EEI?	3
1.4. Ventajas de la EEI	4
1.5. ¿Cuál es la metodología de trabajo?	5
1.6. Características de los mediadores y mediadoras	6
1.7. La formación de mediadores y mediadoras, responsabilidad del consejo de la juventud de Andalucía	7
2. Jóvenes y convivencia. “El voluntariado, una opción para el ejercicio de la solidaridad”	7
2.1 ¿Por qué el voluntariado social?	9
2.2 ¿Qué es el voluntariado social?	11

2.3. ¿Cómo adaptar la vivencia del voluntariado al entorno escolar?, ¿Cuáles son las claves?.....	12
---	----

3. El Apoyo a padres de adolescentes..... 14

3.1. Es más difícil ser padre o madre de un chico o chica adolescente que de un niño o niña.....	15
3.2. La dificultad de ser adolescente o padre, madre de adolescente en la sociedad actual.....	16
3.3. Apoyando a los padres y madres en su tarea.....	19
3.4. Algunos contenidos a trabajar con los padres y madres.....	20
3.5. Sugerencias para ser un padre o una madre e democráticos.....	25
3.5.1. <i>El afecto</i>	26
3.5.2. <i>El control</i>	28
3.5.3. <i>La supervisión</i>	31
3.6. El desarrollo de la comunicación interpersonal.....	31
3.7. La resolución de conflictos.....	33
3.8. Algunas áreas de interés: sexualidad y consumo de alcohol y drogas	34
3.9. Familias diferentes.....	36
3.10. Cómo trabajar con padres y madres de adolescentes.....	38

3.11. Los grupos de padres y madres	39
3.12. El apoyo individual a padres y madres	41
3.13. Los materiales de apoyo.....	42
Bibliografía.....	43

4. El trabajo intersectorial, desde la perspectiva de salud aplicado a jóvenes..... 45

4.1. ¿Qué es la intersectorialidad?.....	45
4.2. La Intersectorialidad como captación de recursos.....	49
4.3. Repercusiones en la organización del trabajo intersectorial.....	51
4.4. Actores de la acción local.....	59
Bibliografía.....	64

Qué son y cómo se forman los mediadores

M^o Jesús Romero

La "educación entre iguales", en pocas palabras, es una estrategia de intervención que se basa y tiene como principal elemento de actuación la influencia que ejercen los jóvenes entre ellos mismos, es decir, sobre sus compañeros y compañeras, amigos y amigas, tanto para la toma de decisiones como para la elección de un determinado tipo de conducta.

El ámbito de los iguales es uno de los espacios vitales en los que se mueve el joven en estas edades, en las que se produce la construcción de la estructura de la conducta, a partir, sobre todo, de la socialización entre sus compañeros y amigos. Como ya sabemos, los otros ámbitos son la familia y el espacio escolar.

Vamos a centrarnos, en éste capítulo, en unas figuras o actores que pueden facilitar el trabajo con el colectivo de jóvenes: los mediadores y las mediadoras.

Esta estrategia, el trabajo con mediadores, tiene probada su eficacia en numerosos proyectos que se han llevado a cabo. Su clave fundamental es hacer partícipe a los propios jóvenes de las actividades que se planifiquen y vayan a desarrollarse. De ahí, la importancia de que se les incluya en los Proyectos, Equipos y Centros Forma Joven que estamos poniendo en marcha. Hay que hacerles partícipes e implicarles en el diseño de los programas y actividades que se tenga previsto realizar.

Estamos hablando de otra forma de "hacer las cosas", de un método de trabajo con el que llevamos varios años trabajando, que consiste en informar y formar a jóvenes de asociaciones juveniles, entidades del Consejo de la Juventud y jóvenes en general sensibilizados e interesados por los temas de salud y con ganas de participar en programas de promoción de la salud para jóvenes.

Explicamos ahora qué son y cómo se forman los mediadores y mediadoras juveniles.

1.1. ¿Qué es un igual?.

Es una persona o un grupo que comparte los mismos problemas o intereses que el colectivo con el que va intervenir y es aceptado por éste como un interlocutor natural.

El grupo de iguales es una estrategia de intervención que se ha demostrado muy eficaz a la hora de provocar cambios de comportamiento y estilos de vida, así como para mantenerlos en el tiempo.

Es, sobre todo, "otra forma de trabajar" con la gente, en este caso, con los/jóvenes, ES una metodología de trabajo diferente.

Esta metodología se basa en lo que " se ve ", lo que " se dice " y lo que " se vive " y, principalmente, en el principio de que siempre se aceptan mejor las normas que vienen del interior del grupo que las que se pretenden imponer desde fuera. Estos planteamientos permiten obtener mejores resultados que con otros tipos de campañas.

Muchos jóvenes tienen ciertas reservas hacia la información que les viene de los adultos o instituciones. Por ello, éstos profesionales tienen dificultades para llegar a los jóvenes.

Por tanto la información, para ser retenida, debe ser conformada por personas cercanas, que comparten preocupaciones, inquietudes e intereses.

1.2. ¿En que consiste la Estrategia de Educación Entre Iguales (EEI)

El término " Educación Entre Iguales " (EEI) parte de una expresión inglesa "peer – education". Según el diccionario Webster británico, peer significa persona del mismo nivel social que otras personas que pertenecen al mismo grupo social basado en edad, rango o posición social. Con lo cual "peer –education" es la educación de unas personas por otras de su mismo grupo o rango social

El mayor potencial de la (EEI) reside en adaptar mensajes preventivos a las costumbres, valores y necesidades del joven.

Algunos antecedentes históricos:

En los inicios del S. XIX existía la figura del "monitor system". Los alumnos más aventajados en las clases enseñaban a otros compañeros con dificultades. Esto suponía un ahorro económico para la escuela, ya que era menos costoso que tener durante más horas a maestros profesionales

En los años 60, en Norteamérica, surge un renacimiento de la enseñanza o tutela entre iguales. El fin era utilizar a unos alumnos para que ayudaran a otros más jóvenes en las asignaturas de clase, es decir, los alumnos se ayudaban entre sí. A través de la tutela entre iguales, los niños aprenden estrategias para resolver ciertas tareas. Este método permitía a los niños asimilar información y desarrollar mejores estrategias discursivas a través del proceso de compartir pensamientos y comprometerse entre ellos.

Ya en los años 70 este método se centra en ayudar a jóvenes con problemas sociales y/o personales (abuso de drogas, violaciones...), pretendiendo cambiar su comportamiento y el desarrollo de sus habilidades. A los jóvenes se les prepara para " aconsejar " a otros jóvenes con similares características. A veces, los asesores o consejeros habían pasado por los mismos problemas. Vemos como se va dando una evolución y se va pasando de un enfoque educacional a trabajar sobre las influencias sociales y emocionales del comportamiento.

Actualmente la EEI es utilizada por numerosas ONG's y asociaciones para trabajar sobre problemáticas concretas (mujeres maltratadas, drogodependencias, alcoholismo...) mediante grupos de autoayuda o ayuda mutua. Siguiendo con el desarrollo histórico, podemos decir que es en el área de prevención del VIH cuando su auge se ha extendido a todo el mundo y actualmente se considera un planteamiento a tener en cuenta.

1.3. ¿Por qué el éxito de la EEI?

El mayor potencial de la EEI reside en la habilidad para adaptar mensajes preventivos a costumbres, valores y necesidades de los y las jóvenes.

El joven mediador/a forma ya parte de los grupos y, por determinadas características personales: inquietudes, motivación, liderazgo, capacidad de comunicación..., se le ofrecen los medios de formación y se le proporcionan los materiales necesarios para realizar su labor, propiciar entre sus compañeros los cambios actitudinales y de los comportamientos de riesgo que es el objetivo de esta metodología

La EEI empieza a ser muy utilizada a partir de la década de los 90 y, aunque hay pocas pruebas de su efectividad, sí que está demostrada su eficacia en el proceso

¿ Por qué seguir apostando por la EEI y los/as mediadores/as?

- Es un movimiento que defiende el cambio en las formas informativas jerárquicas actuales, una mayor participación de la juventud y el derecho de los y las jóvenes a estar adecuadamente informados/as y formados/as en los temas de salud que les interesan.
- Es un método de trabajo muy popular, ya que es una forma más de solidaridad participando en programas de Educación para la Salud.
- Genera gran entusiasmo entre los jóvenes y los adultos implicados.
- Es un nuevo enfoque que se enfrenta al rol tradicional del "experto" y aboga por el derecho de los jóvenes al acceso a la información, y, muy concretamente, a la información sobre temas que le afectan, como drogas, sexualidad...
- Un gran número de profesionales de la educación y la de salud no están preparados o no se sienten seguros para trabajar en determinados contenidos de Promoción de la Salud, en técnicas interactivas, ni de abordar una actividad que implica un cambio considerable respecto al tradicional rol del docente y el discente.

1.4. Ventajas de la EEI

- Son los propios jóvenes, algunos de ellos, los que asumen el "rol de expertos" entre sus iguales. No solo conocen realmente sus deseos, inquietudes y necesidades, sino que también las comparten.

- Utilizan un mismo lenguaje y la comunicación resulta mucho más fluida y directa
- Entre ellos no existe estructura piramidal, como ocurre entre cualquier profesional de la salud y un/a joven, lo que contribuye enormemente a incrementar la receptividad del mensaje. el mediador interviene a través de diversas actividades e intenta generar un cambio en los conocimientos, actitudes, normas y creencias...
- El mensaje que ofrecen es actual y llega a más jóvenes. El mediador/a conoce las claves que le permite desarrollar un papel privilegiado dentro del grupo.
- Hay una continuidad en las actuaciones, debido a que se sienten conductores y conductoras así como protagonistas del proceso.

Otros valores añadidos a todo lo dicho es que trabajar con mediadores y mediadoras complementa a los canales tradicionales de difusión de la información (charlas, campañas...) y que la formación que reciben estos agentes de salud parte desde los profesionales y es impartida por ellos. Por tanto, la información es la misma, es decir, varían los canales y la forma de hacer llegar el mensaje (lenguaje...), pero no los contenidos.

1.5. ¿Cuál es la metodología de trabajo?

Hay que identificar a los líderes de opinión con mayor credibilidad que, a la vez, tengan mas claro el tema de la Prevención y la Promoción de la Salud y una cierta preocupación por su salud, para capacitarlos, mediante talleres en habilidades sociales, como agentes de salud, para que sean vehículos eficaces de transmisión de la información.

A estos agentes de salud hay que incorporarlos al proyecto desde el principio, para asegurar la pertinencia de los contenidos (argot, frases, palabras clave...) y aumentar la credibilidad de la propia intervención.

Así mismo, hay que facilitar que los propios mediadores elaboren sus materiales, campañas, actividades... para aumentar su implicación y motivación en su trabajo para motivar los cambios de conducta de sus compañeros.

1.6. Características de los mediadores y mediadoras

- Joven
- Desarrolla su labor de forma voluntaria
- Esta integrado en un proyecto, en este caso Forma Joven, o en otros programa de salud
- Está apoyado por los profesionales del Equipo Forma Joven (orientadores, sanitarios, profesores...)
- Interviene con otros jóvenes de su espacio escolar y es una figura intermedia entre los profesionales y los otros compañeros
- Ha recibido un curso de formación
- Tiene vinculación con diferentes redes, grupos, estructuras...
- Conoce la metodología para trabajar con grupos
- Tiene capacidad de comunicación y empatía.

Con todo lo expuesto anteriormente, queremos decir que desde el movimiento asociativo juvenil se apuesta por la figura del mediador y la mediadora en los programas de Promoción de la Salud ya que, a través de la participación de los iguales en el debate de los y las jóvenes, acerca la información de manera más atractiva, con soportes innovadores, con herramientas cercanas y trabajando sobre los aspectos positivos, la percepción de riesgo, para así conseguir el objetivo de asumir el control de nuestra propia salud.

1.7. La formación de mediadores y mediadoras, responsabilidad del consejo de la juventud de Andalucía

La formación de los mediadores es una responsabilidad que corresponde al Consejo de la Juventud de Andalucía (CJA), entidad de derecho público, con la personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

Adscrito al Instituto Andaluz de la Juventud, que se enmarca a su vez en la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía, el CJA integra a asociaciones juveniles o secciones juveniles de otras entidades que desarrollen actividades en Andalucía y estén legalmente constituidas.

Su objetivo general es defender los derechos e intereses de los jóvenes y asociaciones juveniles andaluzas y fomentar el asociacionismo, como vía para propiciar una mayor intervención de los jóvenes en la sociedad.

Jóvenes y convivencia

“El voluntariado, una opción para el ejercicio de la solidaridad”

Isabel Guiaro

La situación actual en los centros de secundaria respecto a la convivencia entre docentes y profesorado ha vertido ríos de tinta en todos los medios de comunicación de toda Europa, las dificultades por las que pasan cientos de docentes para aportar conocimientos al alumnado son innumerales; parece casi imposible, por tanto, la tarea docente gratificante y motivadora que capte el interés de los y las jóvenes y mueva a la acción constructiva hacia ellos mismos y su comunidad, y los prepare para una futura ciudadanía responsable, comprometida y creativa.

Desde la escuela, todas nuestras energías van siempre dirigidas a que los chicos y chicas adquieran conocimientos conceptuales y procedimentales, que les faculten para la obtención de una posición ventajosa desde un punto de vista profesional y, últimamente, demasiado mercantilista y competitiva. Sin embargo, la LOGSE insiste en la importancia de la educación en valores como uno de los elementos importantes del proceso educativo.

Según el "Informe Delors", entregado a la Unesco sobre la educación para el siglo XXI, "la educación se ve obligada a proporcionar las cartas náuticas de un mundo complejo y en perpetua agitación y, al mismo tiempo, la brújula para poder navegar por él". Ya no sólo bastan los conocimientos teóricos ante un mundo en permanente cambio, sino que estamos obligados a formar a nuestros y nuestras jóvenes en la participación y cooperación con los demás, debemos ayudarles a descubrir por sí mismos sus posibilidades creativas, sus capacidades, un mundo de valores que les ayude a ser personas.

Hoy día, además, la democratización de la enseñanza y el acceso a ella de alumnado con distintas capacidades, procedencias e intereses y motivaciones, requiere que la educación asuma con fuerza una nueva misión, el enseñar a convivir, el descubrimiento del otro, la interdependencia entre todos los seres humanos, la tolerancia, el respeto y el enriquecimiento mutuo desde la diversidad, la cooperación en pro de objetivos comunes, la importancia de la unión y la fuerza de la colectividad, no de los talentos individuales. El mundo más cercano comienza a ser ya diverso y multicultural y tenemos que estar preparados. Estamos juntos pero no nos conocemos, compartimos espacios pero no objetivos, nos comunicamos pero no nos entendemos, y como consecuencia de todo ello surge el enfrentamiento, como mecanismo de defensa ante el miedo que nos provoca lo desconocido, como medio para preservar lo propio considerándolo superior a lo de otros grupos. Los rápidos cambios nos han desbordado.

Como educadores, debemos ayudar a los alumnos y alumnas a desarrollar las capacidades que les permitan adquirir nuevas experiencias y a construir en su vida aquellas convicciones, actitudes y valores que les muevan a tomar postura ante las situaciones sociales y a intervenir de forma creativa y solidaria en ellas. Uno de los valores más necesarios en nuestra sociedad es el de la solidaridad. Vivimos en un mundo con unas enormes posibilidades pero con una cultura dominante insolidaria; se muestra inso-

lidaria respecto a los graves problemas que nos afectan al propio bienestar y que amenazan a amplios sectores desfavorecidos de la población, el estilo de vida predominante se basa en el dinero, el consumo compulsivo de bienes y servicios y el individualismo.

2.1. ¿Por qué el voluntariado social?

Sin embargo, los voluntarios y las voluntarias estamos dispuestos a nadar contracorriente, enseñando a los ciudadanos, y sobre todo a los más jóvenes, a pensar globalmente y actuar localmente, a que tomen conciencia de que el mundo en que vivimos es de todos y para todos por igual, aunque no lo parezca, y que lo que cada uno tiene, adquiere o posee no es para reservárselo en exclusiva, sino para compartirlo generosamente.

