

TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN, JÓVENES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

drojnet 2

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Gobierno de La Rioja

© Consejería de Salud y Servicios Sociales
Dirección General de Salud Pública y Consumo
Servicio de Drogodependencias y otras adicciones

I.S.B.N.: 978-84-8125-358-0.

Depósito Legal: LR: 73-2012

Impreso en España - Printed in Spain

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño general y el de cubierta, puede ser copiado, reproducido, almacenado o transmitido de ninguna manera ni por ningún medio, tanto si es eléctrico, como químico, mecánico, óptico, de grabación, de fotocopia, o por otros métodos, sin la autorización previa por escrito de los titulares del copyright.

TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN, JÓVENES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Coordinadores:

Laura Pérez Gómez
Cristina Nuez Vicente
Juan del Pozo Iribarría

drojnet 2

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



PRESENTACIÓN

El título de esta publicación define lo que son sus tres pilares principales: “Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud”. Desde el Servicio de Drogodependencias y otras adicciones llevamos varios años trabajando la prevención del consumo de drogas y la promoción de la salud a través de canales como las tecnologías de la información y de la comunicación. Es evidente que si queremos acercarnos a los jóvenes, comprender su mundo y sus motivaciones debemos usar los medios que ellos utilizan para comunicarse. La evolución constante de las tecnologías y de los usos que de ellas hacen los jóvenes exige un esfuerzo adaptativo considerable a la administración y a sus profesionales.

Sin embargo somos plenamente conscientes de que las tecnologías no pueden sustituir el contacto “cara a cara”, sino que han de servir como complemento a otras formas de prevención y promoción de la salud. Es importante compartir espacios (y no sólo virtuales) con los jóvenes, estar presentes en sus espacios educativos y también en los de ocio.

Esta publicación recoge las ponencias presentadas en el Seminario “Del SMS al Tuenti... ¿de las TIC a la Salud?”, que se llevó a cabo en enero de 2012 en Logroño, dentro del marco del proyecto europeo Drojnet 2. Este proyecto utiliza las tecnologías de la información y de la comunicación (mensajes a móviles, web, foro y redes sociales) como medio de promoción de la salud y prevención del consumo de alcohol y otras drogas en jóvenes.

Esperamos que les resulte interesante la publicación y que pueda servir como estímulo para el desarrollo de nuevos proyectos en este campo, en gran medida aún desconocido.

JOSÉ MIGUEL ACÍTORES AUGUSTO

Director General de Salud Pública y Consumo

AUTORES

BERTOMEU MARTÍNEZ, ANGUSTIAS

Licenciada en Geografía e Historia
Empresaria, asesora en igualdad y TIC
Artefinal Studio, Altea

CALAFAT FAR, AMADOR

Doctor en Medicina, especializado en psiquiatría
IREFREA, Palma de Mallorca

COMAS ARNAU, DOMINGO

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología
Licenciado en Antropología
Fundación Atenea, Madrid

CUESTA CAMBRA, UBALDO

Catedrático de Psicología Social de la Comunicación
Universidad Complutense, Madrid

DUCH MOYÀ, MARIÀNGELS

Licenciada en Geografía e Historia
IREFREA, Palma de Mallorca

FERNÁNDEZ-ARDÈVOL, MIREIA

Doctora en Economía
Investigadora del Internet Interdisciplinary Institute,
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona

GÁLLEGO DIÉGUEZ, JAVIER

Licenciado en Medicina,
especializado en medicina preventiva y salud pública,
Máster en promoción de la salud
Dirección General de Salud Pública
Gobierno de Aragón, Zaragoza

GASPAR HERRERO, SANDRA

Licenciada en Comunicación Audiovisual,
Máster en Gestión Publicitaria
Experto en Comunicación Social y Salud
Colaboradora Honorífica del Departamento CAVP II
Universidad Complutense, Madrid

GONZÁLEZ ROMERO, PABLO

Licenciado en Psicología y Máster en Drogas
ACLAD Alborada, Vigo

GUILLAMÓN CANO, NOEMÍ

Doctora en Psicología
Grupo de Investigación PSiNET
Internet Interdisciplinary Institute,
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona

GURPEGUI VIDAL, CARLOS

Máster en Comunicación Corporativa e Institucional Digital Web 2.0
Profesor consultor de Multimedia y Comunicación
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona

JUAN JEREZ, MONTSERRAT

Doctora en Sociología y especialista en Sociología de la Salud
IREFREA, Palma de Mallorca

MARTÍNEZ GARCÍA, MONTSERRAT

Licenciada en Psicología. Grupo de Investigación PSiNET
Internet Interdisciplinary Institute,
Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona

MENÉNDEZ HEVIA, TANIA

Profesora de Comunicación y Máster en Gestión Publicitaria.
Universidad Complutense, Madrid

MENESES FALCÓN, CARMEN

Doctora en Antropología Social y Cultural
Universidad Pontificia de Comillas, Madrid

MONTALVO ORTEGA, JUAN FRANCISCO

Licenciado en Geografía e Historia
Diplomado en Educación Social,
Máster y Experto en drogodependencias
Plan Municipal de Drogas,
Ayuntamiento de Tarancón

MONTERO GÓMEZ, ÁNGELES A.

Diplomada en Educación Social y Terapeuta Familiar,
ACLAD Alborada, Vigo

NUEZ VICENTE, CRISTINA

Licenciada en Psicología
Servicio de Drogodependencias y otras adicciones,
Gobierno de La Rioja, Logroño

PARÉS FRANQUERO, ÒSCAR

Licenciado en Filosofía y Antropología
Máster en Drogodependencias
Subdirección general de drogodependencias,
Generalitat de Catalunya, Barcelona

PÉREZ GÓMEZ, LAURA

Licenciada en Psicología
Servicio de Drogodependencias y otras adicciones,
Gobierno de La Rioja, Logroño

POZO IRRIBARRÍA, JUAN DEL

Doctor en Psicología
Servicio de Drogodependencias y otras adicciones,
Gobierno de La Rioja, Logroño

PROTAT NIAUX, SABINE

Máster en gestión de empresas
Servicio de Drogodependencias y otras adicciones,
Gobierno de La Rioja, Logroño

ROMO AVILÉS, NURIA

Doctora en Antropología Social
Instituto de Estudios de las Mujeres y de Género,
Universidad de Granada

