

Educación para la salud y drogas: hacia un cambio de enfoque

Alfonso García Martínez

Universidad de Murcia

1. Introducción

El consumo de drogas se ha revelado, en las sociedades competitivas, como una forma de respuesta generalizada y gratificante frente a situaciones consideradas por los sujetos y grupos como negativas y, aunque en situaciones y marcos sociales desestructurados y/o marginados las drogas son un factor de redundancia en la agravación de las dificultades para retornar a situaciones de integración social, en el resto de las ocasiones y contextos se percibe como parte integrante (es decir, integrada) de una forma de vida normalizada y acorde con las pautas y estilos de vida socialmente aceptables y reconocidas. Incluso, en muchos casos, tales comportamientos son exaltados y glorificados por la propia sociedad como altamente positivos (García, 1997), originando lo que ha dado en denominarse como 'adicciones sin droga', es decir, la incapacidad de vivir sin desarrollar un determinado tipo de acción (trabajo, juego, etc.) que están en la esencia misma de los valores sustentados por dichas sociedades.

Debemos dejar claro que no existe una opinión unánime sobre las percepciones y valores sociales asociados al consumo de drogas, en especial, porque cada grupo humano concreto y cada contexto cultural específico han desarrollado históricamente su propia construcción acerca del papel que las sustancias que hoy día

definimos como drogas ocupan en sus vidas y en sus relaciones. Así, las cuestiones científicas relativas a los beneficios y riesgos de salud imputables a los distintos niveles de consumo de drogas legales siguen siendo claves y las dudas persisten, con apreciaciones muy diversas y controvertidas. Por tanto, desde el punto de vista educativo para la salud, los discursos elaborados sobre las drogas sólo adquieren sentido a partir de sus efectos sociales y personales. Sin embargo, también en este aspecto es preciso cauteloso, ya que la doble moral social, que podemos considerar como extensible a todo tipo de sociedades y que se plasma básicamente en la tolerancia hacia las causas que provocan el consumo y en la intolerancia y el rechazo de los efectos que ese consumo provoca, crea dificultades añadidas como, por ejemplo, en la iniciación más o menos ritual al consumo de drogas (legales) en las familias.

Así, el trabajo educativo para la salud en el terreno de las drogas adquiere los perfiles de una acción educativa *contra corriente*, y que se ve dificultada considerablemente por la propia permisividad, cuando no aliento, sociocultural o económico hacia su consumo. De ahí que sólo parezca haber acuerdo social sobre la necesidad de hacer frente al consumo de drogas cuando el tipo de droga es percibido como *intrínsecamente* malo (caso de las drogas ilegales como la heroína, co-

caína, sintéticas, crack, etc.), esto es, cuando son drogas no integradas socioculturalmente y, por tanto, *ajenas* a la sociedad que las consume, o bien cuando las drogas socialmente aceptadas provocan tal grado de dependencia en los sujetos que les inhabilita para seguir las pautas de comportamiento socialmente aceptables.

2. Salud y consumo de drogas

En realidad, no consumir drogas no equivale a que el consumo que se realiza sea saludable en sí mismo. Tampoco a la inversa se sostiene la equivalencia. De hecho esta asociación del comportamiento saludable con el no consumo de drogas no hace sino reflejar y permanentizar el concepto de salud negativa, ya que se tiende a identificar como sanas a las personas que no consumen drogas, en tanto que su conducta se relaciona con la reducción de los riesgos de adquirir enfermedades en lugar de como prácticas que conducen al establecimiento de la salud. En este sentido, los resultados de las investigaciones sobre ciertos estilos de vida (tabaco, alcohol, dieta, etc.) lejos de ser definitivos han resultado ser inconsistentes y, a menudo, contradictorios, como ha puesto de relieve Turabián (1997: 20): “El mismo comportamiento puede mostrar significación estadística con cierto resultado en un estudio y no en otro, e incluso efectos en direcciones opuestas”.