El voluntariado social, por tanto, se convierte en una escuela de valores, un escenario perfecto para la vivencia de la solidaridad, la solidaridad con el excluido, con el marginado, con el que sufre o se encuentra en situación de desventaja social; para el enriquecimiento personal junto a otros; para la transformación social en pro de un mundo más justo. El voluntariado social nos conduce así al equilibrio de fuerzas que fortalecen la acción colectiva en pro de un objetivo común, nos transporta a una nueva manera de ser y de estar en el mundo, colocándonos en un escenario propicio para el descubrimiento de valores y actitudes, para la transformación personal.

El voluntariado social nos permite optar. Nos permite tomar decisiones y elegir entre un sistema de valores en el que prima la solidaridad u otro en el que lo que prevalece es la competitividad y el éxito personal.

Los educadores debemos encontrar, por tanto, razones que nos conduzcan a iniciar a nuestros chicos y chicas en la ruta de la participación social, del compromiso colectivo con la comunidad. Algunas de ellas, podrían ser:

1. Por JUSTICIA SOCIAL. Porque hay miles de personas marginadas, excluidas y a las que hemos apartado del espacio público; personas con discapacidad, enfermas, sin recursos... Este mundo no está ahí para unos pocos, sino para todos y deberemos proporcionar los apoyos naturales necesarios para que ello sea posible.

2.2. ¿Qué es el voluntariado social?

2. Por **SEGURIDAD**. Miles de focos violentos y guerras en el mundo, millones de muertos, de minas, de personas amputadas y con minusvalías asociadas a traumatismos y enfermedades infecto-contagiosas. La violencia y la falta de respeto a las normas, nos impulsan a reinventar la solidaridad (LAranguren).
3. Por el **FUTURO**. Por que el nuevo mundo que se avecina, requiere de una nueva ciudadanía (F.Sabater), y los educadores debemos formar a futuros jóvenes independientes y autónomos, que prioricen los usos frente a los abusos, que no necesiten el control de lo cercano, que trabajen en red y no enredada, que se comprometa desde la libertad y se enriquezca en la diversidad.
4. Por **ENRIQUECIMIENTO PERSONAL**. Por que hemos de estar convencidos de que la diversidad nos enriquece y nos transforma. Nos enriquece al aportar elementos nuevos a nuestra vida y al descubrir en nosotros capacidades y valores que desconocíamos por no haber tenido la ocasión anteriormente de mostrarlos, nos transforma al enfrentarnos a nuestra propia imagen en el espejo del otro, al permitimos situarnos en su lugar, adoptando otra óptica, enriqueciendo con ello nuestra propia imagen.
5. Por que hoy estamos del lado de esa minoría privilegiada pero mañana podríamos estar del otro lado; en cualquier momento podemos enfermar, sufrir un traumatismo a causa de un accidente, adoptar un hijo de otra cultura, sufrir una ruina por una mala gestión, etc.
6. Y si ninguna de estas razones nos convence, hay una que debería situarse por encima de todas ellas, por que es **NUESTRO DEBER** como educadores.



La acción voluntaria se entiende como ayuda desinteresada a los demás. El voluntario y la voluntaria, dedica su tiempo a actividades no en favor de sí mismo, ni de los propios asociados sino en favor de los demás. Pretende cambiar la realidad de personas que se encuentran en situación de desventaja social. Dirige sus fuerzas y energías a una transformación social. Posee sensibilidad, adopta una actitud activa ante las situaciones de injusticia. Se compromete de manera libre y responsable respecto al tiempo que dedicará durante un periodo de su vida y respecto a la tarea que quiere realizar. Fundamenta su vida en los valores de: voluntad (estar dispuesto a actuar y hacerlo), responsabilidad (hacer bien lo que se ha elegido hacer), disponibilidad (donar lo que la persona atendida necesita y no sólo lo que nos sobra) y compromiso.

Y todo ello lo hace junto a otros. La acción voluntaria aislada, aunque beneficiosa en sí misma, precisa de organizaciones que la canalice hacia objetivos concretos y de un modo profesionalizado se aúnen esfuerzos para erradicar o aliviar de alguna manera el sufrimiento humano.

El voluntariado nos ayuda a reorganizar nuestros tiempos. Todas las personas dedicamos parte de nuestra jornada a obligaciones como el trabajo o el estudio -en el caso de los y las más jóvenes-, a actividades domésticas, a nuestro ocio, nuestra familia, nuestras amistades.....etc. A menudo vamos ago-

biados y con prisas, sin embargo, si queremos, podemos encontrar un espacio para el ejercicio de la solidaridad, entendida ésta como encuentro con el otro, como participación e implicación en proyectos que persiguen una transformación social, como acercamiento: cerca de la vista, cerca del corazón.

Los adolescentes y las adolescentes están dispuestos a participar, a implicarse activamente, a transformar la sociedad pero necesitan que otras personas les guíen y les ayuden a descubrir el mundo del voluntariado.

Los que hoy somos voluntarios estamos convencidos de la importancia de contagiar nuestro entusiasmo y motivar a los más jóvenes para que adquieran un compromiso responsable con alguna Asociación u Organización No Gubernamental (ONG), o con su entorno o, al menos, con su entorno más próximo.

2.3. ¿Cómo adaptar la vivencia del voluntariado al entorno escolar?, ¿Cuáles son las claves?.

La Asociación almeriense "A Toda Vela" dedicada a desarrollar el ocio y tiempo libre de niños, niñas y jóvenes con discapacidad psíquica, junto a la ONG granadina "La Casa del Agua de Coco", dedicada a la protección de la infancia del tercer mundo, han desarrollado ya algunos proyectos que pretenden sensibilizar a adolescentes en el mundo del voluntariado, la cooperación internacional, el comercio justo y la conservación del medio ambiente, entre otros temas. El alto grado de motivación de los chicos y chicas que participaron con nosotros en el Campo de Trabajo "Hablemos de Ellas y Ellos" (verano 2000) y en el Campo de Trabajo "Voluntariado: una forma de ser, de estar" (verano 2001) nos impulsa a seguir trabajando y nos ha convencido de que es una buena herramienta para el trabajo en valores con jóvenes.

Reflexionando sobre lo ocurrido allí e intentando transmitir al entorno educativo propuestas factibles, creemos adivinar varias estrategias metodológicas, muy claras en la pedagogía pero que se hace preciso recordar:

- Estamos convencidos los educadores y educadoras, de la necesidad de buscar herramientas útiles para el desarrollo de la educación en valores que fomenten la solidaridad entre nuestros alumnos y alumnas. Difícilmente podremos motivarles si no somos capaces de trans-

mitirles nuestra propia motivación. Nos situamos en el terreno movido de las actitudes y valores y solo captaremos su atención si resultamos creíbles

- *Pongámosles en contacto.* Todos los días compartimos aulas con otros sin que llegemos a conocernos realmente, no existen espacios para la convivencia, no se trabaja en equipo, no se comparten objetivos y ello difícilmente va a generar una autoestima como grupo que nos acerque al otro. Se hace preciso realizar actividades que los cohesionen como grupo y los acerque a otros grupos dentro o fuera del centro.
- *Argumentemos* hasta el cansancio, y no solo con palabras. Démosles razones y pistas de todo tipo para guiar su conducta, escuchemos las que ellos nos dan y tomémoslas en cuenta. Partamos de sus realidades más cercanas, de realidades de su propia comunidad.
- Analicémoslas y demos tiempo para el debate, proporcionando espacios democráticos de participación, autodeterminación y gestión de proyectos comunes.
- Sorprendámosles. Cambiemos la estructura de las clases, su ubicación y aprovechemos el factor sorpresa con toda la carga motivacional que ello tiene. Los centros poseen muchos espacios que no se aprovechan desde el punto de vista educativo, démosle otras finalidades a los entornos durante un momento; aprovechemos las vivencias de otros educadores y educadoras, familiares de los chicos y mostrémosles múltiples vivencias.
- Lleguemos a compartir vivencias desde sus intereses y motivaciones. Seamos capaces de desprendernos de los ropajes de adulto y llegar a compartir momentos, emociones, inquietudes; unámonos en un proyecto común que parta de sus intereses y motivaciones, no de los nuestros.
- Hagámosles protagonistas de la acción. El taller de prensa con la edición de boletines diarios y la presencia activa en los medios de comunicación locales les devolvió una imagen real de las expectativas que los adultos teníamos de ellos. Pronto se dieron cuenta que tenían cosas importantes que decir y que apostábamos por ellos y ellas; además les ofrecíamos una vía nueva para la expresión de opiniones y la denuncia social.

El Apoyo a padres de adolescentes

Alfredo Oliva Delgado

Hoy día está muy aceptada la idea de que la familia constituye el principal contexto para el desarrollo, y que las relaciones entre padres e hijos van a influir de forma sustancial en las actitudes y comportamientos infantiles. Sin embargo, con la llegada de la adolescencia, surgen otros contextos, como el grupo de iguales, que van ocupando cada vez más lugar en la vida de chicos y chicas, y podríamos estar inclinados a pensar en la desaparición de la influencia familiar. Nada más alejado de la realidad, ya que existe una abundante evidencia empírica que indica que lo que ocurre en la familia continúa jugando un papel fundamental en la adaptación psicológica y conductual de jóvenes y adolescentes. Como hemos tenido ocasión de ver en el capítulo anterior, el y la adolescente están atravesando una etapa de muchos cambios y dificultades en la que tendrán que resolver de forma secuencial muchas tareas evolutivas que son fundamentales para el desarrollo posterior, como desvincularse de los padres, establecer relaciones de amistad y de pareja, o lograr una identidad personal. Cuando estas tareas se afrontan en un contexto familiar y social favorable caracterizado por el afecto y el apoyo, es probable que el adolescente las resuelva de forma exitosa y salga fortalecido y preparado para iniciar la transición a la vida adulta. Sin embargo, cuando la falta de atención y apoyo, o incluso el abuso y la violencia, caracterizan las relaciones familiares es muy probable que surjan importantes problemas que comprometan seriamente el desarrollo, tanto actual como futuro, del adolescente.

A pesar de que existe una gran preocupación social por los problemas que surgen durante la adolescencia -trastornos alimentarios, conducta antisocial, abuso en el consumo de drogas, trastornos depresivos- no podemos decir lo mismo acerca del interés por proporcionar apoyo a los padres y madres de los y las adolescentes. Con frecuencia nos encontramos con padres preocupados y desorientados que ven como, con la llegada de sus hijos e hijas a la adolescencia, las relaciones con ellos empiezan a deteriorarse y la conflictividad familiar alcanza una frecuencia e intensidad que amenaza con socavar la convivencia cotidiana, lo que sin duda va a repercutir negativamente sobre el ajuste psicológico tanto de los adolescentes como de sus padres.

3.1. Es más difícil ser padre o madre de un chico o chica adolescente que de un niño o niña.

Aunque no conviene dramatizar en exceso, ni difundir una imagen muy negativa de la adolescencia, la gran cantidad de estudios que han analizado las relaciones familiares a lo largo de estos años indican un importante aumento de los conflictos entre padres/madres e hijos/as. Muchos de estos conflictos son de baja intensidad y están referidos a asuntos domésticos y cotidianos como la hora de llegar a casa o el tiempo que dedican a estudiar, no obstante, pueden tener un efecto acumulativo y terminar afectando de forma negativa la convivencia familiar y la satisfacción vital de los padres (Parra y Oliva, 2002).

Hay muchas razones que justifican que la tarea de la maternidad o paternidad sea especialmente complicada durante la etapa de la adolescencia. Una parte importante de estas razones tiene que ver con los cambios que tienen lugar durante esta transición evolutiva. Así, el adolescente va a desarrollar unas habilidades cognitivas de las que no disponía el niño, ya que en entre los 12 y los 15 años comienza a aparecer el pensamiento operatorio formal. El niño y la niña preadolescente ya eran capaces de aplicar un razonamiento lógico, pero estas operaciones mentales debían realizarse sobre datos presentes y reales. En cambio, el pensamiento formal va a permitir al adolescente razonar sobre situaciones posibles o hipotéticas, aunque no existan en la realidad. Estas nuevas capacidades cognitivas van a tener una importante repercusión sobre la conducta del adolescente, ya que las utilizará en su vida cotidiana y le servirán para entenderse mejor a sí mismos, a otras personas, y a las relaciones que se establecen entre ellas. Ahora será capaz de comprender mejor las intenciones ocultas de los demás y explicar su comportamiento como producto de la interacción entre sus capacidades personales y factores situacionales. Además, esta capacidad para pensar en abstracto y plantear situaciones hipotéticas o posibles le va a permitir desarrollar una mejor comprensión de ideas sociales y políticas, y evaluar el funcionamiento de diversas instituciones como la familia, la escuela, o el estado: va a descubrir que la realidad puede ser de otra forma y, por lo tanto, puede cambiarse. Esto podría explicar el inconformismo o rebeldía, frecuentemente observado durante estos años. También estará relacionado con el hecho de que se muestre especialmente crítico con sus padres, y con toda autoridad, y cuestione muchas de las normas y regulaciones existentes en la familia, que hasta ese momento había acaudado sin demasiada oposición. Por otra parte, también serán capaces de uti-

lizar unos argumentos más sólidos en sus discusiones, lo que le va a convertir en un contrincante difícil que con frecuencia desespera a sus progenitores, quienes observan con perplejidad que la tarea de convencer a su hijo o hija les demanda un esfuerzo mucho mayor que antes de la pubertad.

Además, hay que recordar que el adolescente está en pleno proceso de desvinculación emocional de sus padres, y si hasta este momento se había mostrado cercano y afectuoso con ellos, con la llegada de la pubertad, muchos chicos y chicas van a comenzar a distanciarse, a mostrarse más reacios ante las manifestaciones de afecto por parte de los familiares, y a empezar a contemplar a sus padres con una mirada distinta a la admiración incondicional propia de la infancia: lejos de considerarlos seres omnipotentes y onnisapientes dotados de todas las cualidades posibles, van a empezar a percibirlos como sujetos cargados de defectos. Esta crítica exagerada ayudará al adolescente en su proceso de desvinculación e individuación, ya que la mejor fórmula para el desenamoramiento es cambiar la percepción y devaluar al objeto amoroso, pero con frecuencia no va ser bien aceptada por unos padres acostumbrados a la admiración y al halago.

A estos cambios, hay que añadir que el adolescente va a tener mucho más poder que el niño. Más poder físico, lo que complicará los esfuerzos disciplinarios de sus padres, que se verán abocados a emplear otros métodos, a veces más coercitivos. También, más poder para influir en la familia, y, por lo tanto, para crear conflictos: aunque la rabieta o pataleta de un niño de 5 años puede generar mucho estrés en sus padres, sin duda, será mayor el estrés generado por una chica de 13 años que se opone a acompañar a la familia en un viaje de fin semana preparado con antelación. Por último, va a aumentar el número de personas con las que se relacionará, y el tiempo que pasará en contextos distintos al familiar, lo que va a hacer mucho más complicada la tarea de supervisión y control por parte de sus progenitores.

3.2. La dificultad de ser adolescente o padre/madre de adolescente en la sociedad actual.

A estos motivos relacionados con los cambios que tienen lugar durante esta etapa hay que añadir las circunstancias sociales actuales, ya que resulta difícil llegar a entender el significado y las causas de las dificultades propias de la adolescencia si no tenemos en cuenta el contexto

socio-histórico en el que los jóvenes de principios del siglo XXI realizan su transición hacia la etapa adulta. Vivimos en un mundo caracterizado por la globalización, los movimientos migratorios, los cambios sociales y demográficos, y el uso de nuevas tecnologías. Resulta bastante improbable que nuestros jóvenes y adolescentes no vean afectadas sus trayectorias vitales por estas transformaciones en nuestra sociedad.