ÍNDICE

ENFOQUES TEÓRICOS Y ESTUDIOS

Jóvenes y prácticas comunicativas: Más allá de los datos estadísticos	12
MIREIA FERNÁNDEZ-ARDÉVOL	
Fundamentos psicosociales del empleo de las TIC en salud	28
UBALDO CUESTA CAMBRA	
SANDRA GASPAR HERRERO	
TANIA MENÉNDEZ HEVIA	
Combinando metodologías participativas y TIC en intervenciones preventivas	50
DOMINGO COMAS ARNAU	
Las tecnologías de la comunicación y la salud pública	72
JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA	
CRISTINA NUEZ VICENTE	
¿Rebeldes sin causa? Jóvenes y valores 2.0 en el entorno saludable de las TIC	89
CARLOS GURPEGUI VIDAL	
Uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes: Evaluación de necesidades para un servicio online de salud mental	100
NOEMÍ GUILLAMÓN CANO	
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA	

Redes sociales:	
Conversaciones multipantalla, riesgos y oportunidades	116
	ANGUSTIAS BERTOMEU MARTÍNEZ
¿Para chicas o para chicos?	
Reflexiones en torno a la inclusión de la perspectiva de género en la prevención de drogodependencias.....	151
	NURIA ROMO AVILÉS
Diferencias étnicas y de género en el consumo de drogas entre adolescentes.....	168
	CARMEN MENESES FALCÓN
Hacer prevención de riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto recreativo nocturno.	
Una aproximación conceptual, estructural y funcional.....	186
	MONTSERRAT JUAN JEREZ
	MARIÀNGELS DUCH MOYÀ
	AMADOR CALAFAT FAR

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS

- La alfabetización audiovisual y digital en la promoción de la salud en los centros educativos:
La experiencia de Aragón 207
JAVIER GÁLLEGO DIÉGUEZ
- Piensa la noche:
Estrategias de intervención educativa
en reducción de riesgos en ocio nocturno 228
CRISTINA NÚEZ VICENTE
JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA
SABINE PROTAT NIAUX
LAURA PÉREZ GÓMEZ
- Programa “Tú decides”.
Prevención y dinamización juvenil
en contextos de ocio nocturno 253
JUAN FRANCISCO MONTALVO ORTEGA
- Programa de reducción de riesgos de consumo
de sustancias psicoactivas en espacios de ocio nocturno
“Proyecto creative” 282
ÁNGELES MONTERO GÓMEZ
PABLO GONZÁLEZ ROMERO
- El paso de las noches seguras a las noches de calidad.
La reducción de riesgos en Cataluña 293
ÓSCAR PARÉS FRANQUERO

Jóvenes y prácticas comunicativas: Más allá de los datos estadísticos

MIREIA FERNÁNDEZ-ARDÈVOL

Resumen

La forma en que adolescentes y jóvenes utilizan las tecnologías de la información y la comunicación es diferente a la de la población adulta. Las prácticas son más intensivas y extensivas entre l@s más jóvenes, tal y como muestran las estadísticas disponibles. Este resultado, ampliamente conocido, nos lleva a preguntarnos ¿qué implicaciones tienen las prácticas comunicativas de las generaciones más jóvenes?

Tomando como punto de partida algunos estudios que analizan la situación, tanto en España como en otros países, revisaremos los cambios que ya se están produciendo en ámbitos que van desde el aprendizaje a la socialización. Revisaremos, asimismo, algunas propuestas que intentan dar una explicación teórica global de las prácticas y las actitudes comunicativas de jóvenes y adolescentes. En el análisis tendremos en cuenta el creciente proceso de individualización de nuestras sociedades y la presencia habitual de comunidades de práctica permanentemente conectadas que caracterizan a estas generaciones.

Palabras clave

Prácticas comunicativas, jóvenes y adolescentes, cultura juvenil, TIC

Abstract

The way younger people use information and communication technologies is different from the way adults do. Youth show more intensive and extensive practices, as shown by available statistics. This widely known result leads us to a question: what are the implications of the younger generations' communicative practices?

Departing from some works that analyze the situation both in Spain and other countries, we will review the changes that are already taking place in different areas ranging from learning to socialization. We review as well proposals that try to give a global theoretical explanation of the communicative practices and attitudes of youth and adolescents. In the analysis we will consider the growing process of individualization of our societies and the widely extended presence of full-time connected communities of practice that characterize these generations.

Keywords

Communicative practices, young people and teenagers, youth culture, ICT

Introducción

La forma en que adolescentes y jóvenes utilizan las tecnologías de la información y las comunicaciones es una característica que define a las generaciones más jóvenes. Las prácticas comunicativas y de uso son intensivas y extensivas, creativas e innovadoras. Este resultado, ampliamente conocido, nos lleva a preguntarnos ¿qué implicaciones tiene para las generaciones más jóvenes?

Los nuevos medios, o las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), se han convertido en un elemento importante de los procesos de socialización de las generaciones más jóvenes. No sólo por la forma como se utilizan para gestionar las actividades cotidianas, sino también por las dinámicas que se crean en los propios entornos on line.

En España las generaciones más jóvenes conviven con y en los nuevos medios. Son las generaciones que van por delante en la adopción de nuevas tecnologías (ver Tabla 1). Utilizan ampliamente las redes sociales y los dispositivos móviles son un canal cada vez más popular para acceder a determinados contenidos on line (Conecta, 2011).

Tabla 1. Uso de TIC, porcentaje de usuarios/as por grupos de edad. España, 2011

	Ordenador ¹	Internet ¹	Teléfono móvil
Total (16-74 años)	69	67	93
16 - 24 años	96	95	98
25 - 34 años	90	88	99
35 - 44 años	82	79	98
45 - 54 años	68	65	94
55 - 64 años	41	38	87
65 - 74 años	17	16	71
Niños y niñas 10-15 años	96	87	66

¹ Uso en los últimos tres meses. Fuente: INE (2011)

Más allá de los datos de adopción y difusión es necesario entender las formas de uso y las prácticas comunicativas de l@s más jóvenes, y comprender qué sucede alrededor de las TIC y en los entornos on line. Esto es lo que nos proponemos en este artículo de reflexión partiendo de la evidencia disponible, principalmente pero no únicamente, para España. Para ello, conocer cómo se clasifican las prácticas comunicativas (apartado 2) nos ayudará a entender mejor las transformaciones en los procesos de socialización y aprendizaje (apartado 3), y en aspectos como la autonomía y las tensiones con las generaciones adultas (apartado 4). Las conclusiones (apartado 5) resumen los puntos más destacables al respecto.