De lo que se puede deducir que los estilos de vida, concebidos como fenómeno sociocultural, no dependen de un único factor causal sino que son el fruto de interacciones complejas entre patrones de comportamiento y otras situaciones que acaecen en la vida de los grupos e individuos (Roski, Peri y McGovern, 1997). De este modo, la salud como ele-

mento positivo se relaciona con factores como el trabajo gratificante, la alegría, unas relaciones sociales no traumáticas, la solidaridad, una vivienda acogedora, la música, la cultura, la fraternidad, la no exclusión, la libertad, o “estar sentados al sol mirando hacia el horizonte” (Turabián, 1997: 21). Por tanto, el consumo de drogas (como, por lo demás, todo tipo de adicciones) adquiere su significado dentro del *conjunto de factores* que hacen posible la vida de las personas, no al margen de él. Con lo que su apreciación debe corresponder a cómo se produce su consumo en el seno de cada grupo social concreto en relación con los demás aspectos que inciden en la generación de una vida saludable.

La ruptura con los referentes interpretativos de la realidad de las drogas sustentados por el modelo medicalista de la salud y su base racional tecnológica, ha abierto importantes brechas a la hora de comprender como afectan a la salud los factores o conductas que, como las de adicción a las drogas, han sido corroboradas claramente como *de riesgo* para la salud por las investigaciones realizadas. En efecto, esta situación ha llevado incluso a poner en entredicho la capacidad de detectar peligros reales para la salud o de predecir el surgimiento de enfermedades por parte de indicadores tales como el tabaco o el alcohol, como lo pone de manifiesto Silva Ayçaquer (1997) en su reconsideración de los factores de riesgo analizados por los estudios epidemiológicos:

«Los resultados del *Pooling Project Research Group*, que consolidó los hallazgos de seis grandes estudios sobre cardiopatías confirma claramente esta doble afirmación. Por una parte, cerca del

10% de los más de 7.000 individuos estudiados eran a la vez fumadores, hipercolesterolémicos e hipertensos; de estos sujetos “de alto riesgo”, sólo el 13% sufrió un ataque cardíaco a lo largo del siguiente decenio. Por otra parte, la inmensa mayoría de los infartados en ese lapso había estado libre de tales factores en el decenio precedente.» (Silva Ayçaquer, 1997: 23)

3. Aproximación al tabaco y al alcohol

Son, tanto por la extensión de su consumo como por los potenciales efectos en la salud de quienes las consumen, las auténticas drogas ‘duras’ de nuestra sociedad: el alcohol y el tabaco. En efecto, su uso generalizado y la aceptación social de estas sustancias hace particularmente difícil toda acción educativa respecto de ellas. Las cuestiones de calidad, cantidad y tolerancia son, así, objeto de valoraciones sociales que establecen una parrilla tan amplia de posibles relaciones y aproximaciones desde la perspectiva educativa para la salud que su dilucidación se ha tornado una verdadera empresa de titanes. Más aún si valoramos la influencia y el poder (en todos los sentidos) que obtienen los diversos agentes económicos (desde la producción a la distribución y venta) y políticos (impuestos) que hacen de esas drogas su *modus vivendi* o incorporan su existencia como una entrada a contabilizar en el presupuesto.

Sin embargo, como hemos apuntado anteriormente, no existe ninguna explicación capaz de abarcar las razones por las que los seres humanos beben o fuman. El repertorio de causas sociales y/o individuales puede ser interminable. No obs-

tante, en el contexto de nuestras sociedades, creemos necesario indicar algunas de las causas más notables conocidas:

- la ruptura de la familia tradicional y de los sistemas de vida comunitaria;
- el urbanismo, como modo de vida dominante;
- el advenimiento de las familias nucleares y monoparentales;
- la desaparición de los liderazgos tradicionales;
- la secularización (con la desaparición de controles religiosos externos);
- una socialización débil y pobre;
- el fácil flujo del alcohol y del tabaco.