Por una parte, los medios de comunicación han jugado un papel fundamental en la difusión de una imagen conflictiva de la adolescencia, ya que los noticias que aparecen en prensa, radio y televisión suelen establecer una asociación estrecha entre adolescencia o juventud y el crimen, la violencia y el consumo de drogas (Dorfman y Schiraldi, 2001). Esta imagen estereotipada divulgada por los medios ha contribuido a crear actitudes de miedo y de rechazo hacia este grupo de edad, generando un intenso prejuicio que ha condicionado las relaciones entre adultos y jóvenes, y aumentando la conflictividad intergeneracional, especialmente en la familia y la escuela. Además, nos encontramos con que chicos y chicas pasan más tiempo en contacto con medios de comunicación y nuevas tecnologías, y aunque esto no tiene porque representar una influencia negativa, supone una tarea añadida para sus padres que deben encargarse de supervisar las revistas, los programas de televisión o los videojuegos a los que sus hijos se exponen.

Otro cambio relevante es el inicio cada vez más precoz y la terminación más tardía de la adolescencia. No sólo se ha adelantado de forma sensible la edad en la que se inicia la pubertad, sino que, además, muchos comportamientos que hasta hace poco eran propios de jóvenes y adolescentes -inicio de relaciones de pareja, conductas consumistas o uso de nuevas tecnologías- están comenzando a ser frecuentes en la niñez tardía. Las relaciones familiares pueden verse afectadas por este cambio en el calendario con que tienen lugar una serie de comportamientos. La mayoría de los padres de adolescentes van a considerar demasiado precoz la edad con la que sus hijos e hijas pretenden iniciarse en comportamientos como salir con miembros de otro sexo, mantener relaciones sexuales, permanecer en la calle hasta altas horas de la noche, ir a discotecas o beber alcohol. Como han encontrado algunos estudios (Collins, 1997; Dekovic, Noom y Meeus, 1997) las expectativas de padres y de niños y adolescentes con respecto a los comportamientos apropiados durante estos años no van a coincidir, lo que contribuirá a aumentar la conflictividad en el entorno familiar. En un principio los padres van a resistir la presión de sus hijos no cediendo a sus deseos de una mayor autonomía, incluso en algunos casos aumentarán las restricciones, por lo que serán frecuentes los enfrentamientos, aunque, más

adelante irán flexibilizando su postura y se irán normalizando las relaciones familiares (Laursen, Coy y Collins, 1997; Parra y Oliva, 2002).

Por otra parte, también se ha atrasado la edad a la que los jóvenes comienzan a trabajar y se independizan de sus padres. Esta prolongación de la estancia en el domicilio familiar va a suponer para sus padres una carga y un estrés añadido a otros problemas propios de la mediana edad: enfermedades, padres incapacitados, etc. Sin olvidar, lo difícil que puede resultar asumir un rol tan ambiguo como el de ser padre o madre de un "joven" de veintitantos años que continúa dependiendo económicamente de ellos.

Una importante característica de nuestra sociedad es la rapidez vertiginosa con la que se producen los cambios. Los valores, los estilos de vida, las modas, la tecnología, todo resulta tan efímero que en un periodo de 30-40 años, que suele ser el que separa a una generación de otra, se han producido tantas innovaciones que cuesta trabajo reconocer el mundo en que vivimos. La época en que nuestra generación vivió su adolescencia tiene poco que ver con la actual, y muchas de las cosas que fueron importantes para nosotros no tienen ningún valor para nuestros hijos, lo que puede suponer un aumento de la brecha generacional, con el consiguiente deterioro de la comunicación e incremento de los conflictos entre padres e hijos. Por otra parte, no hay que olvidar que una de las tareas que debe afrontar el adolescente tiene que ver con la adquisición de una identidad personal, que hace referencia al compromiso con una serie de valores ideológicos y religiosos, y con un proyecto de futuro en el plano personal y profesional (Erikson, 1968). Esta tarea no se ve facilitada por tanta mudanza, y puede llevar a muchos jóvenes a la incertidumbre, la indecisión permanente, la alienación o la renuncia al compromiso personal. Contrariamente a lo que podría parecer a primera vista, esta no es una época fácil para hacerse adulto. Al contrario, la sociedad occidental actual es mucho más complicada que cualquier cultura tradicional que ofrece un abanico de opciones muy reducido, y en la que se mantienen a lo largo de generaciones los mismos valores, las mismas tradiciones y los mismos estilos de vida.

Todo lo visto hasta ahora podría llevarnos en pensar en la adolescencia como una etapa enormemente complicada para el adolescente y su familia, en la que son inevitables los conflictos y los trastornos emocionales y comportamentales. Sin embargo, la investigación también nos muestra que a pesar todos los cambios, y de las dificultades que deben afrontar, son

muchos los padres que superan con éxito esta etapa y relatan experiencias positivas en relación con su tarea parental. No hay que olvidar muchas de las transformaciones positivas que la adolescencia trae consigo como son una mayor autonomía personal, un mejor auto-conocimiento, la capacidad de pensar sobre conceptos abstractos y de hablar sobre ellos con sus familiares, un desarrollo del autocontrol, etc. Es decir un sujeto más maduro, autónomo y responsable, que poco a poco se irá transformando en un adulto, y con quien sus padres disfrutarán de una nueva relación que podrá ser muy gratificante.

3.3. Apoyando a los padres y madres en su tarea.

Sin embargo, no son pocos los padres que encuentran más dificultades para ejercer su rol parental a partir de la pubertad de sus hijos e hijas, y viven con ansiedad y malestar los años que dura la adolescencia, especialmente el periodo inicial (12-15 años). En algunas ocasiones, las dificultades son tan acusadas que los padres se sienten desbordados e impotentes y hacen una dejación de sus funciones parentales mostrando indiferencia o negligencia ante el comportamiento de sus hijos. En otros casos, algunos padres más rígidos y autoritarios, y que con frecuencia han utilizado castigos físicos leves o moderados, observan como cada vez tienen más dificultades para disciplinar y controlar a su hijo en la medida en que crece y aumenta su tamaño y fuerza. Ante esta situación piensan que es necesario emplear más fuerza para controlarlo, lo que va a generar en sus hijos reacciones más hostiles y rebeldes, llevando a un ciclo de violencia cada vez más severo. Ambas situaciones familiares van a tener unas consecuencias muy negativas para el desarrollo y ajuste adolescente, pudiendo generar problemas tan preocupantes como trastornos depresivos, tentativas de suicidio, consumo abusivo de alcohol y drogas, agresividad o conductas delictivas. Sin embargo, como ya comentamos al inicio de este capítulo, a pesar de las complicaciones que deben afrontar muchos padres de adolescentes, son escasos los programas dirigidos a apoyarlos en su tarea parental, ya que la mayoría de recursos -programas de educación de padres, escuelas de padres, revistas, videos, etc.- están pensados para quienes están a la espera o tienen niños pequeños. Este desequilibrio parece inevitable, dada la importancia que tienen los primeros años de vida del niño para el establecimiento de unos patrones relacionales saludables entre padres e hijos. No obstante, los importantes

cambios que tienen lugar durante la adolescencia ponen de manifiesto la necesidad de ofrecer apoyo durante estos años. Además, los padres de adolescentes suelen estar más aislados que otros padres, no se ven con otros padres o con los educadores a la hora de llevar o recoger a sus hijos de la escuela, tienen más dificultades para recibir apoyo informal, y encuentran más embarazoso reconocer ante otras personas sus problemas y solicitar ayuda. Al fin y al cabo, después de tantos años de experiencia, un padre o una madre de un chico o chica de 13 ó 14 años debería ser capaz de desempeñar su rol sin ningún problema.

Ofrecer asesoramiento y apoyo a padres y madres de adolescentes debe tener el objetivo principal de ayudar a la familia en su tarea de crianza y educación de los hijos e hijas, promoviendo en los padres un sentimiento de competencia y seguridad a la vez que adquieren conocimientos, actitudes y destrezas que les van a llevar a un mejor desempeño de sus roles parentales. Esto puede servir para obtener una serie de resultados positivos que van desde la mejoría en las relaciones entre padres e hijos, la promoción del bienestar y la satisfacción parental, y la prevención de muchas conductas de riesgos y problemas de ajuste entre los jóvenes.

3.4. Algunos contenidos a trabajar con los padres y madres.

Como ya hemos tenido ocasión de comentar, la imagen o representación social sobre la adolescencia que domina en nuestra sociedad está teñida del color de la violencia, la promiscuidad o el consumo de drogas. Dar una imagen más real y menos estereotipada sobre la adolescencia debe ser un objetivo que debe perseguir cualquier intervención con padres y madres. Los padres deben entender que la relación con los hijos no tiene necesariamente que empeorar de forma dramática a partir de la pubertad, ya que cuando tienen unas expectativas muy pesimistas éstas pueden terminar cumpliéndose. Así, podrían considerar que algunas actitudes o comportamientos que aparecen en su hijo o hija, son inevitables, y por lo tanto hay poco que ellos puedan hacer, llevándole a una negligencia que resultará perjudicial. Tampoco se trata de ofrecer una imagen idílica de la adolescencia, ya que, además de ser falsa, esta visión tan optimista puede desanimar y culpabilizar a aquellos padres que están atravesando dificultades en su relación con los hijos.

Uno de los comentarios más frecuentes de los padres y madres de adolescentes es que estos muestran un comportamiento desconcertante que no son capaces de comprender, por lo que resulta fundamental que cualquier intervención con padres de adolescentes proporcione una información general sobre los cambios principales que van a experimentar los chicos y chicas durante la adolescencia. Habría que informar sobre los cambios físicos y su repercusión a nivel emocional y conductual: la inestabilidad emocional, la irritabilidad o el aumento del deseo sexual. También resulta de un gran interés que los padres conozcan cómo las nuevas capacidades cognitivas de chicas y chicos van a llevarles a posicionamientos muy críticos y van a tener una influencia fundamental sobre la conflictividad familiar. Igualmente importante resulta que los padres y madres estén al tanto de los altibajos que puede experimentar la autoestima a partir de la pubertad, y del importante papel que ésta juega en el ajuste emocional del adolescente. La búsqueda de una identidad personal es una tarea clave de la adolescencia que va a influir sobre indecisiones, crisis, y conductas de exploración y experimentación, y que los padres deben conocer. Por último, es importante informar sobre los cambios sociales que van a llevar a un relativo alejamiento de la familia y a un acercamiento al grupo de iguales, que en algunos casos puede convertirse en una acusada dependencia y un excesivo conformismo. Cuando los padres y madres tienen información sobre todas estas transformaciones suelen mostrarse menos angustiados y suelen reaccionar de forma más racional y reflexiva ante los comportamientos de sus hijos e hijas.

Muy relacionado con el aspecto anterior, y de una importancia también fundamental, es el conocimiento de las necesidades de los chicos y chicas adolescentes. Los niños y niñas tienen necesidades físicas y psíquicas, que los padres/madres y otros adultos se encargan de satisfacer, que van cambiando a lo largo de la infancia. Aunque las mayores competencias del adolescente le dan una mayor autonomía y harán que muchas de las necesidades de la infancia desaparezcan o pueda satisfacerlas por sí mismo, aparecen otras nuevas, que muchas veces no resultan tan evidentes como las del niño o niña de menor edad. Entre otras necesidades podemos destacar el tener una alimentación adecuada, dormir suficientes horas, realizar actividad física y acudir a controles sanitarios. También son importantes las necesidades afectivo-sexuales que van a experimentar una intensificación a partir de la pubertad. Aunque a partir de la pubertad se produce un relativo distanciamiento de los padres y madres (Oliva y Parra, 2001), los adolescentes y las adolescentes aún necesitan su cariño y apoyo para afrontar

los numerosos retos de estos años con la suficiente seguridad emocional. También precisan de la supervisión y el control que permitan detectar el surgimiento de algunos problemas que pueden llegar a ser importantes y que con frecuencia aparecen asociados a la negligencia parental. Igualmente manifiestan los adolescentes y las adolescentes la necesidad de disponer de una mayor autonomía y unas mayores posibilidades de tomar decisiones y participar de forma activa tanto en el entorno familiar como en el escolar y social. Estas mayores capacidades y esta búsqueda de una mayor autonomía no siempre se ven facilitadas por los adultos, que tienden a considerar amenazante la libertad y autonomía del joven o la joven. Es importante que los padres y las madres sean conscientes de estas necesidades y ayuden a sus hijos e hijas a satisfacerlas, ya que muchos de los problemas propios de esta etapa surgen precisamente por la falta de adecuación o ajuste entre lo que necesita el joven o la joven y lo que encuentra en su casa o en el instituto.

Pero no sólo son los adolescentes y las adolescentes quienes cambian, también sus padres y madres lo hacen, y el momento en que los hijos e hijas llegan a la pubertad suele coincidir en algunos padres y madres con lo que algunos autores han denominado crisis de la mitad de la vida. Aunque la generalización sea arriesgada, para algunos padres y madres, que habrán cumplido ya los 40 años, está etapa puede conllevar una reflexión acerca de la propia trayectoria vital, y un cuestionamiento de algunos de los objetivos que se habían planteado a nivel personal o profesional. Muchos adultos comprueban el incumplimiento de algunos de sus sueños y metas, y observan cómo su juventud ha quedado atrás, han superado el ecuador de su vida, y se van acercando al tramo final. Puede que sus padres hayan muerto o estén muy enfermos, o que ellos mismos comprueben como los años no pasan en balde y empiezan a padecer algunas enfermedades que les hacen sentirse más vulnerables. Por otra parte, el que su hijo deje de ser niño o niña, especialmente cuando es el único o el último, puede tener un valor simbólico importante, ya que supone el final de una etapa en la que han podido ser muy felices en su rol parental, y que ya comienzan a echar de menos. No es extraño, que en esos casos los padres y madres se resistan a pasar esa página y quieran seguir apurando hasta el final esa etapa en la que son "padres de un niño", y se opongan a los intentos de su hijo o hija por desvincularse emocionalmente de ellos y buscar una mayor autonomía. El ser humano suele experimentar un mayor estrés durante las diferentes transiciones evolutivas, en las que muestra una cierta inercia y resistencia ante el cambio. Así, la transición a la maternidad

exigía del padre y de la madre un esfuerzo adaptativo importante, pero una vez que han ejercido ese rol durante años, muestran una tendencia natural a seguir ejerciéndolo, y no resulta fácil el cambio. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que la llegada de un hijo o una hija a la adolescencia es un momento de la vida familiar en que se produce la coincidencia de dos importantes transiciones evolutivas: en la trayectoria personal del hijo o hija, por un lado, y en la de los padres y madres, por otro. Lo que aumentará la probabilidad de que surjan conflictos o dificultades.

Promover un estilo educativo parental democrático debe ser otro de los objetivos prioritarios en el apoyo a padres de adolescentes. Hoy día existe una importante cantidad de datos a favor de la importancia que tiene el estilo educativo utilizado por los padres de cara a la promoción del desarrollo infantil y adolescente. El concepto de estilo educativo parental, a pesar de su simplicidad, ha gozado desde su formulación inicial (Baumrind, 1971; Maccoby y Martin, 1983) de una amplia aceptación entre los estudiosos de la socialización familiar y el desarrollo infantil. Este concepto permite clasificar a los padres y madres en función de dos dimensiones básicas. La primera dimensión que denominaremos control, se refiere a la supervisión de la conducta junto a las exigencias de madurez y al establecimiento de límites. La segunda, que etiquetaremos como afecto, tiene que ver con la comunicación, el cariño, y el apoyo ofrecido por los padres y madres. Del cruce de estas dos dimensiones surgen los cuatro estilos educativos:

Cuadro 1. Estilos educativos parentales.

	Afecto	Control
Padres y Madres democráticos	Alto	Alto
Padres y Madres autoritarios	Bajo	Alto
Padres y Madres permisivos	Alto	Bajo
Padres y Madres indiferentes	Bajo	Bajo

Padres y madres democráticos. Son cariñosos y comunicativos, a la vez que exigentes y firmes en el cumplimiento de las normas. Aunque supervisan y controlan a sus hijos o hijas, lo hacen de una forma inductiva y razonada. Son padres y madres que también animan y estimulan la autonomía e individuación del adolescente y la adolescente.