Géneros comunicativos y categorías de uso en los nuevos medios

Para las generaciones más jóvenes la vida on line tiende a ser, en la mayoría de casos, una extensión de la vida off-line (Tabernero *et al.*, 2010). Gracias a las TIC, las comunidades de práctica de jóvenes y adolescentes son, ahora, comunidades de práctica a tiempo completo (Castells *et al.*, 2006) en las que la localización de los individuos ya no limita las comunicaciones.

Se ha producido una clara evolución en el análisis de las TIC en relación a los y las jóvenes. Como la adopción es tan generalizada, la discusión académica ha dejado de girar en torno al acceso a los nuevos medios y ahora se centra en las prácticas de uso. Proponiendo un paralelismo, ya no se discute si l@s jóvenes tienen ropa para vestirse, sino la forma cómo se visten y las implicaciones que estas decisiones tienen. Por tanto, comprender las prácticas de uso y sus motivaciones nos debería permitir entender, también, las decisiones concretas sobre el uso de las TIC. Una forma de comprenderlas es aproximándonos a las clasificaciones existentes.

De hecho, hay numerosas clasificaciones y análisis de las prácticas comunicativas de las generaciones más jóvenes. Aquí destacamos dos aportaciones que, desde su particular perspectiva analítica, metodológica y geográfica, resultan complementarias para nuestros objetivos.

En primer lugar, Ito *et al* (2010) proponen una clasificación basada en las prácticas comunes y las categorías culturales que estructuran la participación de l@s jóvenes en los nuevos medios. Se trata de una clasificación de los modos de participación a través de los nuevos medios, y por tanto no es una taxonomía de individuos. A partir de sus estudios etnográficos en los Estados Unidos sobre las prácticas de niñ@s y adolescentes, los autores identifican tres géneros de participación en los nuevos medios. A nuestro entender, las fronteras de los géneros de participación no son estrictas de manera que unos se combinan con otros en función de las motivaciones y los intereses individuales. Son los siguientes:

- (1) **Pasar el rato** (*hanging out*, en el original): muy vinculado a las prácticas comunicativas de amistad, en este género de participación los medios de comunicación pueden servir para coordinar encuentros presenciales o para quedar en el mundo virtual cuando no es posible hacerlo presencialmente. Además, pasar el rato on line puede ser una actividad más de las que se desarrollan mientras se está pasando el rato con alguien en un contexto off line. Las combinaciones son diversas y tienen un objetivo común, la socialización. Los juegos son, también, una forma de pasar el rato on line.
- (2) **Enredar, o trastear** (*messing around*): este género de participación representa el inicio de un uso más avanzado de las TIC. Incluye la búsqueda de información, casual, mientras se está pasando el rato on line; actividades de experimentación y juego alrededor de distintas aplicaciones y que

constituyen una forma de aprendizaje; y actividades necesarias para encontrar el momento y el lugar en que utilizar las TIC en distintos contextos (en casa, en casa de alguna amistad, la escuela o en otros entornos institucionales).

- (3) **Cultivar las (tecno) pasiones** (*geeking out*): el interés, la pasión por alguna tecnología, un contenido mediático, o un personaje es el desencadenante de este género de participación. En este caso se produce un uso intensivo y frecuente de los nuevos medios que va acompañado un alto nivel de especialización que, de hecho, se desarrolla para dar respuesta a esta afición. La especialización está unida a modelos de estatus y credibilidad alternativos a los tradicionalmente predominantes. El fenómeno de l@s fans lo ejemplifica: jóvenes y adolescentes se preocupan por adquirir más competencias TIC para dar respuesta a su interés particular. Una afición que habitualmente nace en el mundo presencial y que no suele tener relación directa con la tecnología. Desarrollar estos intereses, estas pasiones, comporta unas formas de participación, de aprendizaje y de creación de identidad en entornos que tienden a ser distintos a los del mundo off line.

En segundo lugar, Bringué y Sádaba (2009), identifican cinco categorías de uso de los nuevos medios mediante una encuesta representativa a niños y jóvenes en España. Su interés se centra en las “nuevas pantallas”, es decir los ordenadores e Internet y, en menor medida, los videojuegos y el teléfono móvil. Los autores consideran que ésta es “una generación precoz” que ha accedido a los nuevos medios a edades muy tempranas. En el caso de España, además, la importante presencia del teléfono móvil acompaña el proceso de convergencia de pantallas.

Las categorías de participación, que los autores denominan dimensiones y que construyen teniendo en cuenta las prácticas en

Internet, se describen brevemente a continuación. Nuevamente, la clasificación toma en cuenta actividades (no individuos) y las categorías son no excluyentes:

- (1) **Comunicar:** Es la dimensión de uso más importante, ya que las relaciones sociales aparecen como el fin principal del uso de Internet. La mensajería instantánea y el correo electrónico son sus principales instrumentos.
- (2) **Conocer:** Es decir, acceder a información. Las actividades relacionadas con esta dimensión de uso son la consulta de páginas web y la descarga de ficheros (música, software, etc.).
- (3) **Compartir:** Es decir, generar contenidos y distribuirlos on line, es la tercera actividad más importante. El principal instrumento de esta dimensión lo constituyen las redes sociales en Internet, seguido por las plataformas que permiten publicar materiales de elaboración propia como fotos y vídeos.
- (4) **Divertirse:** Esta dimensión de uso se identifica, principalmente, con el juego on line. También están presentes las actividades de consumo cultural, radio digital y la TV digital, aunque son menos importantes para este grupo de edad¹.
- (5) **Comprar:** Finalmente, la compra y venta a través de Internet constituyen la actividad minoritaria de esta generación. Esta dimensión de uso, por otra parte, es reducida porque es necesario disponer de capacidad legal para realizar transacciones en la red.

1 Se podría discutir ampliamente si las otras cuatro categorías son, o pueden ser una forma de ocio (es decir, de diversión). En todo caso, aquí exponemos la aproximación de estos autores.

Las categorías de participación de Bringué y Sádaba intersectan de diferente forma con los géneros de participación de Ito *et al.* Entendemos que son clasificaciones complementarias porque se aproximan desde diferentes perspectivas al análisis del fenómeno.

En todo caso, las prácticas comunicativas que se generan y se generalizan en los nuevos medios dan lugar a diferentes estilos de relación y de asociación que, entre otros aspectos, también generan nuevas formas de exclusión social; una exclusión que no [sólo] depende del acceso a la tecnología, sino también de aspectos más sutiles como los problemas de integración en los grupos de iguales (Rubio, 2010) y que tienen que ver directamente con la socialización de los individuos.