El caso es que en ambos casos se trata de drogas especiales, ya que algunas de sus características así lo prefiguran: son legales, con un uso reglamentado, muy aceptadas o toleradas socialmente y con alto arraigo social en todos los estratos socioculturales y socioeconómicos; lo que no impide una simultánea ambivalencia que se manifiesta en el rechazo de los que “se pasan” en su consumo (Gelabert, 1997). Con lo que el poder de estas drogas reside fundamentalmente en su dimensión simbólica en tanto que factor normalizado de socialización y de relación social, y se plasma en la propia estructuración de los servicios de atención de salud relacionados con ellas. A esa dimensión simbólica, desde luego, es preciso añadir los factores de consumo personales, socioculturales y medioambientales que favorecen y/o refuerzan las pautas de consumo de alcohol y tabaco. Tales factores quedan reflejados en el siguiente cuadro (Stanton, 1997: 37):

FACTORES DE CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

Personales	Socioculturales	Medioambientales
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel cultural • Abandono de la escuela • Rebeldía • Baja autoestima • Deseo de independencia • Baja resistencia/rechazo de competencias • Bajo nivel de expectativas • Conocimiento limitado de los riesgos • Intención de fumar o beber • Curiosidad, aburrimiento, cólera y distracción 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los padres fumen y/o beban • Que fumen y/o beban los hermanos • Estrés familiar • Pobres relaciones con los padres • Amigos que fumen y/o beban • Influencia de los pares • Influencia indirecta de normas sociales no explicitadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Carencias sociales • Disponibilidad • Bajo precio del producto • Impacto publicitario

4. Educación para la salud y promoción de drogas

Realmente, la información y la formación sobre drogas y sobre el abuso de drogas es muy limitada, en especial si se compara con las dimensiones globales de la publicidad conjunta del tabaco y de las drogas alcohólicas y con su agresividad para incentivar el consumo de sus destinatarios (en particular, en aquellos países donde no hay control legal de la misma). Así mismo, en el tabaco y el alcohol (y otras drogas) se sitúan las inversiones económicas de poderosas familias, grupos y empresas, lo que dificulta aún más la lucha contra su difusión, minando los esfuerzos destinados a frenar el mal uso del tabaco y del alcohol. A este respecto son paradigmáticos ejemplos tales como el apoyo que el Banco Mundial presta al gobierno filipino para el desarrollo y modernización del tratamiento del tabaco en

Manila, o aquellos casos en los que el tabaco o la vid suponen un porcentaje enorme del conjunto de la producción de un país o de una región determinados.

Así, la relación global entre los que promocionan las drogas y los que promocionan la salud se ha establecido en la proporción de mil dólares a uno; pero, además, hay que tener muy en cuenta la influencia que estos poderes económicos tienen en la toma de decisiones, especialmente en las decisiones políticas y legislativas en relación a esas sustancias. En este drama, las élites locales o multinacionales no son sólo figurantes, sino que ocupan papeles estelares. Por otra parte, la eliminación de los monopolios nacionales sobre el tabaco ha permitido un aumento de su comercialización y de su promoción en muchos países.

De ahí que los educadores y los responsables legislativos deban utilizar

los métodos más efectivos de intervención para reducir los daños asociados con el mal uso de estas sustancias. Para ello, se precisa conocer los procesos sociales, económicos, políticos y policiales existentes y las vías capaces de influir en esas estructuras, lo que, a menudo, tiene más de arte que de ciencia y plantea la necesidad de combinar la denuncia con la educación y la promoción de conductas personales saludables. Como apunta Norstrom (1995), quizá la prueba de la efectividad de esta acción socioeducativa resida en el test del grito: "Si la industria levanta la voz, sabremos que nuestra estrategia está siendo efectiva".