Padres y madres autoritarios. En ellos predominan el control y las exigencias sobre el afecto y la comunicación. No suelen justificar ni razonar las

normas, que tratan de imponer mediante métodos coercitivos, sin tener demasiado en cuenta las necesidades de sus hijos e hijas. No suelen mostrarse cariñosos o afectuosos ellos recurren con frecuencia a la afirmación y uso del poder con imposiciones y amenazas.

Padres y madres permisivos. Estos padres se caracterizan por mostrarse cercanos y cariñosos con sus hijos e hijas, con quienes mantienen una buena comunicación. Plantean escasas normas y exigencias, y tampoco supervisan mucho su cumplimiento. Dan a sus hijos e hijas mucha libertad de acción, interfiriendo muy poco con sus deseos y caprichos.

Padres y madres indiferentes. Son quienes muestran una menor implicación en las tareas educativas y disciplinarias, ya que ni se muestran afectuosos o comunicativos con sus hijos e hijas, ni tratan de controlar o supervisar su conducta, ni plantean normas o exigencias. Son padres y madres que minimizan el tiempo y energía dedicado a interactuar con su hijo o hija.

La amplia aceptación que esta clasificación de estilos parentales ha gozado entre los investigadores de la socialización infanto-juvenil ha llevado a que sean muchos los estudios que analizan la relación existente entre el estilo parental y el desarrollo y ajuste psicológico de niños y adolescentes. Como apunta Lawrence Steinberg (2001), la conclusión más importante que emerge de estos estudios es la de que los chicos y chicas que tienen padres y madres que muestran un estilo democrático muestran ventajas en salud mental y desarrollo psicosocial sobre los adolescentes cuyos padres y madres muestran otros estilos. Como puede verse en la figura 1, al igual que ocurre durante la infancia, los padres y madres democráticos, que combinan en la relación con sus hijos e hijas la comunicación y el afecto con el control no coercitivo de la conducta y las exigencias de una conducta responsable, son quienes más van a favorecer la adaptación de sus hijos e hijas, que mostrarán un desarrollo más saludable, una mejor actitud y rendimiento académicos y menos problemas de conducta. En cambio, cuando los padres se comportan de forma fría y excesivamente controladora, como ocurre entre los padres autoritarios, suele ocurrir que a corto plazo sus hijos e hijas se muestran obedientes y conformistas, aunque a largo plazo, sobre todo cuando la disciplina es muy severa, tienden a rebelarse y a orientarse en exceso hacia los iguales, buscando en ellos la oportunidad de sostener unas interacciones de carácter más igualitario. Además, es frecuente que estos chicos y chicas desarrollen una baja autoestima, síntomas depresivos y una actitud hostil y rechazante hacia sus padres y madres. A

pesar de mostrar una relación cálida y afectuosa con sus hijos e hijas, los padres y madres permisivos van a presentar un claro déficit en el control de su conducta, lo que se va a relacionar con el consumo de alcohol y drogas, y problemas de comportamiento. Por último, cuando los y las adolescentes carecen tanto de control como de afecto en el contexto familiar, van a desarrollar problemas tanto externos (agresividad, conductas antisociales, consumo de drogas, escasa competencia social) como internos (baja autoestima, malestar psicológico) (Oliva, 1999).

Figura 1. Relación entre los estilos educativos paternos y las características de sus hijos adolescentes



3.5. Sugerencias para ser un padre o una madre democráticos.

Los datos parecen bastante concluyentes, y el medio familiar óptimo para el desarrollo del adolescente es aquél que combina la comunicación y el afecto con el favorecimiento de la individualidad, las exigencias de madurez, el establecimiento de límites, y la supervisión de la conducta del chico o chica. A todo ello habría que añadir una cierta flexibilidad y sensibilidad para ajustarse a los muchos cambios que se producen durante estos

años de la adolescencia. Por lo tanto, parece claro el objetivo que debe perseguir un padre o una madre: mostrar un estilo educativo o disciplinario democrático (Steinberg y Levine, 1997). Sin embargo, para muchos padres ajustarse a este estilo resulta una tarea complicada que no siempre está a su alcance, y son muchos los obstáculos que pueden surgir en el camino que les acerca a ese padre ideal: falta de recursos y habilidades parentales, escasez de tiempo o energía, dificultades familiares o conyugales, un adolescente complicado que parece imposible de manejar, etc. En definitiva, que aunque muchos padres y madres sepan qué tienen que hacer no van a saber cómo hacerlo. Apoyar a los padres en esa tarea, ofreciéndoles sugerencias sobre cómo pueden mostrar un estilo democrático debe ser un objetivo prioritario. A continuación presentamos algunas de estas sugerencias.

3.5.1. El afecto.

El afecto continúa siendo tan importante como lo era durante la infancia. Aunque en ocasiones muchos chicos y chicas rechazan las muestras de cariño de sus padres y madres en un intento de demostrarse a sí mismos, y a los demás, que ya no son ese niño o niña pequeños que necesitaba de los cuidados de su mamá, lo cierto es que tras la pubertad van a seguir necesitando unos padres y madres cercanos y afectuosos que les apoyen en muchos de los momentos difíciles que tendrán que atravesar. Los padres y madres pueden mostrar este afecto:

- Dedicando tiempo a su hijo/a y pasando tiempo juntos. Muchas veces los padres y madres interpretan el interés de sus hijos e hijas por estar con los amigos como una falta de interés hacia ellos, sin embargo, la mayoría de los chicos y chicas desean pasar más tiempo con sus padres y madres. Muchas veces no es fácil compatibilizar los horarios, ya que el tiempo libre de los padres y madres puede coincidir con el momento en que el adolescente desea estar con su pandilla. Sin embargo, es importante realizar un esfuerzo para tratar de encontrar huecos en los que se puedan realizar actividades que resulten satisfactorias para ambos. También es fundamental que cada uno de los padres pasen algunos momentos a solas con su hijo o hija.
- Hablando de cosas que preocupan e interesan al adolescente. La mayoría de los chicos y chicas que están atravesando la pubertad están interesados y preocupados por una gran cantidad de temas,

pero suele ser muy frecuente que las conversaciones entre padres e hijos estén centradas en asuntos domésticos o cotidianos como las tareas de casa, el tiempo que dedican a estudiar, la hora de llegada a casa, que suelen dar lugar a conflictos y enfrentamientos. De esa forma los intercambios comunicativos suelen terminar convirtiéndose en situaciones aversivas que padres e hijos evitan. Romper ese círculo vicioso y recuperar el disfrute de hablar con los hijos y las hijas debe ser un objetivo prioritario antes de que la situación se vuelva insostenible.

- Compartiendo los propios sentimientos y preocupaciones. Con demasiada frecuencia los padres y madres establecen una comunicación unidireccional en la que ellos preguntan y sus hijos e hijas deben responder. Sin embargo, no debemos olvidar que el/la adolescente va ganando en madurez y responsabilidad, y puede convertirse en un interlocutor válido que escuche y entienda muchas de las preocupaciones de sus padres y madres. Contar a un hijo o hija algunos asuntos personales puede llevar aparejado el mensaje de que se le considera maduro y se confía en él, lo que sin duda agradecerá mucho y servirá para fomentar la confianza mutua.
- Confiando en él o en ella. Como ya hemos tenido ocasión de comentar, la imagen o representación social del/la adolescente está tan asociada a la violencia y los conflictos que los adultos suelen mostrar muchos prejuicios hacia los chicos y chicas a partir del momento en que entran en la adolescencia. Los padres y madres no son ajenos a esas ideas estereotipadas, y, son muchas las ocasiones en las que hacen interpretaciones o valoraciones de las intenciones o el comportamiento de sus hijos e hijas basándose en dichos prejuicios, lo que sin duda va a ser considerado por ellos como una injusticia y una muestra de desconfianza por parte de sus padres y madres.
- Apoyándole en sus problemas y dificultades. En ocasiones los padres y madres tienden a considerar que los problemas de sus hijos e hijas, comparados con los "trascendentales" problemas que ellos deben afrontar, son asuntos sin ninguna importancia, y no les prestan ninguna atención. Sin embargo, para un/a adolescente, una ruptura de pareja, una traición de un amigo, o la exclusión del equipo de fútbol del instituto puede suponer una situación muy traumática, y necesitará de todo el apoyo emocional que sus padres o amigos puedan proporcionarle.

3.5.2. El control

Al igual que el afecto, el control continúa siendo fundamental durante los años de la adolescencia, y muchos de los problemas comportamentales típicos de esta etapa suelen estar relacionados con su ausencia en el contexto familiar. Por otra parte, los adolescentes necesitan aún guías y límites para su conducta, y suelen vivir su falta con el sentimiento de estar desorientados o perdidos y de tener unos padres y madres que se preocupan poco por ellos. Los padres y madres pueden ejercer este control:

- Estableciendo límites claros, razonados y justificados. Son muchas las ocasiones en las que un chico o una chica reaccionan con rebeldía ante el establecimiento de límites. Sin embargo, eso suele ocurrir cuando las normas o reglas son establecidas de forma arbitraria y unilateral por parte de los padres: no se rebelan tanto ante el límite establecido como ante la imposición autoritaria del mismo. Por lo tanto, es muy importante que los padres hablen y discutan con sus hijos e hijas las normas y regulaciones familiares antes de imponerlas. Conocer el punto de vista del/la adolescente, explicar las razones y justificaciones de una determinada norma, o modificarla cuando consideren que la norma es injusta, puede contribuir de forma decisiva a mejorar el clima familiar y al acatamiento y cumplimiento de la norma. Implicar al/la joven en la toma de decisiones no significa un abandono de la autoridad parental, se trata simplemente de reconocer que está creciendo y madurando y tiene el derecho de participar en las decisiones familiares. Obviamente, en este proceso de negociación los padres deben mostrar cierta flexibilidad, especialmente con algunas normas o regulaciones que pueden ser menos trascendentales –la forma de vestir, la organización de su cuarto y sus cosas, el momento para estudiar, etc., pero rígidos en cuanto al mantenimiento de límites relativos a asuntos que puedan afectar de forma importante la salud física o emocional del/la adolescente.
- Equilibrando el control con la independencia. Que el control siga siendo importante durante los años de la adolescencia no quiere decir que la forma de ejercerlo no deba cambiar. La flexibilidad de los padres para ir ajustando las normas y exigencias a las nuevas necesidades y capacidades de su hijo o hija es una característica esencial de un buen estilo parental. Los padres y madres deben ser conscientes de que unas normas que tenían sentido y validez cuando su

hija tenía 9 años pueden resultar inadecuadas a los 13 ó 14 años y que por lo tanto deben modificarse. Un control o unas limitaciones excesivas puede resultar tan perjudiciales como su ausencia. Si un objetivo importante es favorecer la autonomía del adolescente, es muy importante que los padres y las madres vayan concediéndole de forma gradual libertad para actuar y para tomar sus propias decisiones. Con frecuencia, los padres muestran una elevada ansiedad ante la posibilidad de que sus hijos e hijas se equivoquen y cometan errores, e intervienen continuamente para evitarlo. Sin embargo, a menos que la seguridad o la salud del chico o chica estén en peligro, es importante que los adolescentes aprendan de sus propios errores y vayan adquiriendo un sentido de la responsabilidad personal que difícilmente podrían conseguir sin esa libertad. Por otra parte, hay que tener en cuenta que muchas de las decisiones que toman y de los compromisos que asumen son temporales. Así, si una chica decide abandonar las clases inglés que había venido recibiendo durante los últimos años, eso no supone que ya abandonará de por vida el aprendizaje de esta lengua. Es probable que más adelante reconsidere su decisión.

- Evitando caer en un círculo vicioso de broncas y castigos. Algunos padres pueden reaccionar con mucho estrés emocional ante la nueva situación creada con la llegada de su hijo o hija a la adolescencia: críticas, exigencias de independencia, nuevos comportamientos, etc. Esta situación emocional crónica puede llevarles a actuar de una forma demasiado impulsiva y emocional ante algunos comportamientos de sus hijos e hijas, con continuas amenazas y castigos que van a crear un clima familiar muy conflictivo. Es importante, que los padres y madres traten de mantener la calma y no reaccionen de forma exagerada: antes de actuar pueden esperar algunos minutos y tratar de relajarse para hablar con su hijo/a de forma sosegada y escuchar su versión. Por otra parte, el castigo no es la única posibilidad ante algunas faltas, ya que con frecuencia los inconvenientes de su uso superan claramente a las ventajas. Es importante buscar alternativas, como dejar que padezcan las consecuencias de sus errores, o hacerles vez lo disgustados o decepcionados que están por su comportamiento. Ni que decir tiene que el castigo físico está totalmente contraindicado, ya que sus consecuencias negativas van a superar con creces cualquier tipo de beneficio inmediato que pudiera conseguirse con su utilización. Por lo gene-

ral, el castigo físico va a llevar un círculo vicioso de violencia que puede desembocar en una situación familiar insostenible.

- Siendo coherentes y consistentes. La consistencia en el empleo de un determinado estilo es fundamental si queremos que ese estilo sea efectivo. Así, es importante que los padres y madres mantengan el cumplimiento de las normas, y las sanciones ante su incumplimiento, independientemente de su propio estado de ánimo. A veces, los padres y madres pueden estar cansados, y tener la tentación de tolerar determinados comportamientos que en otras ocasiones serían sancionados, con lo que sus hijos e hijas pueden llegar a discriminar cuando es más probable que el incumplimiento de las normas sea tolerado. Eso no quiere decir, que no existan ocasiones o circunstancias especiales en las que una determinada norma pueda ser modificada, pero esas ocasiones deberían ser ajenas al estado de ánimo de los padres. También es muy importante que exista coherencia entre los padres y madres a la hora de aplicar las normas y exigir su cumplimiento. Aunque los padres y madres puedan en ocasiones no estar de acuerdo, deberían resolver sus discrepancias en privado y tratar de ofrecer ante su hijo un frente común. También tiene su importancia mantener cierta coherencia entre su propio comportamiento y el que exigen de su hijo o hija. Tratar de convencer a un/a hijo/a adolescente de lo dañino que puede ser el consumo de alcohol, mientras que muestra un consumo abusivo puede resultar algo difícil de entender para el adolescente.
- Dejándole ser lo que ellos quieran ser. Como ya hemos comentado, muchos padres y madres muestran una enorme ansiedad ante las decisiones que toman sus hijos e hijas y ante la posibilidad de que se equivoquen y arruinen sus vidas. Se trata de una ansiedad justificada en unos padres y madres que obviamente desean lo mejor para sus hijos e hijas, y conocen, por su propia experiencia, la importancia que tienen muchas de las decisiones que se toman a lo largo de la vida. Ni que decir tiene que los padres son una fuente importante de apoyo y de orientación para unos adolescentes que con frecuencia se encuentran muy desorientados, y que es importante que hablen con ellos, les asesoren y les ayuden a tomar decisiones. Sin embargo, también es importante que los padres les dejen seguir su propio camino y no presionen a su hijo/a para que se convierta en el adolescente que ellos fueron o quisieron ser.

3.5.3. La supervisión.

Aunque con frecuencia control y supervisión tienden a ser considerados como sinónimos, y obviamente están muy relacionados entre sí, nosotros hemos diferenciado entre ambas dimensiones. Así, si el control hace referencia al establecimiento de límites y a las exigencias de madurez y de responsabilidad, la supervisión se refiere fundamentalmente al conocimiento de las actividades que realiza y de los lugares y amigos que frecuenta el adolescente. Al igual que ocurría con el control, la supervisión ideal debe estar ajustada a la edad y grado de madurez del chico o chica, y puede resultar perjudicial tanto su carencia como su exceso. En general, es muy importante que los padres estén informados de lo que hace su hijo o hija, y para ello es necesario que se interesen por él, le pregunten y conozcan a sus amigos y amigas, para evitar algunas situaciones de riesgo que pudieran estar produciéndose. Ya hemos comentado anteriormente que la carencia de supervisión y de control suele llevar a problemas comportamentales, incluso cuando la relación entre padres e hijos es afectuosa. Pero igualmente deben evitar los padres mostrar una actitud inquisitorial o policial, interrogando a sus hijos e hijas acerca de algunos asuntos que ellos legítimamente pueden considerar privados, y que pueden llevar a que el adolescente se muestre aún más hermético en un intento de defender su esfera personal. De acuerdo con algunos estudios recientes (Stattin y Kerr, 2000), la forma más eficaz de supervisar es la revelación, es decir cuando son los mismos adolescentes quienes informan a sus padres y madres acerca de sus actividades y amigos. Y esto suele ocurrir cuando existe confianza y una buena comunicación entre padres e hijos. En estas situaciones es probable que sean los mismos adolescentes quienes tengan la iniciativa de compartir con sus padres muchas de sus preocupaciones, o de hablarle acerca de sus amigos o de sus actividades. Este aspecto nos lleva a considerar que el desarrollo de las habilidades de comunicación interpersonal debe ser otro de los objetivos que debe incluir cualquier programa de orientación o apoyo a padres y madres de adolescentes.