Socialización y aprendizaje en los nuevos medios y con los nuevos medios

Entorno de socialización

Los nuevos medios de comunicación se han convertido en un lugar de socialización y educación para las generaciones más jóvenes. Por una parte, contribuyen a la socialización de niñ@s y adolescentes. Por otra, son por sí mismos un medio en el que hay que saber desenvolverse, de manera que es necesario adquirir competencias para gestionar y gestionarse en el medio virtual. Parte de la socialización secundaria, la que se produce después de los primeros años de infancia, pasa actualmente por los nuevos medios que, incluso, pueden anteponerse a la familia y a la escuela (Rubio, 2010).

Internet facilita el aprendizaje entre iguales porque es un entorno propicio a los procesos informales de aprendizaje. En Internet el conocimiento social, cultural, profesional y/o técnico se comparte de manera informal y merece el reconocimiento de todos los implicados. En los nuevos medios gran parte del aprendizaje se produce por

prueba y error (Ito *et al*, 2008). En este proceso, además, influye la capacidad de trabajar en un entorno multitarea, una de las competencias que ya se ha convertido en una necesidad (Bringué y Sádaba, 2009). En concreto, los géneros de participación “enredar” y “cultivar las (tecn)pasiones” están explícitamente vinculados a este tipo de aprendizaje. Y de hecho, todas las categorías de participación que se describen en el apartado anterior están relacionadas con alguna forma de aprendizaje informal.

Un estudio representativo de la población española con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años obtiene conclusiones interesantes sobre los procesos de aprendizaje y socialización en los nuevos medios (ver Tabernero *et al*, 2010). En primer lugar, el uso de Internet y del resto de las TIC se introduce mayoritariamente en espacios informales. Posteriormente, se continúan utilizando en entornos informales pero no en espacios formales educativos y, en consecuencia, tanto Internet como el móvil se perciben como instrumentos de ocio.

En segundo lugar, los círculos sociales cotidianos, normalmente compuestos por iguales (y de los que a menudo se excluye a padres y madres) son los que contribuyen a determinar las necesidades e intereses de l@s adolescentes en relación a los nuevos medios. Los nuevos medios no sólo se convierten en espacios esenciales para la sociabilidad, sino también en campo de pruebas para la gestión de la identidad y de la privacidad. Paralelamente están permitiendo el desarrollo de algunos de los aspectos de la cultura participativa que, mediada por las TIC, se sustenta en un primer estadio en las relaciones de amistad, tal y como hemos visto anteriormente. En tercer y último lugar, en el mundo online se generan espacios de apoyo, sociabilidad y reconocimiento que son, a la vez, espacios de aprendizaje colaborativo no formal. En concreto, se están originando dinámicas de participación y contribución igualitarias, lo que a su vez está influyendo en la aparición de formas de obtención y gestión de

competencias sociales, culturales y educativas que son propias de esta generación.

Rubio (2010), por otra parte, matiza que si bien el ocio es el principal uso de Internet entre l@s más jóvenes, también se produce un acercamiento a la formación y al empleo. Según la evidencia obtenida en Granada y Madrid, estas pautas no son arbitrarias y dan lugar a nuevas costumbres, generalizadas entre una juventud que valora la autonomía como forma de relación con el mundo a través de Internet. Es por ello que jóvenes y adolescentes cada vez aprecian más el tiempo libre “a la carta”, el trabajo en red, y la educación integral que auspicia Internet. Estos mayores niveles de autonomía favorecen la participación de l@s jóvenes en movimientos sociales y culturales que se producen en y gracias a Internet².

La escuela y los nuevos medios

Los centros educativos, por sus demandas, han actuado de catalizador para que las TIC entrasen en los hogares (ver, por ejemplo, Castells y Tubella (dirs.), 2002). Así, los hogares en los que hay estudiantes tienen mejor dotación tecnológica que los hogares en los que no hay estudiantes (Rubio, 2010).

A pesar de ello, se puede decir que el uso de las TIC en los centros educativos es limitado y ha dado menos frutos de los previstos (Sigalés *et al*, 2008). Las TIC se utilizan principalmente para apoyar las actividades docentes que ya se vienen realizando y su uso en las aulas es reducido. En concreto, entre el alumnado, los principales usos de las TIC son la búsqueda y el acceso a información, y para escribir y realizar ejercicios. Por otra parte, y con independencia de la frecuencia y la variedad con la que utilizan las

2 Un ejemplo son las protestas del movimiento 15M, y sus precedentes y derivaciones a nivel mundial.

TIC, el profesorado introduce los nuevos medios en las aulas no para innovar sino para continuar haciendo las mismas actividades docentes sin cambiar su diseño.

Esto refuerza la percepción de los nuevos medios como entornos de ocio, ya que la escuela no parece haber articulado suficientemente bien el uso de las TIC en su entorno institucional. Así, los adolescentes entienden Internet como un espacio de ocio, separado de los contextos educativos formales y que sólo se vincula a éstos cuando es estrictamente necesario (Sánchez-Navarro y Aranda, 2011).

Podemos considerar que la alfabetización digital comporta el desarrollo de un conjunto de prácticas culturales necesarias en las sociedades actuales. Las prácticas sociales en contextos cotidianos heterogéneos contribuyen a la formación de formas particulares del capital social de niñ@s y adolescentes. Estas prácticas incluyen a la escuela, pero no se limitan a ella. Y, como hemos visto en el apartado 2, están relacionadas con el aprendizaje informal y, por tanto, con la adquisición y el desarrollo de habilidades digitales concretas que pueden facilitar la creación de capital social. Meneses y Mominó (2010), partiendo de este planteamiento, observan que la escuela está jugando un papel secundario en el desarrollo de las competencias digitales. Los entornos informales de aprendizaje fuera de los centros escolares continúan siendo los lugares donde la actividad on line está más extendida: desde el desarrollo de competencias básicas hasta los niveles de acceso más elevados y sofisticados. Además, las competencias adquiridas con el uso de Internet fuera de los centros docentes son muy relevantes, como ya hemos discutido más arriba, por lo que el papel que juegan tanto las familias como el bagaje personal son muy importantes a la hora de adquirir competencias digitales y superar las desigualdades en este ámbito.