5. Estrategias contra el consumo de drogas

Entre las estrategias que se han mostrado más efectivas para reducir el consumo de drogas como el tabaco y el alcohol están (Stanton, 1997):

- a) *La legislación*: una vez establecida, la legislación refuerza, apoya y anima la producción de cambios en el consumo. Así, la prohibición de fumar en ciertos sitios supone una reducción del consumo y el test de alcoholemia para conductores ha incidido positivamente en la reducción de la mortalidad ocasionada por accidentes de tráfico debidos al alcohol.
- b) *Los precios y tasas*: producen un efecto de reducción de la demanda cuando se incrementa el precio de estas sustancias. Normalmente, las industrias rara vez aumentan los precios porque conocen sus efectos en el descenso del consumo. Se ha comprobado que, para un incremento del 10% en el precio, el consumo decrece entre el 2 y el 10%,

dependiendo del nivel de recursos disponibles.

- c) *La información y la educación*: la educación y la información para la salud en este ámbito por sí sola se han revelado insuficientes y requieren del apoyo legislativo. Además, aparte de su necesidad, para que sean efectivas deben ser acertadas, culturalmente adecuadas y manejar mensajes claramente definidos. A su vez, en situaciones de pobreza o bajo nivel sociocultural, que requieren cambios estructurales, debe tenerse muy en cuenta la información y la educación básicas.
- d) *La identificación de los intereses implicados*: es importante identificar los intereses en competencia como, por ejemplo, entre las industrias de tabaco y licores y los grandes productores de cannabis. Tanto su legalización como su ilegalización tiene una gran influencia en la economía de nuestros países, particularmente, cuando muchos gobiernos están vinculados a los beneficios del uso de drogas.

En cualquier caso, tanto éstas como otras estrategias posibles no son unidireccionales ni válidas para todas las situaciones, dada la variedad de factores intervinientes en el consumo de drogas, que le confieren esa especial característica magmática y difusa. En nuestra opinión, su efectividad depende, en buena parte, de saber integrar la acción educativa en un proceso de autodesarrollo y autocontrol voluntario del consumo por parte de los grupos sociales y los individuos. Pero ello exige disponer de los recursos precisos, así modo de reorientar la acción educativa para la salud en una dirección diferente.

6. Hacia un cambio de registro educativo

La racionalidad técnica depende fundamentalmente del acuerdo existente entre los fines y los medios claramente establecidos, por lo que no puede trabajar en situaciones confusas y ambiguas, como en el caso del consumo de drogas, donde paradigmas en conflicto y puntos de vista plurales son aceptados como una característica inherente a las mismas. Esto es lo que sucede en las situaciones educativas para la salud, que incorporan no sólo una apreciación no dirigista de los educadores, sino que intentan la transformación de los determinantes y de las percepciones de los propios implicados en el proceso educativo. De este modo, se reconoce y se adquiere conciencia de que las prácticas educativas profesionales están afectadas por elementos impredecibles, que no pueden ser determinados por medio de estrictas planificaciones previas. Las situaciones reales afectadas por el consumo de drogas exigen, pues, un tipo de orientación y aproximación diferente a la ofertada por la racionalidad tecnológica que, normalmente, escapa a las categorías aplicadas en los ámbitos físico-matemáticos. Por ello, el proceso de aproximación basado en la reflexión en la acción (Schön, 1983; Mezirow, 1994) no descarta, *a priori*, ninguno de los elementos que pueden intervenir o presentarse en los procesos educativos para la salud.

En primer lugar, porque, de otro modo, quedarían al margen de las variables realmente incidentes en el proceso de construcción social de la salud y, en segundo, porque se privarían de incorporar la inteligencia de los sujetos destinatarios a la transformación de sus percepciones y

sus concepciones de vida. En ambos casos, la consecuencia sería unas prácticas educativas tecnodirigistas, que presuponen algo que no es cierto: el poder y la capacidad de los expertos para conocer, por medio de su instrumental científico-metodológico, la realidad y para enfocarla en la dirección fijada en el diseño previamente elaborado.