3.6 El desarrollo de la comunicación interpersonal.

A pesar de la importancia que tiene mantener una buena comunicación, es muy frecuente que con la llegada de su hijo o hija a la adolescencia los padres y madres se quejen de una ruptura en la comunicación y empiecen a echar de menos aquella época en la que sostenían con sus hijos intercambios comunicativos muy gratificantes. Con frecuencia, los

padres y madres atribuyen esta ruptura de la comunicación al hecho de que sus hijos e hijas se han vuelto más huraños y tienden a buscar la soledad, el aislamiento y la privacidad, rechazando los intentos de acercamiento por parte de sus padres. Sin embargo, la comunicación es un asunto interpersonal y puede decirse que los padres y madres también pueden ser responsables en gran parte de los cambios que se producen en la relación con sus hijos e hijas. Aunque mantener una buena comunicación con un chico o una chica adolescente sea algo más complicado y requiera de ciertas habilidades, no se trata de algo que no esté al alcance de la mayoría de padres y madres. Tratar que los padres sean conscientes de los errores que pueden estar cometiendo a la hora de comunicarse con sus hijos, y que desarrollen mediante ejemplos y técnicas de rol-play algunas habilidades de comunicación interpersonal debe ser un objetivo prioritario en cualquier intervención.

Son muchas los obstáculos que dificultan una buena comunicación. Así, hay que destacar que una gran parte de los mensajes que los padres y las madres dirigen a sus hijos e hijas están plagados de críticas a sus errores ("siempre terminas rompiéndolo todo, te dije que tuvieras cuidado"), referencias a defectos ("¿por qué tienes que ser tan irresponsable?"), sarcasmos y ridiculizaciones ("vaya se te ha ocurrido a ti solo. A este paso te darán el Nobel"). Si tenemos en cuenta que los adolescentes están construyendo su identidad, y pueden tener muchas dudas con respecto a su valía personal, es de esperar que sean muy sensibles a estas críticas y no muestren excesivo interés por iniciar o mantener unos intercambios comunicativos que les resultan tan aversivos. Otra característica de los mensajes parentales es que suelen estar plagados de órdenes ("Recoge todas tus cosas"), consejos y sermones sobre lo que deberían hacer ("Está claro que ese chico no te interesa. Debes romper con él"). Tampoco parece que este tipo de mensajes sean el mejor aliciente para un chico o una chica que están tratando de desvincularse afectivamente de sus padres y buscan mayores niveles de autonomía.

Es importante que los padres y las madres procuren mostrarse menos directivos y ayuden a sus hijos o hijas a reflexionar, animándole a buscar alternativas ante un problema o una situación determinada y evitándole sugerir demasiado pronto las soluciones. También resulta clave evitar la evaluación continua del comportamiento del adolescente o las referencias constantes a sus errores. Resulta más eficaz que le describan con detalle qué comportamientos esperan de él o de ella, y le dirijan mensajes positivos valorando aquellas cosas que hace bien.

Saber escuchar es otra importante habilidad comunicativa que requiere de los padres y madres mostrar un interés real por lo que le cuentan sus hijos e hijas, mirando a los ojos, adoptando una postura receptiva y dejando cualquier actividad que estuviesen realizando, como mirar la televisión o leer el periódico. Manteniendo la atención y dándole tiempo para que se expresen tranquilamente, y sin interrumpir su discurso con comentarios y preguntas innecesarias harán ver al/la adolescente que sus padres están realmente interesados en lo que está contando.

3.7. La resolución de conflictos.

Ya hemos tenido ocasión de comentar el incremento que se produce en la conflictividad familiar durante los primeros años de la adolescencia que pueden hacer más complicada y estresante la convivencia familiar. Sin embargo, los conflictos van a tener también su lado positivo, ya que pueden actuar como catalizadores que contribuyan a facilitar un reajuste en las relaciones familiares. Las discusiones y conflictos harán ver a los padres y las madres que su hijo o hija está cambiando, que tiene nuevas necesidades y que requiere un trato diferente al que recibía durante la niñez. Sin el aliciente que supone la búsqueda de una situación familiar menos conflictiva muchos padres tendrían la inercia de mantener el mismo estilo parental, evitando introducir modificaciones en la relación con su hijo o hija adolescente.

Los conflictos pueden tener un efecto muy saludable sobre las relaciones familiares, pues ayudan a los miembros de la familia a entenderse mejor y a respetar las diferencias individuales. Así, podríamos decir que cuando los conflictos se resuelven bien toda la familia gana. Por lo tanto, no se trata de evitar que se produzcan conflictos, sino de ayudar a los padres y madres a que puedan resolverlos de forma constructiva, lo que no siempre ocurre. En algunas ocasiones, especialmente cuando los padres y madres muestran un estilo autoritario, las discusiones acaban cuando éstos imponen su punto de vista de forma unilateral, lo que terminará generando resentimiento o rebeldía en sus hijos o hijas. En otros casos, ocurre lo contrario, con padres y madres muy permisivos que ceden a los deseos del/la adolescente, incluso en aquellas situaciones en las que piensan que son ellos quienes tienen la razón. La evitación de los problemas y conflictos es otra estrategia que a veces adoptan algunas familias en un intento de buscar la tranquilidad en las relaciones familiares. Esta estrategia puede ser eficaz cuando las discusiones se refieren a algún asunto trivial, sin embargo, no es recomendable esconder debajo de la alfombra problemas importantes que terminarán reapareciendo tarde o temprano.

Puede resultar muy útil enseñar a los padres y madres estrategias para resolver sus conflictos cotidianos. En algunas ocasiones, las soluciones basadas en encontrar un compromiso entre dos posturas enfrentadas pueden resultar útiles, aunque ambas partes deban ceder algo. También es importante que padres e hijos establezcan unas reglas sobre qué hacer ante situaciones en las que se produzcan desacuerdos. Reglas que deberán incluir el tratar de reaccionar con calma; darse tiempo para que cada parte pueda expresar sus argumentos; intentar comprender el punto de vista del otro; y aceptar la solución más satisfactoria para todos de entre todas las posibles.

3.8. Algunas áreas de interés: sexualidad y consumo de alcohol y drogas

A pesar de la importancia que normalmente se le atribuye a la comunicación familiar sobre asuntos como la sexualidad y las drogas de cara a la prevención de comportamientos de riesgo relacionados con estas áreas, los padres y madres suelen sentirse muy incómodos abordando estos temas con sus hijos e hijas, de forma que la mayoría de los estudios encuentran que la comunicación entre padres e hijos adolescentes, raramente se centra en estos asuntos (Parra y Oliva, 2002). Muchos padres y madres justifican esta incomunicación por el desconocimiento que tienen de estos temas, por lo que esperan que sea la escuela quien se encargue de formar a sus hijos e hijas.

Es importante que los padres y madres dispongan de información que les permita sentirse cómodos hablando con sus hijos o hijas sobre sexualidad o sobre drogas. Con independencia de que en el colegio o instituto reciban educación sexual, los padres y madres pueden complementar esta formación en el contexto familiar. Sin duda, en las familias españolas de hace 25 o 30 años la sexualidad era un tema tabú y totalmente ausente de las conversaciones con niños y adolescentes. La democratización de nuestro país trajo consigo una clara apertura y liberalización de las costumbres, y una mejor formación y disposición de los padres y madres para hablar de sexualidad sin pudor. No obstante, tal vez porque muchos padres y madres de hoy día vivieron su infancia y adolescencia en años en los que sexualidad era ese tema tabú, siguen viviendo esas situaciones con sus hijos e hijas con embarazo y poca naturalidad. No es extraño que aún nos encon-

tremos con algunas chicas a quienes sorprende la menarquía sin que en el colegio o en su familia les hayan preparado para ello. Creemos que los padres y madres deben hacer un esfuerzo por incluir estos temas en las conversaciones con sus hijos e hijas desde la infancia, ya que resulta mucho más fácil conversar con naturalidad con una niña de 5 o 6 años, y seguir haciéndolo cuando aparecen los primeros cambios físicos de la pubertad, que empezar a hablar de sexualidad cuando ha cumplido los 13 años.

Otro de los temas que, a pesar de preocupar enormemente a los padres y madres, aparecen con escasa frecuencia en las conversaciones entre padres e hijos es el de las drogas. Tal vez, las razones de que los padres y madres apenas conversen sobre este asunto estén relacionadas con el hecho de que no se sientan suficientemente informados como para ayudar a sus hijos e hijas y evitar riesgos. O piensan que si sacan el tema van a estimular su curiosidad hacia las drogas, aumentando su interés por consumirlas. La realidad indica todo lo contrario, ya que son precisamente aquellos adolescentes que sólo reciben información de sus amigos, quienes tienen un mayor riesgo de interesarse por las drogas. Teniendo en cuenta que algunos de los factores de riesgo relacionados con el consumo abusivo de drogas y alcohol tienen que ver con el contexto familiar, es importante que los padres y madres tengan alguna información sobre cómo ayudar a sus hijos e hijas. Aunque es razonable que los padres y madres se sientan preocupados por todas las noticias que ven en los medios de comunicación relacionando a los jóvenes con las drogas y la violencia, es importante dejar claro que el consumo de drogas no forma parte de la vida cotidiana de la mayor parte de los jóvenes. Y que cuando se produce el consumo, suele ser un consumo experimental, relacionado con la búsqueda de nuevas sensaciones, que les lleva a probarlas y a abandonarlas tras algunos contactos con ellas. Otro tipo de consumo habitual entre jóvenes y adolescentes es el consumo social, en el que el consumo de drogas es una forma de participar en la actividad grupal, y se limita a fiestas o fines de semana. Otros tipos de consumo que revisten una mayor gravedad, y que tienen un carácter más adictivo, son bastante menos frecuentes. Este consumo adictivo suele estar relacionado con algunos problemas personales o familiares. Es importante que los padres y madres sepan reconocer en sus hijos e hijas algunos indicadores de que puedan estar consumiendo drogas, como, por ejemplo: cambios en la apariencia física, amistades, intereses, hábitos de sueño y alimentación, humor, etc. Y más importante aún es que sepan reaccionar de forma adecuada, procurando hablar de forma calmada, cuando su hijo o hija no esté bajo los efectos de las drogas, sin utilizar las amenazas, y haciéndoles ver que están preocupados por su salud.

Aunque los padres y madres suelen estar más alarmados por el consumo de drogas que por el consumo de alcohol, hay que dejarles bien claro que el consumo de alcohol suele causar más problemas entre la juventud que el consumo de drogas, ya que se trata de un consumo tolerado y estimulado en nuestra sociedad, siendo cada vez más frecuente encontramos con un consumo abusivo en edades tan tempranas como los 12 ó 13 años. A pesar de esa tolerancia social, el consumo de alcohol puede ser especialmente dañino para chicos y chicas que se encuentran en proceso de crecimiento y cuyos órganos vitales aún no han madurado. Por otra parte, tras haber consumido alcohol aumenta notoriamente la probabilidad de sufrir algún accidente de tráfico. También son frecuentes tras su consumo las prácticas sexuales de riesgo, como el mantenimiento de relaciones coitales sin ningún tipo de protección. Todas estas circunstancias hacen que los padres y madres deban extremar las precauciones ante el consumo de alcohol de sus hijos e hijas, procurando ofrecer modelos de consumo saludable en la familia, y haciéndoles ver los daños que su consumo puede producir en sus organismos aún inmaduros.

3.9. Familias diferentes.

En las últimas décadas estamos asistiendo en nuestro país a cambios importantes en la estructura de la familia, con el surgimiento de nuevas situaciones familiares que pueden resultar más complicadas. El número de separaciones y divorcios ha ido aumentando durante los últimos años, al igual que el número de nacidos fuera del matrimonio, lo que ha supuesto que sean cada vez más frecuentes las familias monoparentales y reconstituidas (Iglesias, 1998). Hay que decir en primer lugar que el grado de conflictividad familiar y la calidad de las relaciones entre el padre y la madre es más importante que la estructura familiar a la hora de determinar el grado de ajuste del/la adolescente. Los y las adolescentes que viven en familias en las que la armonía caracteriza las relaciones entre sus miembros, con independencia de que se trate de familias intactas, monoparentales o reconstituidas, muestran menos problemas conductuales y socioemocionales (Hetherington, 1989). No obstante, estas nuevas situaciones familiares pueden suponer una mayor complicación a la hora de ejercer los roles paterno y materno, y en algunas ocasiones pueden surgir conflictos importantes durante la adolescencia. La circunstancia de que chicos y chicas estén inmersos en la resolución de algunas tareas evolutivas, como la construcción de la identidad o el proceso de individuación, va a hacer que pue-

dan sufrir algunos problemas como consecuencia del divorcio de sus padres, sobre todo durante el año posterior a la ruptura familiar. Entre los posibles efectos se puede mencionar el entorpecimiento del proceso de individuación. Probablemente, el estrés que suele acompañar a una ruptura familiar no representa ninguna ayuda en un proceso tan delicado como es el de conseguir una mayor autonomía y establecer vínculos extrafamiliares, y con frecuencia el/la adolescente está tan absorto en la problemática familiar que deja de lado las actividades académicas o recreativas, las relaciones con los amigos, etc. Además, la separación de sus padres puede generar en el adolescente una cierta desconfianza en las relaciones de pareja, que le lleve a evitar la implicación emocional. También suele ocurrir que tras la separación de sus padres, estos empiecen a tratarle como si fuese un adulto o traten de implicarle en sus disputas, lo que puede llevarles a sentir que sus padres dependen de ellos. En una etapa evolutiva en la que aún precisan del apoyo materno y paterno, una situación de este tipo no va a favorecer su maduración.

Aunque la reconstitución de la familia puede favorecer mucho el desarrollo de los hijos e hijas, la adaptación a esta situación es algo más complicada durante la adolescencia que cuando tiene lugar en los años anteriores, y está asociada con problemas de conducta tanto en chicos como en chicas (Hetherington et al. 1999). Tal vez, el momento en que el adolescente está tratando de desvincularse de su familia no sea el más apropiado para tratar de establecer un nuevo vínculo afectivo con el padrastro o madrastra, y es posible que el chico o chica rechacen al nuevo miembro. Además, las tensiones que caracterizan la relación entre el/la adolescente y sus padres dificultarán la aceptación del hecho de que su padre o su madre son sexualmente activos y sostienen relaciones con su nueva pareja. El compañero sentimental puede ser visto como un intruso que compite con ellos por el cariño y la atención de su padre o madre. Estas reacciones negativas serán más acusadas durante la adolescencia temprana y pueden crear algunas tensiones que repercutan negativamente sobre la cohesión familiar. La situación será especialmente complicada cuando el nuevo padre o madre se muestra especialmente autoritario y trata de controlar excesivamente la conducta del chico o de la chica. En estas situaciones parece conveniente que el padrastro o madrastra adopte un rol más permisivo, evitando el control excesivo y procurando establecer una buena relación afectiva. Es preferible que el control, tan necesario como en las familias reconstituidas como en las intactas, sea llevado a cabo por el padre o madre biológico, que en ocasiones debería mostrarse algo más autoritario.