Autonomía y tensiones

El uso generalizado de las TIC permite un mayor grado de autonomía y de individualización en la vida cotidiana. En particular, los géneros comunicativos y las categorías de usos son un reflejo de los diferentes niveles de autonomía de cada joven.

Según Rubio (2010), la generación digital muestra unas pautas reflexivas de los nuevos medios. Lejos de las prácticas arbitrarias, las generaciones más jóvenes valoran poder decidir lo que hacen en su tiempo libre, frente al tiempo libre dirigido. Las TIC les permiten, asimismo, un mayor grado de participación favoreciendo también la creatividad. Así, “puede decirse que, por primera vez, son los individuos más jóvenes los que toman la iniciativa, actuando como conductores (drivers) en lo que se refiere al empleo de los medios y las funciones que emprenderán de forma intercomunicada.” (p. 201). Uno de los elementos característicos de la generación digital es que se trata de la primera generación que se ha socializado en los nuevos medios, un contexto en el que la individualización resulta clave. Además, el uso de los nuevos medios en el propio dormitorio de l@s adolescentes favorece esta autonomía.

El ejercicio de autonomía puede contribuir a la creación de nuevas formas de comunicación intergeneracional. Por ejemplo, l@s adolescentes pueden establecer vínculos autónomos con sus abuelos y abuelas mediante el teléfono móvil o a través de Internet (como describe para los Estados Unidos Madden, 2010). Se trata de vínculos que no están intermediados por los padres o las madres, como sucede con las comunicaciones a través del teléfono fijo. En el caso de las redes sociales, mientras que a los padres y las madres se les tiende a excluir de estos espacios on line suele ser más sencillo incluir a l@s abuel@s que están presentes en la red.

Por otra parte, esta nueva forma de autonomía también conlleva tensiones y contradicciones en las relaciones con los adultos.

En términos generales, se trata de una autonomía pretendida, una pantomima, porque tanto niñ@s como adolescentes suelen depender económicamente de sus padres. Esta situación, descrita por primera vez para Italia (Fortunati y Manganelli, 2002) también se produce en el contexto español (ver, entre otros, Rubio 2010). Disponer de un teléfono móvil o poder conectarse a Internet desde un lugar privado como el propio dormitorio forma parte de las formas de emancipación de las generaciones más jóvenes. Se generan nuevas dinámicas en las relaciones con los adultos, que también están condicionadas por la inversión de la jerarquía de conocimiento cuando se trata de las capacidades de uso de las TIC, que generalmente son mayores en las generaciones más jóvenes.

Los adultos, padres, madres y profesorado, suelen considerar que algunos usos de los nuevos medios, como pasar el rato on line, son una pérdida de tiempo. Los perciben como prácticas carentes de valor, no productivas. Y en consecuencia establecen controles y límites en el tiempo que los más jóvenes pueden dedicar a esta práctica. Pero como es habitual, l@s más jóvenes pueden subvertir el control enfrentándose a las normas existentes en las diferentes instituciones (la familia, la escuela, etc.).

Por otra parte, los nuevos medios también pueden ser un instrumento para desafiar las normas impuestas por las instituciones. Por ejemplo, los teléfonos móviles pueden servir para saltarse las normas tradicionales, como la de no copiar en los exámenes; o las nuevas normas que se imponen con la popularización de los nuevos medios, como la de no escuchar música propia en clase (Ureta *et al*, 2011).

Conclusiones

Las generaciones más jóvenes se socializan a través de los nuevos medios y en los nuevos medios de comunicación. Por tanto, a través

de su uso adquieren competencias para desenvolverse en la sociedad. A su vez, para manejarse en el contexto de los nuevos medios necesitan adquirir competencias específicas, nuevas y diferentes a las de generaciones previas.

Las diferentes prácticas comunicativas de las generaciones más jóvenes en los nuevos medios favorecen la aparición de [nuevos] espacios de apoyo, sociabilidad y reconocimiento. Las reglas de estos espacios son distintas a las socialmente predominantes. Estos espacios pueden sustentarse en relaciones de amistad o en relaciones de interés. Los espacios on line, entre ellos las redes sociales, se perciben más cercanos al ocio que a la educación formal, aunque constituyen un importante entorno de aprendizaje.

La escuela, por otra parte, no consigue incorporar las TIC de forma innovadora de manera que Internet se entienda como un lugar principalmente desvinculado de las instituciones educativas. A pesar de ello, las generaciones más jóvenes participan y se benefician de formas de aprendizaje colaborativo, informal, horizontal y entre iguales.

Finalmente, las prácticas comunicativas que se producen en y con los nuevos medios favorecen la autonomía de las generaciones más jóvenes. Esta dimensión hay que interpretarla principalmente en el contexto familiar, porque en ocasiones se puede tratar de una autonomía pretendida pero no real. Pero a su vez, el uso de las TIC también genera tensiones intergeneracionales, ya sea por el tipo de práctica comunicativa que l@s más jóvenes desarrollan en Internet, ya sea por las normas que se imponen ante la popularización de estas tecnologías y que las generaciones más jóvenes tenderán a romper.

Bibliografía

- BRINGUÉ, X.; SÁDABA, C. (2009): *La generación interactiva en España. Niños y adolescentes ante las pantallas*. Barcelona: Ed. Ariel y Fundación Telefónica.
- CASTELLS, M., FERNÁNDEZ-ARDEVOL, M., QIU, J. L., SEY, A. (2006): *Mobile Communication and Society: A Global Perspective*. Cambridge, MA: MIT Press.
- CASTELLS, M.; TUBELLA, I. (dirs.) (2002): *La transició a la societat xarxa a Catalunya. Informe de recerca I*. FUOC (www.uoc.edu/in3/pic, fecha de consulta: 05/11/2011).
- CONECTA (2011): *7º Observatorio de Tendencias de Nokia: Los jóvenes, los móviles y la tecnología*. (<http://www.conectar.com/Articulos%20y%20Estudios/Highlights%207%BA%20Observatorio%20Final.pdf>, fecha de consulta: 30/10/2011).
- FORTUNATI L., MANGANELLI, A. M. (2002): *Young People and the Mobile Telephone*. Revista de Estudios de Juventud, 52, 59-78.
- INE (2011): *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2011*, Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es, fecha de consulta: 30/10/2011).
- ITO, M.; BAUMER, S.; BITTANTI, M., boyd, d.; et al. (2010): *Hanging out, messing around, and geeking out: kids living and learning with new media*, Cambridge, Mass: MIT Press.
- MADDEN, M. (2010): *Older Adults and Social Media*, Pew Internet & American Life Project (<http://pewinternet.org/Reports/2010/Older-Adults-and-Social-Media.aspx>, fecha de consulta: 30/10/2011).