Por contra, la reflexión en la acción no se interesa tanto por los presupuestos del diseño investigador como por las prácticas efectivas que tienen lugar en el mundo real. Es necesario percatarse de que, ni desde el punto de vista del conocimiento ni desde el de las prácticas educativas para la salud concretas, la racionalidad tecnológica tiene, en sí misma, nada que sea intrínsecamente superior a las prácticas educativas para la salud que se sitúan en un plano investigador o de acción reflexivo-en-la-acción, a pesar de que, por razones más sociopolíticas que científicas, muchos científicos sociales se adhieran a plataformas científicas de corte tecnológico.

El callejón sin salida al que ha conducido, en muchas ocasiones, la apreciación cientifista en el marco de la salud, ha dejado de lado no sólo las opiniones e intereses concretos de los destinatarios de las actuaciones estructuralmente definidas, sino que también ha menospreciado la diversidad de valores y culturas existentes en cada contexto específico. De este modo, el paradigma clásico de la salud ha pasado de largo ante las construcciones de significado producidas por los actores sociales, que intentan cotidianamente dar sentido a su realidad social, incluida su realidad de salud y su relación con el consumo de drogas.

Mientras tanto, la apreciación de la realidad como algo construido por los actores sociales, sin renunciar a enfatizar la dimensión de *conocimiento*, pretende también potenciar la de *construcción del conocimiento* de una vida social plena de sentido, en la que se sitúan y adquieren significatividad todos y cada uno de los factores que la condicionan o la facilitan. La determinación de la vida social, de los modos y estilos de vida deja, pues, de estar representada por los significados de salud establecidos por observadores externos, cuya preocupación fundamental consiste en cómo acceder a disponer de un conocimiento de los elementos que inciden en la salud que sea objetivable y generalizable.

Como alternativa, la apreciación crítica plantea la necesaria vinculación entre el conocimiento obtenido y las interacciones sociales, con lo que aquél no puede sino ser el resultado de la actividad creativa de la vida de los propios actores sociales. Consecuentemente, el conocimiento resultante no se elabora al margen de los sujetos afectados por las drogas, sino que se parte de sus situaciones vitales reales y de sus propias apreciaciones acerca de su realidad, y, a partir de ello, se establecen los elementos epistemológicos y metodológicos precisos para comprender y, en su caso, modificar los aspectos de la vida que, como las drogas, afectan a su salud. Se trata, por tanto, de una importante inflexión en la consideración ontológica de la realidad social, que deja de ser el patrimonio de un escogido grupo de expertos para convertirse en un atributo de los afectados por los "beneficios" de la ciencia y del conocimiento.

Tanto en el plano epistemológico como metodológico, lo que se está produ-

ciendo en esta reversión de enfoque es una reapropiación del conocimiento por parte de los actores sociales, de modo que ellos son los que construyen los significados y aplican en sus vidas los resultados de su actividad investigadora sobre las drogas y la salud. Lógicamente, ello implica una reapropiación del poder de decisión y de actuación en este terreno. A partir de ahí, lo interesante es cómo los actores sociales construyen sus significados en torno a la salud y el consumo de drogas, y no los problemas metodológicos en torno a cómo interpretan los científicos de la salud el significado de los comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud.

La aparición de nuevas formas de estructuración y organización social, como las diversas modalidades de grupos de autoayuda, son un signo de este nuevo modo de entender la salud, que niega a los "expertos" codificados por el sistema un papel especialmente preponderante y determinante en los comportamientos relacionados con la salud. Algo que, además, iba siendo requerido ante la incapacidad del sistema tecnocrático de salud para hacer frente a las necesidades de salud de los ciudadanos en el campo del consumo de drogas. Éstos están aprendiendo progresivamente que, en la configuración de sus estilos de vida orientados a mejorar la calidad de su existencia, lo fundamental es saber plantearse los problemas sobre los temas que les afectan para resolverlos en la medida de sus posibilidades y recursos, en vez de encontrar respuestas 'correctas' a preguntas preconstruidas (Clark y McLeroy, 1995).