Con respecto a la ausencia de la figura paterna en un hogar monoparental, los datos son menos concluyentes, aunque algunos estudios encuentran que esta ausencia puede suponer un déficit en control y supervisión y una falta de modelos masculinos que contribuya al surgimiento de comportamientos antisociales (Amato y Keith, 1991; Dombusch, et al, 1985).

3.10. Cómo trabajar con padres y madres de adolescentes.

En las páginas anteriores hemos expuesto lo que a nuestro juicio son los contenidos de mayor interés que deberían conocer los padres y madres de adolescentes para desempeñar su rol de una forma más eficaz y saludable. Nuestra propuesta de trabajo se enmarca en el programa Forma Joven, que tiene la ventaja de representar un enfoque intersectorial en el que las acciones conjuntas del sector educativo y sanitario tratan de dar respuesta a aquellos problemas de salud más frecuentes entre jóvenes y adolescentes.

Hoy día existe un acuerdo generalizado entre los expertos en la socialización infantil y juvenil en la importancia que tiene la comunicación y colaboración entre la familia y la escuela de cara a la promoción del desarrollo, la salud y el ajuste comportamental. Sin embargo, a veces se piensa que esa colaboración es esencial durante la educación infantil, importante durante los primeros años de primaria, y accesoria durante la educación secundaria. No es de extrañar que la mayoría de estudios encuentren un descenso en la participación de los padres en la escuela según avanza la escolarización de sus hijos e hijas (Oliva y Palacios, 1998). Este hecho puede tener distintas explicaciones, como la creencia compartida por padres y educadores de que hay que ir concediendo al niño mayores niveles de independencia según crece, y por lo tanto, no hay que inmiscuirse en los asuntos académicos, o la mayor dificultad que van adquiriendo los contenidos y tareas escolares, que hace que los padres se sientan perdidos y sin nada que aportar. No obstante, sin restar un ápice de importancia a la colaboración entre familia y escuela durante los primeros niveles de escolarización, hay otro periodo evolutivo que requiere una mayor comunicación entre padres y educadores, como es el cambio de primaria a secundaria, ya que este momento, coincidente con la adolescencia temprana, será una etapa especialmente delicada.

3.11. Los grupos de padres y madres

Sin duda, de entre todas las fórmulas existentes para proporcionar apoyo a padres y madres, ésta es la que tal vez reúna más ventajas, ya que garantiza una mayor rentabilidad del tiempo invertido y, además, permite que los padres y madres se conozcan y se relacionen entre sí. Este tipo de apoyo puede tener unos beneficios a corto y largo plazo tales como mejorar las relaciones padre-hijo, prevenir el surgimiento de algunos problemas de ajuste y reducir la necesidad de intervenciones posteriores por parte de servicios sociales o sanitarios. No obstante, y a pesar de todas estas bondades, no resulta fácil conseguir que un grupo de padres y madres se reúna con cierta regularidad para hablar y recibir apoyo en su tarea parental. Las razones de estas dificultades tienen que ver con la estigmatización que puede derivarse de acudir a un curso de educación de padres de adolescentes, ya que se supone que los padres y madres, a esas alturas, deberían saber cómo educar a sus hijos e hijas, y sólo quienes tienen problemas muy importantes estarán necesitados de este tipo de apoyo (Coleman y Roker, 2001).

Sin duda, un aspecto clave es el momento inicial de reunir al grupo, ya que algunos procedimientos utilizados, como enviar una nota al domicilio familiar informando sobre el inicio de una escuela de padres o de unas charlas informativas para padres y madres de adolescentes, no resultan demasiado eficaces. Puede pensar el lector sobre la probabilidad de que él mismo acudiese a este tipo de reuniones si recibiese una invitación a través de su hijo o hija. En el caso de que la nota llegase a su destino final y no quedase olvidada en el fondo de su mochila. Que la iniciativa parta del centro educativo de su hijo o hija, y que las reuniones tengan lugar en un lugar que puede resultar más cercano y familiar, como el colegio o instituto, puede ser un factor que facilite la asistencia, aunque probablemente no sea suficiente para atraer a un número elevado de padres y madres. Sin duda, la mejor estrategia es la del éxito de un programa en ediciones anteriores y la transmisión boca a boca, aunque esto no puede servir para la primera ocasión. Aprovechar a un grupo de padres y madres que ya se reúna con cualquier otra finalidad puede ser una buena idea, ya que se les puede pedir que nos cedan unos 30 minutos de su reunión para explicar los objetivos y contenidos del programa.

El momento en el que se lleva la intervención tiene también su importancia, y está relacionado con la probabilidad de conseguir una mayor asis-

tencia. Así, el momento en el que se produce la transición de primaria a secundaria puede ser ideal para ofrecer ayuda y apoyo a unos padres y madres estresados que es probable que estén ya experimentando las consecuencias de la entrada de sus hijos e hijas en la adolescencia, y se sientan preocupados por la nueva etapa educativa que sus hijos e hijas deberán afrontar. Puede ser una buena idea invitar a una reunión a los padres y madres de aquellos alumnos y alumnas que están a punto de terminar la educación primaria. En esa reunión se le puede dar una charla corta que sirva como introducción o ejemplo de la escuela de padres que estará a su disposición durante el próximo curso. Así, cuando aparezcan algunos problemas y dificultades en la relación con sus hijos o hijas pueden recordar la ayuda que se les ofrece desde el centro educativo y considerar interesante acudir a las reuniones de padres y madres. También podría llevarse a cabo este primer contacto o reunión con los padres y madres al comienzo de la educación secundaria, momento en el que los padres pueden estar algo más receptivos al ofrecimiento de apoyo. En cualquier caso, parece que es una buena idea trabajar con ellos cuando sus hijos o hijas están entrando o a punto de entrar en la adolescencia (11-14 años), ya que este suele ser el momento en que suelen aparecer las mayores dificultades en las relaciones entre padres e hijos. Adelantarse al surgimiento de las dificultades ayudará a evitar problemas mayores.

Otro elemento que resulta fundamental es el número de padres y madres que componen el grupo. En algunas ocasiones podemos tener el objetivo de reunir a un grupo de 30 o 40 padres y madres, y si sólo conseguimos reunir a 8 ó 9 podemos tener la sensación de que hemos fracasado. Sin embargo, un grupo de 30 padres no sólo es altamente improbable, sino que además resulta poco operativo, ya que es demasiado numeroso, y los padres y madres tendrán menos posibilidades de intervenir y de plantear sus dudas y sus preocupaciones. Un grupo que esté en torno a la decena puede resultar ideal, sobre todo cuando incluye tanto padres como madres. Grupos de menos de 8 padres pueden resultar demasiado íntimos y ser menos ricos.

Los contenidos a abordar en las reuniones van a ser fundamentales para la aceptación y la continuidad del programa. Aunque en la primera parte de este capítulo hemos realizado muchas sugerencias sobre lo que desde nuestro punto de vista pueden ser contenidos que deben estar presentes, resulta esencial contar con las necesidades de los padres y madres participantes, con sus problemas y con sus preocupaciones, como punto de partida. Cuando el apoyo ofrecido responde a sus necesidades,

será mayor la motivación de los asistentes y más probable el éxito del programa. El programa debe ser considerado como relevante y útil por todos los padres y madres, y todos ellos deben encontrar algo de interés en los contenidos ofrecidos. Además de ofrecer unos contenidos interesantes para los padres y madres, es fundamental que el estilo del coordinador o moderador sea cercano, amistoso, y procure resultar ameno. Un enfoque muy académico puede ser muy poco eficaz, especialmente con aquellos padres y madres con un menor nivel educativo y menos recursos, que pueden ser precisamente los más necesitados de apoyo. Igualmente importante es evitar enjuiciar o valorar los comportamientos de los padres y madres. Sin duda, en bastantes ocasiones el coordinador deberá exponer su punto de vista y tratar de corregir lo que pueden considerarse comportamientos parentales poco recomendables, pero debería hacerlo evitando menoscabar la autoestima de los padres y madres sin dar la idea de que existe sólo una manera de ejercer el rol de padre o madre. Es importante señalar que uno de los objetivos fundamentales que deber perseguir toda intervención con padres y madres es aumentar su sentimiento de competencia en el desempeño de su papel de padre o madre, ya que con la llegada a la adolescencia suele ocurrir que muchos padres y madres experimentan una sensación de pérdida del control de la situación. Esto va a hacer que se muestren más ansiosos y empleen una disciplina más coercitiva, recurriendo incluso al castigo físico. Por el contrario, otros padres y madres pueden sentirse ineficaces y deprimidos, desarrollando un sentimiento de indefensión sobre su papel parental que les lleve a arrojar la toalla y a dejar que sus hijos o hijas adolescentes se desenvuelvan sin ningún tipo de control o supervisión.

3.12. El apoyo individual a padres y madres

No todos los padres y madres están dispuestos a acudir a charlas o reuniones. En algunos casos será por la dificultad de ajustarse al horario, pero en otros se tratará de personas que pueden sentirse incómodas planteando sus problemas en público, sobre todo ante quienes pueden ser vecinos o conocidos suyos. A veces las dificultades que están atravesando algunos padres y madres pueden ser demasiado importantes y requieren un tratamiento más individualizado. Tal vez sus hijos estén implicados en conductas muy problemáticas, o incluso ilegales, de las que se sienten poco orgullosos. En otras ocasiones, pueden pensar que solicitar ayuda para sus problemas supone reconocer su fracaso como padres y se avergüenzan por

ello. En cualquier caso, habrá que contar con alternativas al trabajo con grupos de padres y madres para este tipo de situaciones. Las consultas individuales pueden suponer un medio más adecuado para ese tipo de padres y madres. No obstante, una alternativa a la consulta individual, que se ha usado con éxito en algunas programas de apoyo a padres y madres de adolescentes, es la de ofrecer una línea telefónica con un horario amplio en la que padres y madres puedan plantear sus problemas y preocupaciones con una total confidencialidad. Este procedimiento ofrece algunas ventajas sobre las consultas personales, como son el total anonimato de la persona que plantea la consulta. O el mayor control sobre la situación que tiene quien realiza la consulta para decidir cuándo llamar y cuándo colgar. Por otra parte, no tienen que mirar a nadie mientras están revelando algunos sentimientos que pueden ser muy íntimos y difíciles de expresar. Este sistema puede representar también un punto de partida para que algunos padres y madres puedan resolver sus problemas por sí mismos. También puede servir para proporcionar a los padres y madres información sobre dónde encontrar y cómo usar algunos servicios que les puedan resultar útiles en su situación familiar.

3.13. Los materiales de apoyo.

Son muchos los programas de apoyo a padres y madres de adolescentes que utilizan el contacto entre ellos y los formadores como vía principal para transmitir información o para resolver los problemas que los padres y madres pueden tener en la relación con sus hijos o hijas adolescentes. Algunos de estos programas emplean materiales que pueden servir como un complemento en la aplicación de la intervención. Estos materiales pueden ser folletos, revistas, fichas de trabajo, videos, o audiocassettes, y aunque muchas veces son concebidos para ser utilizados como apoyo a una intervención directa, son bastantes las ocasiones en las que este material es utilizado de forma aislada ante la imposibilidad de establecer un contacto más directo. En algunos casos se han llevado a cabo programas basados exclusivamente en la utilización de este material, principalmente folletos o revistas, aunque también son frecuentes los que se sirven de videos o incluso de páginas web. Un claro ejemplo de este tipo de programas de educación de padres y madres, aunque dirigido a otras edades, fue el programa Nacer a la Vida, surgido a principios de los 90 como fruto de la colaboración entre la Consejería de Salud y el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. El programa con-

sistía en una serie de 8 revistas que abarcaban el periodo comprendido entre el primer trimestre del embarazo y el 5º año de vida del niño, en las que se proporcionaba información sobre todo aquello que los padres y madres podían necesitar para llevar a cabo, tanto el cuidado del embarazo y la preparación para el parto como la crianza del niño.

La ventaja que pueden tener este tipo de intervenciones es que, aunque carecen de la riqueza de las relaciones interpersonales, pueden llegar a un gran número de padres y madres que de otra forma no tendrían ninguna posibilidad de beneficiarse de esta formación. Sin duda las revistas o videos tienen una clara ventaja sobre otros materiales como pueden ser los libros, por ser más cortos y con frecuencia más atractivos, especialmente para aquellas personas a las que leer un libro le va a suponer demasiado tiempo o esfuerzo. Los inconvenientes evidentes que presenta este tipo de intervención tienen que ver con la ausencia de relaciones interpersonales, que podrían servir para romper el aislamiento de algunos padres y madres y para la formación de redes de apoyo informales. Tampoco permiten particularizar o individualizar la información. No obstante, pueden proporcionar información sobre los cambios que atraviesan chicos y chicas durante la adolescencia, los factores familiares y sociales que influyen sobre estos cambios, los problemas más frecuentes que pueden presentarse y, cómo afrontarlos con una mayor probabilidad de éxito.

Bibliografía

- AMATO, P.R., & KEITH, B. (1991). *Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 110*, 26-46.
- BAUMRIND, D. (1971). *Current patterns of parental authority. Developmental Psychology Monographs, 4*, 1-103.
- COLEMAN, J.C. y ROKER, D. (2001). *Supporting parents of teenagers: A handbook for professionals. Londres: Kingsley*
- COLLINS, W.A. (1997). *Relationships and development during adolescence Interpersonal adaptation to individual change. Personal Relationships, 4*, 1-14.
- DEKOVIC, M., NOOM, M.J. Y MEEUS, W. (1997). *Expectations regarding development during adolescence: Parental and adolescent perceptions. Journal of Youth and Adolescence, 26*, 253-272.
- DORFMAN, L., & SCHIRALDI, V. (2001). *Off balance: Youth, race & crime in the news. Washington, DC: Building Blocks for Youth.*

DORNBUSCH, S.M., CARLSMITH, J.M., BUSHWALL, S.J., RITTER, P.L., LEIDERMAN, H., HASTORF, A.H., & GROSS, R.T. (1985). *Single parents, extended households, and the control of adolescents*. *Child Development*, 56, 326-341

ERIKSON, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Nueva York: Norton (Ed. Cast.: *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus, 1980).

HETHERINGTON, E.M. (1989). *Coping with family transitions: Winners, losers and survivors*. *Child Development*, 60, 1-14.

HETHERINGTON, E. M., HENDERSON, S. H., REISS, D., ANDERSON, E. R., y BRAY, J. H. (1999). *Adolescent siblings in stepfamilies family functioning and adolescent adjustment*. *Monographs of the Society for Research in Child Development: No. 64, no. 2, serial no. 257*. Maudon, MA: Blackwell.

IGLESIAS, J. (1998). *La familia española en el contexto europeo*. En M.J Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

LAURSEN, B., COY, K., y COLLINS, W. A. (1998). *Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis*. *Child Development*, 69, 817-832.

MACCOBY, E.E. y MARTIN, J.A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. En J.S. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (pp. 1-101). Nueva York: Wiley.

OLIVA, A. (1999) *Desarrollo social durante la adolescencia*. En J. Palacios, A. Marchesi y Cesar Coll (Eds.). *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología Evolutiva*, (pp.493-517). Madrid: Alianza.

OLIVA, A. y PALACIOS, J. (1998). *Familia y escuela: padres y profesores*. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.). *Familia y desarrollo humano*, (pp.333-349). Madrid: Alianza.

OLIVA, A. y PARRA, A. (2001). *Autonomía emocional durante la adolescencia*. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (2), 181-196.

PARRA, A. y OLIVA, A. (2002). *Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia*.

Anales de Psicología, vol. 18, 2.

STATIN, H. y KERR, M. (2000). *Parental monitoring: a reinterpretation*. *Child Development*, 71, 1070-1083.

STEINBERG, L. (2001). *We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect*. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-19.

STEINBERG, L. y LEVINE, A. (1997). *You and your adolescent*. Nueva York: Haper-Collins

El trabajo intersectorial, desde la perspectiva de salud aplicado a jóvenes.

Javier Blanco Aguilar,

Luz María Fernández Regatillo,

Rafael Muriel Fernández,

Miguel Picó Juliá.