- MENESES, J.; MOMINÓ, J.M. (2010): *Putting Digital Literacy in Practice: How Schools Contribute to Digital Inclusion in the Network Society*, *The Information Society*, 26: 197–208.
- RUBIO, A. (2010): *Generación digital: patrones de consumo de Internet, cultura juvenil y cambio social*, *Revista de Estudios de Juventud*, 88, 201-221.
- SÁNCHEZ-NAVARRO, J.; ARANDA, D. (2011): *Internet como fuente de información para la vida cotidiana de los jóvenes españoles. El profesional de la información*, 2011, enero-febrero, v. 20, n. 1, pp. 32-37
- SIGALÉS, C., MOMINÓ, J., MENESES, J., BADIA, A. (2008): *La integración de Internet en la educación escolar española: situación actual y perspectivas de futuro*. Informe de investigación. IN3. 807p. (disponible en http://www.uoc.edu/in3/integracion_internet_educacion_escolar/esp/pdf/informe_escuelas.pdf, fecha de acceso: 29/02/2012).
- TABERNERO, C.; ARANDA, C.; SÁNCHEZ-NAVARRO, J. (2010): *Juventud y tecnologías digitales: espacios de ocio, participación y aprendizaje*, *Revista de Estudios de Juventud*, 88: 77-96.
- URETA, S.; ARTOPOULOS, A.; MUÑOZ, W.; JORQUERA, P. (2011): *Cultura juvenil móvil en un entorno urbano: Un estudio de caso en Santiago de Chile*; en FERNÁNDEZ. ARDEVOL, M.; GALPERIN, H.; CASTELLS, M.: *Comunicación móvil y desarrollo económico y social en América Latina*. Ed. Ariel y Fund. Telefónica, p. 273-318.

Fundamentos psicosociales del empleo de las TIC en salud

UBALDO CUESTA CAMBRA
SANDRA GASPAR HERRERO
TANIA MENÉNDEZ HEVIA

Resumen

Se analizan las bases psicológicas y sociales del empleo de las TIC, con especial énfasis en la web 2.0, en el ámbito de la salud entre jóvenes. Se revisan los modelos teóricos más relevantes en este sentido y se analiza la influencia de las TIC en las siguientes áreas: (1) El acceso a la información de salud, (2) Comunicación paciente-paciente (formación de grupos de apoyo de pacientes), (3) Comunicación sanitario-sanitario/proveedor del sector y (4) Comunicación médico-paciente. La investigación empírica desarrollada, con muestras de jóvenes médicos residentes y de jóvenes estudiantes universitarios aporta algunos datos que permiten avanzar un poco más en el conocimiento de los aspectos analizados, sugiriendo que cambios de mentalidad son necesarios en ambos colectivos. Más específicamente, para incrementar la eficacia de las TIC en salud, es necesario conseguir: modificaciones en las expectativas de rol por parte de los especialistas en salud y mayor percepción de riesgo entre los jóvenes.

Palabras clave

Psicología de la comunicación, antropología social, prevención, TIC

Keywords

Communication psychology, social anthropology, prevention, ICT

Introducción

Durante la última década hemos asistido al crecimiento imparable de nuevas tecnologías. De nuevas aplicaciones de la ciencia al desarrollo de las técnicas aplicadas. Estas tecnologías han supuesto avances inmensos para el desarrollo del ser humano, afectando tanto a parcelas pequeñas pero cotidianas de su vida, como a esferas de gran envergadura y repercusiones. De hecho, aunque desde la ilustración se plantea el espejismo del progreso ilimitado, con el advenimiento de estos avances tecnológicos, de estas nuevas tecnologías, el espejismo se ha fortalecido.

Naturalmente, no se trata de un espejismo únicamente, aunque sí en cierta medida, pero lo cierto es que las nuevas tecnologías aportan grandes beneficios a la sociedad. Y también entrañan nuevas dificultades.

Nos encontramos, en efecto, en una especie de universo tecnocientífico donde la técnica ha invadido todos los ámbitos de la vida, desde lo infinitamente grande a lo infinitamente pequeño. Una técnica además que, como con gran clarividencia señalan Lipovetsky y Serroy (2008), es la misma en todas partes y se sustenta y sirve a los mismos símbolos y sistemas de valores: la búsqueda de la máxima eficacia, la racionalidad operativa y el cálculo de todo. Hasta tal punto estas nuevas tecnologías se han infiltrado en nuestras vidas que se han vuelto elemento estructurador de la propia sociedad y la naturaleza humana, transformando el modo de pensar y sentir. Como apunta Ellul (1977): “La técnica trae consigo formas de ser, de pensar y de vivir para todo el mundo. Es cultura global, es síntesis” (p. 202).

Una de las consecuencias de esta especie de “optimismo tecnológico” hace referencia a la promesa de “salud perfecta” (Sfez, 1995). Una especie de “eterna juventud”, gracias a la colaboración de las

tecnologías de la información y la comunicación (TIC), la genética, la robótica, la nanotecnología, la neo-farmacología, etc., etc. (Cuesta y Menéndez, 2010). En este imaginario psicosocial ocupa mucho espacio la “fantasía social” de los cuerpos -y las mentes- interconectadas. Y ya no sólo interconectados entre sí los amigos y otros miembros del grupo social (amigos o simples conocidos o por conocer), sino interconectados al “aparato” sanitario: conectados a los médicos (u otros proveedores sanitarios), a las fuentes de información sanitaria, a otros pacientes. Una especie de *homo nexum* (interconectado), en lugar de *homo sapiens*. Y, qué duda cabe que esto está sucediendo en gran medida, como ahora veremos con evidentes ventajas para la promoción de la salud y el cuidado y atención sanitario.