Lógicamente, esta actividad requiere una condición ineludible: la participación de los interesados en la construcción

y determinación de su realidad social de salud, para apropiarse del conocimiento y de los modos de ejercerlo en relación a su salud y la calidad de sus propias vidas. De modo especial, esto es cierto en relación a la búsqueda de soluciones a los problemas que, como el consumo de drogas, no han podido ser resueltos por las vías usuales y que requieren de una acción creativa, normalmente alejada de los bien engrasados raíles de la percepción burocrática y reduccionista de la salud, que ha sublimado la utilización de las recetas estadísticas como sucedáneo de la reflexión crítica sobre las drogas.

7. Profundizar en la calidad de vida: el caso de los jóvenes

En efecto, la mayor parte de las investigaciones realizadas estos últimos años han tendido a evaluar el impacto de las conductas de riesgo para la salud de los jóvenes en determinados ámbitos, especialmente el del consumo de drogas (tabaco, alcohol, medicamentos, drogas ilegales, etc.), el de las relaciones sexuales precoces y/o sin protección y el de los desequilibrios alimenticios. Consecuentemente, la utilidad de los cuidados médicos y de los programas de Educación para la salud se ha evaluado en función de su incidencia en la mortalidad y la morbilidad. Lo que, como se ha constatado (Joliot y Deschamps, 1997), es insuficiente para dar razón de su impacto, ya que para poder hacerlo es preciso integrar en dicha evaluación aquellos elementos que contribuyen a la calidad y no sólo a la cantidad de vida.

Así, los escasos estudios realizados para determinar la calidad de vida de los jóvenes han tenido como referente a los

individuos enfermos, ya que su pretensión, coincidente con la orientación tradicional, era la de evaluar estrategias terapéuticas y no promocionales o educativas para la salud, admitiendo implícitamente que, en ausencia de enfermedad, el estado de bienestar de los sujetos era satisfactorio. Sin embargo, todos aquellos interlocutores en la vida cotidiana de los jóvenes y adolescentes (padres, enseñantes, educadores, trabajadores sociales, etc.) son conscientes de que ni siquiera el malestar de éstos es definible en términos epidemiológicos. La emergencia de la reflexión y la discusión pública en relación con la violencia en los centros educativos es un ejemplo de estas carencias del viejo modelo de salud para detectar el malestar existente.

Es cierto que un instrumento para medir estos factores se revela como más difícil desde un punto de vista estadístico, especialmente cuando se dirige a unos sujetos que no están formalmente enfermos. Incluso el *autocuestionario*, teóricamente más apto para conocerlos, se enfrenta a la objeción ya apuntada, de que introduce al que lo contesta en el universo del que pregunta y no necesariamente en el del que responde, modificando justamente la realidad que se pretende estudiar.

No obstante, la mayor aportación del concepto de *medida de la calidad de vida* (The WHOQOL Group, 1993), respecto de otros métodos de evaluación del estado de salud de los individuos vinculados al modelo tecnológico (*salud observada*), estriba en su capacidad para suscitar en el interrogado la inquietud acerca de lo que realmente es importante en su vida y las posibilidades para su actuación que de ahí se derivan (*salud percibida*).

Evidentemente, ello precisa de la participación activa de jóvenes y adolescentes en el descubrimiento de sus problemas de salud y en el establecimiento de las pautas que favorecen o limitan su calidad de vida. Dicho de otro modo, esta perspectiva implica que jóvenes y adolescentes se interroguen sobre lo que realmente les interesa en la vida, detectar sus problemas y los demás factores que provocan su malestar y establecer las vías que permitan sobrepasar sus límites y construir su proyecto vital. De este modo, se dejan de lado las clásicas evaluaciones de las conductas de riesgo que, a menudo, han generado mensajes preventivos de carácter prohibicionista, especialmente en relación con las drogas, procurando que jóvenes y adolescentes busquen elementos de protección frente al malestar y los integren activa y voluntariamente en la construcción de sus proyectos de vida.