4.1. ¿Qué es la intersectorialidad?

Reconocida la complejidad actual de los problemas de salud prevalentes y la necesidad de profundizar en respuestas cada vez más eficaces y eficientes, resulta necesaria la búsqueda de fórmulas organizativas que permitan sumar las acciones conjuntas de varios sectores. Entramos así en la dimensión del trabajo intersectorial, situamos frente al reto del desarrollo de la intersectorialidad como instrumento para mejorar las respuestas a los problemas de salud.

Es legítimo y hasta obligatorio preguntarse bajo qué condiciones puede ser más eficaz el trabajo compartido entre las instituciones públicas. Dicho de otro modo, cómo construir un modelo de cooperación entre sectores diferentes dentro de una Administración para mejorar el sentido de lo que se programa y cómo se aplica. En esta línea, se trata de saber cómo se define la relación de los ciudadanos con aquello que proponen los planificadores y desarrollan los profesionales.

Las prácticas que dificultan la vinculación operativa y el trabajo común entre los planificadores de una misma organización y aún más, entre diferentes sectores, son una constante en la trayectoria de las administraciones públicas. Cabría barajar una explicación extraordinariamente natural a esa evidencia: puesto que cada uno tiene asignadas unas prioridades, parece-

ría razonable que toda su acción se dirija exclusivamente a su consecución. Es fácil explicar así que ciertos sectores sean reacios a identificar objetivos comunes y a valorar posibles acciones compartidas.

La intención de sumar esfuerzos está presente en la literatura y en la bibliografía, pero casi siempre se queda en mera declaración de intenciones. Con frecuencia no conlleva decisiones que aporten recursos concretos y políticas destinadas a modificar la realidad. Esto puede comprobarse en la organización de sectores afines, tales como educación, salud, asuntos sociales... Con asiduidad existe un preocupante divorcio entre lo que se promete y lo que se ejecuta. Esas dicotomías son tan notables que pueden comprometer el proceso democrático y dar paso a expectativas confusas. El trabajo intersectorial pretende ser un instrumento que recupere la acción conjunta en un marco de debate democrático.

Una definición funcional de este instrumento se dio en el Foro de Salud Pública de Andalucía (Córdoba, Octubre 2002), en el que se entendió la intersectorialidad como:

‘La relación interdependiente y continuada, más o menos asimétrica, entre dos o más sectores para la planificación /acción conjunta, cuyo objetivo central es mejorar la respuesta a los problemas y situaciones que tienen que ver con la atención integral de la salud, incorporando la capacidad de decisión de los ciudadanos de forma individual y/ o colectiva’.

Para comprender el alcance de esta definición de intersectorialidad y su desarrollo como proceso, analizaremos algunos de sus aspectos con consecuencias en el nivel estratégico:

A) Qué queremos decir cuando nos referimos a las categorías situación –problema:

Como se ha indicado, actualmente la salud no se vincula sólo con la ausencia de enfermedad. El concepto de salud abarca también al riesgo de enfermar. Los riesgos pueden ser de origen genético, fruto de los hábitos de vida o derivados de la relación con el entorno.

Los factores de riesgo de origen genético comienzan a ser modificables

y a ello se destina un volumen ingente de recursos (células madre y embrionarias, entre otros), aunque a medio plazo las expectativas en el terreno de los hechos no son ilimitadas.

En cambio, los otros dos grupos de factores de riesgo -hábitos y entorno- son susceptibles de ser reducidos o incrementados con la intervención. Todo depende de las características de esos hábitos y de la relación que se establezca con el entorno, que a su vez puede ser más o menos saludable. Sin embargo, aun siendo más evidentes las posibilidades de modificación de estos factores de riesgo, los recursos que se destinan a ello desde las políticas de salud y bienestar social siguen siendo sorprendentemente reducidos.

El término "situaciones" se utiliza para expresar los condicionantes positivos o negativos de la salud: la situación económica, el nivel cultural, la jerarquía social, la capacidad relacional, etc. Las situaciones son determinantes del nivel de salud que disfrutamos.

La ventaja es que estas categorías son en gran medida modificables:

- Desde lo social, a partir las responsabilidades de la salud pública, más allá de la organización sanitaria, como asunto que interesa a varios sectores de la administración pública.
- Desde las vivencias personales, en el ámbito familiar e individual, a partir de decisiones mejor informadas, favorables a la salud y no por ello aburridas o prohibitivas.

Todo ello obliga a que analicemos lo que ocurre con estas situaciones y problemas, y cuáles son más relevantes. Estudiar sus mecanismos de producción para obtener una explicación de sus causas y elaborar con los sectores implicados respuestas generales y acciones concretas.

B) Respecto a Voluntad Política, Pensamiento y Poder.

La existencia de una voluntad política para actuar intersectorialmente entre los distintos sectores implicados se manifiesta en instrumentos de políticas globales y en la participación comprometida de los distintos acto-

res, sean éstos dirigentes de la administración pública, de los partidos políticos o representantes de la comunidad.

Aunque esta voluntad crece, lo cierto es que los instrumentos y la participación comprometida son mejorables. Las comisiones horizontales de trabajo entre distintos sectores, incluso con plasmación jurídica, suelen tener un resultado reducido en cuanto a provocar acciones concretas.

Por otro lado, la profusión de planes que llaman a una acción intersectorial es actualmente la norma, pero suelen dejar de lado el esfuerzo de elaboración conjunta, imprescindible para el arrastre de políticas y recursos.

Las comisiones y planes entienden la intersectorialidad aún como la suma de lo que cada uno realiza por separado. Su elaboración conjunta se reduce a la aportación de una serie de fichas de objetivos y estrategias que cada parte lleva a cabo.

Es cierto que estas iniciativas ya suponen un primer paso para la intersectorialidad y, aunque sea limitada su capacidad de respuesta, habrá que insistir en el desarrollo más óptimo de sus obligaciones, aún siendo conscientes de la limitación de esta estrategia, entre otras razones, por la relación orgánica que se establece entre las instituciones.

Cuando se examinan las experiencias actuales ante problemas concretos (tráfico, jóvenes, tabaco...), y que establecen la relación orgánica con los técnicos y su actuación, el funcionamiento es dinámico y los resultados visibles.

Como hemos visto en el primer bloque, la respuesta del pensamiento actual tiene su origen en la evolución socio epidemiológica de los problemas de salud, que exigen una respuesta en la que estén implicados varios sectores y que ha de ofertarse y asumirse como un proceso eficaz.

Junto a la voluntad política y el pacto con el pensamiento dominante, un tercer elemento clave a tener en cuenta es la estructura de poder. Entendemos esa estructura como el juego estratégico que mantienen las fuerzas sociales ante una situación de salud. Se aprecia así la importancia de tener muy en cuenta las relaciones de poder -especialmente los micro poderes-, capaces de poner en cuestión proyectos intersectoriales en función de sus propios esquemas de supervivencia, más ocupados en el man-

tenimiento de su área de influencia que de las consecuencias de su gestión para la sociedad en su conjunto. Es esencial el conocimiento de esta estructura de poder para dar viabilidad a la creación de acciones intersectoriales.

En resumen, es necesario valorar la voluntad política, el pensamiento dominante y la estructura de poder para hacerlos converger en respuestas intersectoriales a los problemas y situaciones de salud.

4.2. La Intersectorialidad como captación de recursos

Para comprender las distintas capacidades de la intersectorialidad como proceso de mejora en la gestión económica ponemos en relación cinco elementos de utilidad:

1. Correspondencia inversión-respuesta. Dada la naturaleza de los problemas / situaciones de salud ya aludidos, cuando se invierte en recursos para un solo sector, la respuesta obtenida no es proporcional al esfuerzo de la inversión. Dicho de otra forma, es preferible invertir en dos o más sectores para garantizar una respuesta eficiente, aun asumiendo la dificultad de su gestión. Por ejemplo, ante el problema del consumo de tabaco en la población adolescente, si invertimos sólo en el sector salud la respuesta será menos eficaz que si la inversión se produce junto a Educación. Otro ejemplo: ¿cómo corregir el uso de la planificación de emergencia (píldora postcoital) cuando se utiliza como anticonceptivo habitual? ¿respondemos desde el sector sanitario?, ¿desde la educación?, ¿desde asuntos sociales para colectivos desfavorecidos? o ¿no es esperable mayor rentabilidad si se elaboran planes conjuntos y cercanos a los espacios habituales de los jóvenes desde los tres sectores?.

2. Génesis y captación de recursos. Situándonos en el ámbito local, es fácil comprender que la intervención conjunta de ayuntamientos, asociaciones, centros de salud, centros educativos, comerciantes, por ejemplo, para prevenir accidentes de tráfico, genera muchos más recursos que posibilitan, a su vez, la captación de otros nuevos. Esto permite complementar recursos públicos y privados, además de implicar a la comunidad en la solución de sus problemas.

3. Incremento y optimización. Si nos situamos ahora en otros niveles de la planificación y logramos formar equipos con recursos humanos de procedencia sectorial distinta, la eficacia de la respuesta se multiplicará, tal como sucede, por ejemplo, en el programa 'Forma Joven' de desarrollo actual en Andalucía. Aunque el espacio de trabajo sea los institutos de enseñanza secundaria, el equipo está constituido por profesionales de la salud y orientadores de secundaria, con la participación de jóvenes mediadores. A su vez, el equipamiento material procede de los sectores de juventud, mujer, salud, educación y drogodependencias. Igualmente ocurre con otras situaciones: inmigración, programa de erradicación del chabolismo, etc.

res utilizan la metáfora de una hormigonera a la hora de explicar este modelo de la intersectorialidad como proceso de rentabilidad económica.

4.3. Repercusiones en la organización del trabajo intersectorial

Las consecuencias que esta definición de la intersectorialidad tiene para las organizaciones, y sobre todo para las Administraciones Públicas, pueden observarse si se atiende a los siguientes apartados:



4. En las estrategias nos referimos a la convergencia y concentración de prioridades. Los esfuerzos que pueden considerarse individuales de cada sector, pongamos por caso el Plan Integral de Atención a la Inmigración, adquieren una fuerza cualitativa superior si convergen conjuntamente los distintos sectores en la identificación de prioridades comunes. Insistimos en que un plan integral es mucho más que la suma de las acciones que realizan cada sector. El resultado que se obtiene con este cuarto elemento es superior a una acción sectorializada

5. El quinto elemento. Se refiere a la fuerza conjunta resultante, que se obtiene de la producción de los cuatro elementos anteriores. Algunos auto-

- Se produce un reconocimiento de las propias limitaciones y esto conduce a buscar el encuentro con otros sectores para compartir las tareas de planificación / acción. Esta relación establece un entramado de interdependencia más o menos continuada.
- Se disipan ansiedades en sectores que se encuentran especialmente saturados con la responsabilidad de responder a multitud de problemas. El enfoque intersectorial facilita la corresponsabilidad, permite compartir los problemas. Son ejemplos característicos la saturación del sector educativo en la exigencia de educar para la libertad, para la sexualidad, para la salud, para la vida, para la paz, etc. o la preocupación que muestran los servicios de Salud Mental cuando analizan la respuesta a los problemas de los jóvenes con relación a la falta de contención familiar, social, etc. y que se traduce finalmente en una demanda de sus servicios.
- La acción intersectorial permite compartir responsabilidades, recursos e instrumentos. No sólo institucionales, colectivos, sino también individuales y familiares. La intersectorialidad conduce a la corresponsabilidad porque permite superar el hábito del reproche y de la huida de la propia responsabilidad. Estas actitudes se ven en debates tan actuales como ¿de quién es la responsabilidad de educar?, ¿del ámbito familiar, del educativo?... ¿qué pasa con la influencia de sus iguales....?

- Existe un factor especialmente delicado en el desarrollo de acciones intersectoriales. Son los llamados "micro poderes", los intereses localistas, y de áreas específicas de la administración. Hay que contar con ellos pero, en ocasiones, es preciso sortearlos.
- Se están generando planes, procesos y programas intersectoriales vinculados a temas concretos y a niveles de convergencia y coordinación provinciales y locales, con descentralización progresiva.
- La oferta compartida de formación e investigación en la que se puedan adquirir las habilidades necesarias para el desarrollo de la acción intersectorial y se transfiera metodología al respecto.
- La crítica positiva y la reformulación de las comisiones intersectoriales y los planes integrales.

Pasamos a analizar un segundo grupo de argumentos que tienen que ver con la aplicación del trabajo intersectorial.

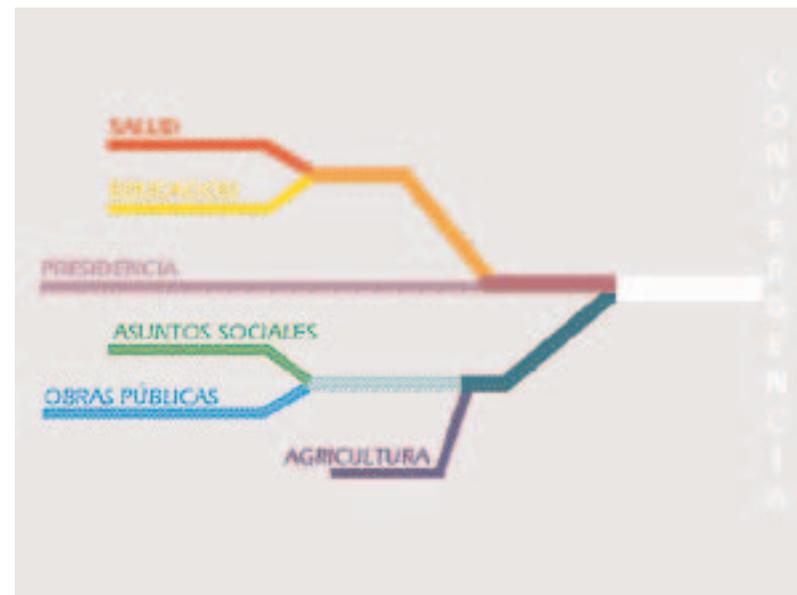
A) Mejor converger que coordinar.

En el trabajo intersectorial se trata más de encontrarse, de la intención de emprender un camino juntos, que de coordinar dos enfoques paralelos como inquietud estrictamente profesional. Se pone el acento en elaborar una respuesta común a un problema, o dar una opción informada para que el ciudadano pueda elegirla y desarrollarla a favor de su salud.

El término converger se adapta mejor a esta actitud. Esto es así porque significa unir dos líneas o dos caminos en un punto de encuentro, a partir del cual se establece una mutua influencia e interdependencia que desemboca en el área de la planificación conjunta. Si lo aplicamos a acciones, propósitos o ideas, significa tener un objetivo común y cooperar para su consecución. En cambio, coordinar se refiere a hacer compatibles dos cuestiones, impedir que se estorben, y pretende armonizar, acoplar, sobre todo acordar.

El concepto de convergencia de dos o más sectores para responder a problemas de salud es un área de encuentro para, a partir de entonces,

recorrer un camino juntos. Esto nos aproxima más a lo que llamamos acción intersectorial, lo que no excluye otras aproximaciones de coordinación, previas y posteriores.



B) Un trabajo progresivo en un marco asimétrico.

Pero como ya hemos visto, trabajar con otros sectores no es fácil. Son condicionantes que dificultan la intersectorialidad la existencia de prácticas profesionales muy marcadas, la falta de hábito en identificar los recursos propios más allá del terreno habitual y cotidiano y, no digamos ya las dificultades en reconocer los recursos de otros sectores (aunque estén cercanos), la ausencia de formación específica para el trabajo conjunto, la falta de receptividad para la asunción de funciones y roles...

Decimos entonces que el trabajo compartido con otros sectores exige unos niveles progresivos de capacidad. La convergencia en el trabajo pasa por un proceso escalonado cuyo primer peldaño corresponde al reconocimiento de la propia limitación y la necesidad de intervención con otros profesionales. Esta actitud es la base de la acción intersectorial.

El siguiente escalón para alcanzar la complementariedad sería la adquisición de conocimientos específicos sobre los recursos técnicos y materiales propios y del resto de los sectores implicados.