Sin embargo, las cosas no son tan claras ni simples. Junto con esta cultura del triunfo antropológico de la tecnología y el éxito de los cuerpos “medicalizados” en la cotidianeidad y perpetuamente intercomunicados, existe una sospecha de fracaso del paradigma del progreso continuo, una especie de “desgaste del progreso” (Lipovetsky y Serroy, 2008) donde la idea de que la *tecnificación* del mundo, la omnipresencia de las TIC en nuestra vida común, lejos de mejorar nuestra vida cotidiana, nos arrastra hacia una forma de vida cada vez más superficial y aparente. Donde la comunicación parece que acontece, pero es banal y sin compromiso y donde la información fluye incesantemente, pero no se asimila ni se introyecta. Las personas se ven cada vez menos, bajo ese aparente incremento de su comunicación. Donde la salud, entendida como “el estado de bienestar físico, mental y social de los ciudadanos” (OMS, 1946), no sólo no ha mejorado de forma global, sino que se encuentra en franco deterioro, como indica el incremento creciente del consumo de psicofármacos en las sociedades industrializadas y la ausencia de las nuevas tecnologías sanitarias en los países sin industrializar, uno de los mayores dramas de la sociedad postmoderna (o postindustrial o de la neotecnología). El enorme esfuerzo de algunas instituciones muy responsables, como la Fundación de Naciones Unidas (United Nations Foundation) en el área denomina-

da “mHealth” (Medios, Tecnología y Salud) es en todo caso, un faro de esperanza en este sentido. La última publicación de Naciones Unidas en ese campo refleja este elogiado interés: *mHealth for Development: Mobile Communications for Health*. Este informe examina la rápida adopción de tecnologías móviles en los países en desarrollo para mejorar la recopilación de datos de salud, obteniendo así mejoras en el cuidado de la salud en general y los pacientes en particular, en algunas de las regiones más remotas y de bajos recursos del mundo.

Según este informe, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2,5 millones de personas se infectaron con el VIH en 2007 y cada minuto, por lo menos, una mujer muere por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto que serían evitables. Y por cada mujer que muere en el parto, otras 20 sufren lesiones, infecciones o enfermedades: aproximadamente 10 millones cada año. Al mismo tiempo, las enfermedades transmisibles como la malaria, la fiebre amarilla y el cólera siguen cobrándose vidas debido a factores prevenibles, como la falta de acceso a medicamentos y a un tratamiento médico apropiado.

La necesidad de soluciones eficaces en el campo de la salud se pone de relieve por el informe del 2008 (Global Monitoring Report) de evaluación de los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque el informe cita resultados alentadores en otras áreas de desarrollo (disminución de la pobreza global, mejora de la educación y aumento de la eficacia de las ayudas), “reveló una falta de avances en áreas cruciales de salud pública, tales como la reducción de las enfermedades transmisibles”. Otro motivo de preocupación para el futuro de la salud global es que, según la OMS, 57 países tienen una escasez crítica de trabajadores de la salud, con un déficit total de 2,4 millones de profesionales de la salud en todo el mundo”.

En este sentido, continúa el informe, “la tecnología móvil representa un método de alta relación costo-eficiente para hacer la aten-

ción de salud más accesible, asequible y eficaz en todo el mundo en desarrollo”.

No cabe duda de que el área que antes definimos como *mHealth* tiene la capacidad para “expandir drásticamente el acceso a las comunicaciones y para transmitir voz y datos en el momento preciso en que se necesita, lo que permite capacitar a los trabajadores de la salud para hacer mejores diagnósticos y proporcionar a los ciudadanos acceso a la atención de su salud allí donde más se necesita”.

Es posible que determinados autores continúen pensando que la “fatiga del progreso” ha llegado o estará llegando, y que las TIC son una falacia con más inconvenientes que ventajas (como, por ejemplo, el control de toda la información de todos los ciudadanos y realizada por *todos* –gobiernos pero también conocidos y desconocidos a través de las redes). Y también es posible que sigan pensando en una especie de “sociedad del riesgo” donde existe un “maridaje diabólico entre las nuevas tecnologías y el liberalismo económico (especialmente los intereses creados de los grandes laboratorios farmacéuticos). Pero la evidencia parece indicar que, a pesar de las contradicciones siempre inherentes al ser humano y a su desarrollo socioeconómico, se está produciendo una evolución muy importante en el ámbito de la salud, la comunicación y las nuevas tecnologías. Valgan, como una pequeña muestra de ello, las últimas Jornadas de Comunicación y Salud organizadas por la Universidad Complutense de Madrid (Noviembre 2011) que han estado monográficamente dedicadas a *salud en el entorno 2.0*.

Lo cierto es que el desarrollo de las TIC en las dos últimas décadas ha tenido y continuará teniendo un profundo impacto sobre el área de la comunicación y la salud. El desarrollo de Internet y de la red 2.0 (desembocando ya en el nuevo modelo 3.0 mucho más interactivo y natural en sus búsquedas y en sus “interlocuciones con

el usuario”), de los ordenadores portátiles de altísimas prestaciones, incluidos los *Ipads*, los aparatos *wireless* y, especialmente los llamados *smart phones*, el desarrollo del *software* (tipo *Apps*, o los que permiten la gestión inmediata de mensajería) son algunos ejemplos de cómo la revolución de las nuevas tecnologías provoca importantes cambios sociales y económicos.

Es evidente, por otro lado, que el espectacular avance de la tecnología médica y la aplicación de las TIC al ámbito de la salud no sería posible sin la colaboración de disciplinas como la ingeniería electrónica y las ciencias de la comunicación.

Las universidades españolas comienzan a ser conscientes de estos maridajes. Así, por ejemplo, en el Campus de Excelencia de Investigación en la Universidad Complutense de Madrid, existe un acuerdo de investigación entre la Facultad de Medicina y la Politécnica en el área de Telecomunicaciones, que ha dado lugar a todo un “cluster” de investigación sobre *e-health*. En un sentido similar, la Universidad Complutense ha fundado recientemente (Diciembre 2011) la Cátedra Extraordinaria de Comunicación y Salud. La universidad del País Vasco, por poner otro ejemplo muy reciente, ha creado el Aula de Bioelectrónica, fruto de un acuerdo marco de colaboración entre la Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica Industrial de Bilbao y la Academia de las Ciencias Médicas, denominado *Ingeniería y Salud*.

En el área que ahora nos ocupa, las TIC y la salud desde una perspectiva psicosocial, estos cambios se reflejan fundamentalmente en proporcionar una extraordinaria mejora en la *distribución* y el acceso a la información sanitaria, así como a la facilitación de las relaciones entre: (1) sanitario-sanitario, (2) sanitario-paciente y (3) paciente-paciente. Y todo ello abaratando los costes de manera muy marcada lo cual, si bien siempre ha sido importante, adquiere en esta época de crisis, una relevancia todavía mayor.