8. Una perspectiva abierta y a consolidar

Estamos asistiendo, por tanto, en el campo de la Educación para la salud en general y del consumo de drogas en particular, a la emergencia de nuevas modalidades de intervención socioeducativa que tienden a considerar al sujeto en la globalidad de sus relaciones e interacciones. De este modo, si la acción preventiva tendía, bajo el influjo de una orientación fundamentalmente individualista, a mejorar la forma de asumir riesgos particulares (tabaco, alcohol, droga, Sida,...), difundiendo información y llamadas a la responsabilidad, hoy se empieza a tomar una prudencial distancia respecto de ese modelo, entre otras cosas porque ha sobreestimado la dimensión racional de

los sujetos destinatarios y la relación causal existente entre las informaciones racionales y la adopción de los comportamientos esperados.

En efecto, es manifiesta la dificultad que existe a la hora de determinar la racionalidad de un cierto tipo de comportamientos vinculados a la salud tales como fumar o beber alcohol. Aquí, la estructura de la situación es completamente equívoca en la medida en que los comportamientos posibles (fumar o no fumar, beber o no beber alcohol) tienen consecuencias contradictorias en el tiempo: ¿qué es más racional, obtener un placer inmediato o soportar los riesgos potenciales? En realidad, la vida social se desarrolla a través de procesos que ponen en juego intenciones, definiciones e interpretaciones mediante las que los individuos orientan sus actuaciones. No existe objeto, acontecimiento o situación que explice por sí misma su propio sentido; el sentido se lo confieren los individuos incorporando a esa tarea tanto las dimensiones afectivas como racionales.

Consecuentemente, en lugar de focalizar sobre un riesgo en concreto y la forma de protegerse de él, la nueva perspectiva se propone contribuir educativa-mente a dotar a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios que son necesarios para afrontar tales situaciones, a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen. De este modo, la información cuenta menos que la posibilidad de disponer de lugares de intercambio o de dispositivos que permitan mantener o reconstruir los lazos sociales, para acrecentar el dominio de las personas sobre su propia existencia y sus capacida-

des de gestión de los problemas a los que tienen que enfrentarse. Ello supone que las "prácticas de riesgo" han de pasar a un segundo plano, y que deben valorarse las capacidades individuales de reacción ante los problemas, esto es, la actualización de los recursos intelectuales, morales y afectivos que contribuyen a un desarrollo autónomo, que les faculte para enfrentarse a sus realidades vitales individuales y colectivas.

De ello se desprende que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuestas a sus necesidades. Esta apreciación de la acción educativa para la salud resitúa el campo de la acción social, al configurarlo como un apoyo a los ciudadanos y sus comunidades y no como un sustituto del protagonismo de los actores sociales. De esta manera, la acción de orientación y apoyo de la acción socioeducativa se hace compatible con la autoayuda y las redes de apoyo sociales establecidas por la propia comunidad, efectuándose en los espacios vitales (físicos y temporales) de los diversos sectores de la población tanto para eliminar factores de riesgo como para proveer elementos que, previsiblemente, comporten desarrollos de vida más sanos, es decir, para establecer estrategias de acción, preventivas o modificadoras de comportamientos poco o nada saludables, que configuren los espacios facilitadores de la promoción de la salud.

Lo que implica admitir que la conducta personal no es el único medio a través del cual se pueden lograr cambios

positivos en la mejora de los logros sociales de la salud: la creación de entornos que apoyen la salud, así como favorecer el acceso a todos los recursos de salud existentes se perfilan también como determinantes importantes de los resultados de salud (Nutbeam, 1997); y esto supone tomar una decidida opción por un modelo educativo para la salud abierto y democrático que incorpore las percepciones de los propios implicados en el establecimiento de los objetivos y en la evaluación de los efectos de su acción.