La respuesta ganará en eficacia y en continuidad con el desarrollo de aptitudes profesionales que permitan comprender la organización, las claves para la toma de decisiones del otro sector y hasta los matices de su lenguaje. Estas habilidades, que en buena medida se obtienen con la experiencia del trabajo con el otro, son un nuevo peldaño de la escalera.

El reparto de funciones y responsabilidades en el trabajo del equipo conjunto es el siguiente escalón. Esto va a optimizar los recursos y conduce a la convergencia de actividades hacia un mismo objetivo.

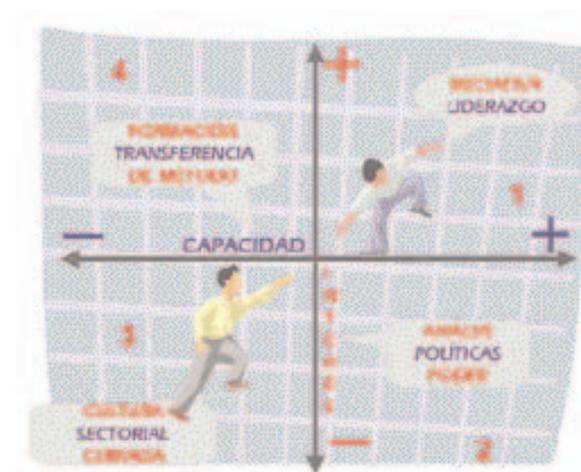
Finalmente, el aspecto que dota de mayor eficacia a la intersectorialidad es la elaboración conjunta para dar una respuesta común al problema. Se trata de cooperar, en el último escalón, con la corresponsabilidad como marco.

De cualquier forma, debe entenderse que los peldaños no son ni estrictamente consecutivos ni excluyentes. Al contrario. Un sector puede encontrarse en un escalón menos avanzado, por ejemplo, respecto a otros sectores y es por ello que hablamos de asimetría en los compromisos según los problemas.

Pensemos en el ejemplo de la alianza entre salud y educación para la prevención de los trastornos alimentarios, en general, o de la anorexia y bulimia en particular. Es posible que los institutos de la mujer y juventud ya cooperen en otro escalón. Puede darse la situación de que la iniciativa surja

del instituto de la mujer. En tal caso, sería el instituto quien lideraría el proceso. Por lo tanto, es importante reconocer estas asimetrías y saber trabajar con ellas. Con el tiempo, estas diferencias suelen reducirse si la colaboración es continuada.

Es importante dejar claro que se precisa una capacitación gradual, además de una gradación del interés por la visión intersectorial. La relación entre ambas escalas puede representarse en el siguiente diagrama de ejes, cuya interpretación determina cuatro cuadrantes de actitud y orienta sobre los instrumentos y en qué contenidos trabajar para la acción intersectorial:



CUADRANTE	CAPACIDAD	INTERÉS	CONTENIDO
1	+	+	Iniciativa y liderazgo
2	+	-	Énfasis nivel planificación. Análisis, voluntad política
3	-	-	Cultura sectorial cerrada
4	-	+	Énfasis nivel local. Formación y método

C) Todos ganan: Rentabilidad real frente a "apuntarse el tanto".

Hemos hecho ya alguna referencia a que uno de los obstáculos más importantes de la intersectorialidad es la existencia de "micro poderes" que, de una forma casi natural, tienen muy presente la rentabilidad de tal o cual

acción. En otros términos se habla de protagonismo, prestigio. Para que se comprenda mejor hemos elegido la expresión: "apuntarse el tanto"

Hablar de la generosidad como alternativa sería algo más que ingenuidad, sobre todo para los dados a ocupar una parcela de poder por encima de su obligación de servicio a la institución pública. Además, es necesario reconocer la legitimidad de la diferenciación de una opción determinada, sobre todo política, ya que en ello se sustenta el sistema democrático y la opción de elegir una alternativa u otra diferente.

Por otro lado, la agilidad de las organizaciones al respecto y su vocación de servicio democrático local (grado de descentralización) es variable y diversa. Además, como aquí se trata precisamente del encuentro de organizaciones distintas para cooperar, y el respeto es condición indiscutible, la estrategia que mayor resultado está obteniendo es asegurar que todos pueden obtener una rentabilidad visible, medible y objetiva para el departamento en cuestión. Naturalmente, además de aquella superior que obtiene el ciudadano. Es la estrategia del "todos ganan", tan importante en términos operativos que puede ser la baranda de protección en el símil de la escalera que anteriormente hemos utilizado para escalonar el trabajo intersectorial. Con ello queremos expresar que un proyecto intersectorial puede caerse o derrumbarse si no tiene en cuenta una dosis adecuada y visible de rentabilidad compartida.

Aún así, estas dificultades se toman a veces insalvables cuando la idea de que "todos ganan" no es suficiente, ya que lo importante es destacar de forma ventajista, a pasar del otro. Estas actitudes, menos frecuentes, son más presunciones que realidades y suelen deberse a malentendidos. Aunque en ocasiones pueden estancar un proyecto, después se aclaran o disipan si el trabajo intersectorial es continuado y los promotores poseen habilidad para colocar por delante el objetivo público y común. En cualquier caso, son actitudes a tener en cuenta, para en determinados momentos, si son inevitables, sortearlas.

D) Expropiación de la idea:

Cuando se habla de programas o procesos dirigidos a objetivos de salud pública y al disfrute de la salud, la propiedad de la idea pasa a un segundo

plano. Una idea tiene éxito en la medida que otros la asumen como suya y, sobre todo, se la apropian los responsables provinciales y locales.

Reconocemos que no existe tradición en orientar las ideas para ser compartidas desde su origen para llegar a objetivos de interés colectivo. La formación académica de los profesionales transmite lo contrario, y la idea puede ser la moneda de cambio, el prestigio y buena parte del currículum.

Pero los proyectos socio sanitarios y los procesos intersectoriales, que enfatizan la promoción y la prevención de los hábitos de vida, requieren la pérdida de esa adherencia de la propiedad. El reconocimiento y la rentabilidad llegan a la autoría por otros caminos, tales como la referencia y la satisfacción de hacer y transformar las situaciones.

En el proceso de un proyecto intersectorial, la expropiación de la idea se convierte casi en un indicador directo de su capacidad de desarrollo y, en definitiva, en un favorecedor de su puesta en marcha.

E) El voluntarismo como coartada:

Hasta aquí hemos escrito sobre la importancia de converger en un trabajo progresivo y en ocasiones asimétrico, de la estrategia del "todos ganan", de la capacitación para trabajar en proyectos intersectoriales, y finalmente, se ha destacado la utilidad de la expropiación de la idea en los procesos intersectoriales.

Somos conscientes de que estos criterios para la intersectorialidad pueden ser echados en el manido saco del voluntarismo por algunos profesionales de la planificación estratégica y local.

Los profesionales que trabajan en la planificación porque creen que los discursos por sí solos no arrastran recursos. Creen que todo lo que afecta a las actitudes se deja a la "voluntad de hacer".

Quienes trabajan en los municipios y en los servicios locales, aunque la idea puede parecerles atractiva y hasta necesaria, pueden opinar que poco hay que hacer si no se les dota de recursos, se les forma y motiva. Si real-

mente se hace es por la voluntad del profesional, a veces llevado por el voluntarismo.

Esas actitudes no pueden extrañarnos por las razones que se argumentaban al principio de este documento: por la distancia existente entre los discursos y los recursos. Se da paso así a la duda y a la confusión, caen la credibilidad y el compromiso social y político. En cierta manera, da igual que te preocupes o no, que te impliqués o no, votar que no votar.... Mejor sacudirse la responsabilidad que entrar en juegos de corresponsabilidad.

Hemos de recordar que forma parte esencial de nuestro trabajo la respuesta a los problemas con la mayor efectividad posible, siempre con relación a los recursos disponibles.

Querámoslo o no, también forman parte de nuestra responsabilidad profesional (y no de la voluntad, del voluntarismo o del voluntariado) la reflexión sobre el trabajo cotidiano, su aplicación a las nuevas y no tan nuevas realidades, el cambio de prioridades, de actitudes y aptitudes, la capacitación. Todo ello está en relación con los recursos y oportunidades. También es responsabilidad de la organización. Pero son sólo condiciones que nos permiten desarrollar esas facetas en mayor o menor medida. No ocultan el hecho incontrovertible de que la evaluación y reflexión sobre la eficacia de nuestro trabajo es un componente profesional y no achacable sólo a la voluntad.

En este sentido, el voluntarismo empieza a utilizarse como coartada para justificar la atrofia de ciertos perfiles profesionales de la salud. Y es precisamente la actitud para percibir las nuevas necesidades lo que resulta más importante en la etapa actual, en la que los cambios son acelerados y los mecanismos de adaptación fallan por falta de tiempo.

Lo que hoy es accesorio se vuelve mañana fundamental, y viceversa. Los problemas se tornan complejos y las respuestas cambian con inusitada rapidez. Hemos de preparar la actitud profesional para estos espacios y tiempos, además de reclamar recursos y oportunidades para ello. Poco o casi nada de todo esto tiene que ver con el "voluntarismo" que con tanta frecuencia se esgrime como coartada.

4.4. Actores de la acción local

Toda la cadena de trabajo está orientada a fortalecer la realización local. Se trata de analizar la disposición de cada uno de los sectores como componentes de estructuras locales, que pueden trabajar y plantear objetivamente un marco de trabajo. Contará para ello con elementos ya consolidados, pero que a la vez abren el capítulo de dificultades en las relaciones y conflictos superables en la mayoría de los casos con el contacto y el tiempo.

En este análisis de la acción local aparece el ciudadano, y el entorno familiar como objeto y sujeto de las intervenciones.

Tenemos a la familia como elemento central y llave de la sociedad de bienestar. Por lo tanto, diana de la respuesta a los problemas de salud. Pero la familia está en un proceso de amplia diversificación, en un tempo muy acelerado. No se ha terminado aún la consolidación de la familia nuclear frente a la extensiva, cuando ya convive con otros tipos de familia cada vez más numerosos: la familia monoparental, la de hecho, la reconstituida con hijos de distinta procedencia, parejas de un mismo sexo... Esta diversidad es ya para algunos autores un factor de riesgo potencial, aun cuando otros consideran que no debe presuponer "a priori" ningún riesgo añadido.



En cualquier caso, tenemos que tener en cuenta que asistimos a una transformación importante y acelerada del objeto de nuestras intervenciones. Es innegable que esta transformación afecta a los roles de los padres, de los mayores, jóvenes, niños y niñas, en distintos sentidos. Algunos pueden ocasionar nuevos problemas sociales y, en todo caso, necesitan de un nuevo enfoque y repercuten en la orientación de los diferentes servicios para darles la adecuada protección y una base para la promoción.

Recordemos ahora que uno de los encargados de esta función local son los servicios públicos institucionales, que se enfrentan a este cometido con importantes limitaciones de hecho, exigencias de nuevas capacidades relacionales y la motivación hacia las actitudes que demanda el trabajo intersectorial, dada la naturaleza de los problemas a los que se enfrentan.

Pasamos a enumerar las dificultades más sobresalientes de estos actores:

- Su radio de acción está centrado en la demanda, que en la mayoría de las ocasiones esconde otros problemas básicos.
- Tienen limitación de espacio (servicios, consultas), tiempo (escucha) y de relaciones con otros profesionales (escaso conocimiento del entorno profesional).
- Tienen escasa continuidad con otros espacios correlativos, como la familia, la comunidad...
- Actúan sobre problemas ya instaurados, son escasas las acciones de promoción y prevención.
- Tienen una visión sectorial que impide el contacto con otras opciones y recursos.
- Asumen responsabilidad individual y defensiva, frente a corresponsabilidad.

Otro de los actores en auge es la organización civil, las asociaciones y las ONG, que han desarrollado aspectos tan positivos como buscar y llegar a los otros, disponer de tiempo para estar con ellos y voluntad de atenderlos. Pero también tienen dificultades inherentes a su crecimiento, como son

la tendencia a prestar servicios del campo asistencial público y servir de coartada para eludir responsabilidades públicas institucionales.

Por último, un actor trascendental son las corporaciones locales y los departamentos municipales, que han entendido su función como coordinación primero y motivación e integración después, de las acciones realizadas en el nivel local. De hecho, buena parte de la interpretación del pacto local se refiere a este rol de pivote y convergencia que realizan las corporaciones locales con los servicios públicos e iniciativas de las asociaciones, que al final proyectan en la familia y la ciudadanía.

UN MODELO DE APLICACIÓN INTERSECTORIAL PARA EL NIVEL LOCAL

Una vez definidos los planos de actuación y sus relaciones a través de un adecuado equilibrio entre la centralización y la descentralización, pasamos en este último apartado a la explicación de un modelo para facilitar el trabajo intersectorial

El modelo está integrado por dos componentes:

1º Un **esquema para el análisis de situación** con la finalidad de identificar los factores que favorecen y entorpecen el desarrollo de acciones intersectoriales en salud.

2º Una **Guía** que resume los aspectos fundamentales a tener en cuenta para impulsar el desarrollo de acciones intersectoriales.

Es obvio que cada situación requiere un tratamiento particular y que el modelo no podrá abarcar toda la riqueza de la realidad, aunque puede facilitar el trabajo de análisis y la estrategia de acción de la respuesta intersectorial más adecuada.

1. Esquema para el análisis.

Hablamos de cuatro momentos para construir un esquema analítico :

a) En el primer momento intervienen los factores que provocan el problema y la descripción del mismo.

b) El segundo es para el análisis de la situación y la toma de decisiones. En él se identifican factores y mecanismos de producción del problema y se aplican las categorías principales de poder, pensamiento y política.



c) La planificación es la acción del tercer momento en el que se realiza el diseño de la respuesta de acción.

d) En el cuarto momento se plantea la acción intersectorial y la participación social en forma de actividad.

Los cuatro momentos están enmarcados en dos etapas, una estratégica, que recoge los dos primeros momentos, y otra de intervención. Todo el proceso debe de estar sujeto a un sistema de evaluación.

2. Guía para la acción.

Finalmente, la misma fuente propone una guía que contiene elementos claves a tener en cuenta para el abordaje y desarrollo de acciones intersectoriales en salud:

- 1). **Partir del problema** y no del sector. Para ello es importante una correcta identificación y delimitación del problema por parte de todos los implicados.
- 2). **Fortalecer la voluntad política** de desarrollar acciones intersectoriales.

- 3). **Propiciar políticas equilibradas** entre descentralización y centralización.
- 4). **Promover la concepción social de la salud** y la orientación preventiva y de promoción de salud.
- 5). Diseñar acciones estratégicas tendentes a **fortalecer la participación** de la población en las estructuras de poder
- 6). **Planificación con objetivos de salud.**
- 7). Realizar los **proyectos en grupo interdisciplinario e intersectorial** desde su formulación y durante todas sus fases de desarrollo.
- 8). Destacar **la rentabilidad de los programas y actividades intersectoriales**
- 9). Promover acciones de **formación, investigación, etc. de carácter intersectorial.**
- 10). Favorecer la **participación social** en los proyectos y acciones de salud.
- 11). Desarrollar los **mecanismos y vías para la coordinación y comunicación intersectorial.**
- 12). **Utilizar lo local** para el desarrollo de acciones intersectoriales.
- 13). **Facilitar la integración** entre los distintos niveles y servicios del sector salud.

Bibliografía

1 Suárez, J. *Proposición de un Modelo para el estudio y desarrollo de la Acción Intersectorial en Salud. Educ. Med. Salud* 27 (1):61-62.1993.

2 Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica* 524. Washington. 1990

5 Informe Andersen. *Proyecto Proa: Impulsar Acciones Intersectoriales dirigidas a las nuevas formas de exclusión social. Documento Interno. Consejería de Salud. Mayo-2002.*

7 Martínez Olmos, J y cols. *Escuela Andaluza de Salud Pública. Elementos para la prevención de accidentes en Andalucía. Granada. 1995*
Guía de Atención al maltrato Infantil ADIMA