Bibliografía

- CHOMSKY, N. y RAMONET, I. (1996): *Cómo nos venden la moto*. Barcelona: Icaria.
- CLARK, N. y McLEROY, J. K. (1995): "Creating capacity through health education: what we know and we don't". *Health Education Quarterly*, nº 22; pp. 273-289.
- GARCÍA, A. (1993): "Servicios Sociales y participación ciudadana". *Revista de Pedagogía Social*, nº 8, Marzo; pp. 33-39.
- GARCÍA, A. (1997): "Educación para la salud, media y drogas". *Anales de Pedagogía*, nº 15 (en prensa)
- GARCÍA, A. y BENITO, J. (1996): "La Educación para la salud en el contexto de la Reforma educativa". *Revista de Pedagogía Social*, nº 14, Diciembre; pp. 135-145.
- GARCÍA, A. y CERRO, J. del (1996): "Teoría y política de la tercera edad: algunas reflexiones críticas". *Revista de Pedagogía Social*, nº 13, Junio; pp. 17-34.0
- GARCÍA, A. Y ESCARBAJAL, A. (1997): "Educación para la salud en la perspectiva del bienestar", en J. Sáez (Coord.), *Transformando los contextos sociales: la educación en favor de la democracia*. Murcia: DM.

- GELABERT VICH, M. I. (1997): "Dinàmica social de l'Alcohol i l'Alcoholisme". *Alimara*, nº 39; pp. 105-119.
- GRACE, V. M. (1991): "The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: A critique of health promotion". *International Journal of Health Services*, nº 21; pp. 329-343.
- JOLIOT, E. y DESCHAMPS, J. P. (1997): "La mesure de la qualité de vie des adolescents: Un nouvel outil d'évaluation de leurs besoins de santé pour une nouvelle approche éducative?". *Promotion and Education*, Vol. IV/4, decembre; pp. 7-9.
- KUNITZ, S. (1994): *Disease and social diversity: the European impact on the health of non-Europeans*. Nueva York: Oxford University Press.
- MEZIROW, J. (1994): "El aprendizaje transformativo en el centro de trabajo", en F. Palazón y M. Tovar (Compil.), *I Jornadas de formación ocupacional y educación permanente*. Murcia: FOREM. Pp. 65-85.
- NORSTROM, T. (1995): "Prevention strategies and alcohol policy". *Addiction*; pp. 515-524.
- NUTBEAM, D. (1997): Indicators of Adolescent Health: Expanding the framework for assessing health status among young people". *Promotion and Education*, Vol. IV/4, decembre; pp. 10-14.
- OMS (1995): *A picture of health: a review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Ginebra: OMS.
- QUALTER, T. H. (1994): *Publicidad y democracia en la sociedad de masas*. Barcelona: Paidós.
- ROSKI, J., PERI, C. L. y McGOVERN, P. G. (1997): "School and community influences on adolescents alcohol and drug use". *Health Education Research*, Vol. 12/2; pp. 255-266.
- SÁNCHEZ, A. (1997): "Drogas y medios de comunicación social". *Educación Social*, nº 7, septiembre-diciembre; pp. 107-112.
- SCHÖN, D. (1992): *La formación de profesionales reflexivos*. Madrid: Paidós.
- SILVA AYÇAQUER, L. C. (1997): "Hacia una cultura epidemiológica revitalizada". *Humana*, Vol. 1, nº 5, noviembre; pp. 23-33.
- STANTON, H. (1997): "Substance Misuse: What Have We Learned?". *Promotion and Education*, Vol. IV/3, septiembre; pp. 37-40.
- THE WHOQOL GROUP (1993): "Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life instrument (WHOQOL)". *Quality of Life Research*, nº 2; pp. 153-159.
- TURABIÁN, J. L. (1997): "Modelos de salud positiva para una nueva generación de profesionales de la salud: más allá de la enfermedad". *Humana*, Vol. 1, nº 5, noviembre; pp. 20-22.