Distribución y acceso de la información e incremento de relaciones son, pues, los dos ejes fundamentales de esta nueva revolución de la psicología sanitaria.

Ahora bien, como hemos señalado anteriormente, para obtener una máxima eficacia de estos nuevos recursos es necesario que conozcamos tanto las posibilidades teóricas *objetivas*, por así decir, de estas tecnologías, como las disposiciones psicológicas y sociales de los protagonistas.

En este trabajo hemos desarrollado unas breves reflexiones sobre estas posibilidades teóricas a los tres niveles enunciados anteriormente (distribución y acceso a la información y facilitación de las relaciones) y hemos llevado a cabo un estudio empírico preliminar y muy limitado (mediante *focus group*) entre jóvenes universitarios para conocer su imaginario y su disposición hacia estas tecnologías. Hemos realizado entrevistas en profundidad a jóvenes médicos residentes con el ánimo de explorar tentativamente la aproximación psicológica/afectiva de algunos de los protagonistas hacia el empleo de estas tecnologías.

Acceso a la información en salud mediante las TIC

Actualmente Internet, incluido el acceso móvil, se emplea con profusión para la búsqueda de información no sólo cultural, social o de ocio y entretenimiento y compras, sino también en el área de la salud (Fox y Raine, 2000). Los usuarios perciben (y efectivamente es así) que pueden obtener información actualizada y fiable sobre temas de salud en general: prevención y promoción, tratamientos, control, medicación, efectos adversos, técnicas de intervención, alternativas, etc. Sin embargo, existen dificultades importantes, como son los problemas de credibilidad y calidad de la información relativa a la salud, así como las dificultades de acceso de determinados segmentos de la población a esta información.

Información en salud en Internet

Quizá el mayor problema en este campo derive del empleo de los motores de búsqueda utilizados para encontrar páginas relacionadas con salud (Fox y Raine, 2000). Lo cierto es que hoy día los usuarios, sean pacientes o proveedores de salud y, por supuesto, investigadores en salud, pueden acceder a mucha información de gran calidad. Con frecuencia a páginas oficiales de gobiernos autonómicos, hospitales, universidades y centros de investigación (MedLine, por ejemplo). En otras ocasiones, páginas de ONGs de prestigio y seriedad contrastada u otro tipo de asociaciones como Enfermos de Parkinson o Cáncer, por poner algunos ejemplos. Sin embargo, veremos en la parte final de este trabajo, que las encuestas empíricas realizadas con jóvenes parecen indicar que esto no ocurre así, y que, con frecuencia, se emplean datos provenientes de fuentes de información poco fiables.

En este sentido, uno de los mayores problemas consiste en el hábito de empleo del buscador Google, muy potente y fiable en sus búsquedas, pero con un déficit muy claro a la hora de organizar y clasificar una información muy compleja.

Se ha contrastado en otras investigaciones (Bass, 2003) que un acceso a información de salud en la red puede conducir a:

- que los pacientes hablen posteriormente más con el especialista en salud en la consulta
- que sean capaces de discutir más en detalle cuestiones relativas a su trastorno
- que los pacientes puedan actuar conforme a pautas de recomendación basadas en esa información

Sin embargo, parece existir la necesidad de realizar más investigación empírica. Como aportan nuestros datos preliminares, no parece evidente que la información obtenida en Internet incida muy

directamente sobre los procesos de toma de decisiones de los pacientes. Y, sobre todo, no está en absoluto claro cómo inciden sobre la percepción de autoeficacia de los pacientes (una variable de gran importancia en la prevención y toma de decisiones) ni en el empoderamiento y toma de control de las situaciones.

Por otro lado, no debemos olvidar el problema de la llamada *brecha digital*, que ha provocado que exista una importante capa de la población que se encuentra desfavorecida en cuanto a su capacidad de acceso a Internet. Esta capa incluye personas de edad avanzada, individuos de clase social baja, personas con bajo nivel de capacitación intelectual y/o bajo nivel de estudios, población rural y, por supuesto, un enorme porcentaje de la población que vive en los países no industrializados, a los cuales ya hemos hecho referencia al inicio de este trabajo.

Desafortunadamente, las áreas socialmente menos preparadas para el acceso a las TIC son precisamente aquellas que se verían más favorecidas por su empleo, dado que el aporte de información relativamente simple y fácil de implantar en programas de conducta, reduciría la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas muy peligrosas.

Comunicación paciente-paciente: el papel del apoyo social

En las dos últimas décadas hemos asistido a un incremento muy notable de las relaciones paciente-paciente mediante la comunicación *on line*, lo que ha dado lugar a la aparición de grupos de apoyo de gran importancia y fuertes repercusiones en las situaciones de *bienestar mental, físico y social* de los pacientes. De hecho, parece estar contrastado que los grupos de apoyo constituyen una de las principales herramientas para conseguir modificar conductas de pacientes.

Actualmente existen miles de grupos de apoyo de estas características en Internet que apoyan casi a cualquier tipo de enfermo con las patologías más diversas. Los registros electrónicos indican que los sujetos interactúan diariamente en diversos grupos y muchos estudios han confirmado que estas relaciones mediadas por ordenador o teléfono inteligente (tipo Iphone o BlackBerry) proporcionan altas tasas de satisfacción. Las razones psicosociales más relevantes para ello son las siguientes:

- Este tipo de relaciones son muy adecuadas dada su capacidad para trascender el tiempo y la distancia, facilitando y economizando las conductas.
- El *anonimato* juega un papel muy importante en la eficacia del resultado. No deja de resultar interesante que esta variable, con frecuencia juzgada negativa por muchos analistas de la comunicación, especialmente aquellos que mencionábamos al inicio de este trabajo que consideraban que se estaba produciendo un *fracaso o agotamiento del progreso*, resulte positiva en este contexto. Esto parece ser así dado que, en el área de la salud, el anonimato no se produce por el ánimo de mentir con el objetivo de construir una mejor o más deseable imagen, sino para evitar el estigma de determinadas enfermedades o problemas de raza, género y edad; también, y con mucha frecuencia, porque el anonimato permite expresar con mayor apertura de mente y espíritu determinados problemas y síntomas íntimos de determinadas enfermedades.
- Los participantes perciben que cuentan con más tiempo y capacidad de reflexión para construir los mensajes de consejo o apoyo, en comparación con grupos de apoyo “cara a cara”, lo que proporciona una ventaja evidente, no sólo a la hora de construir el consejo, sino a la hora de sentirse con la capacidad suficiente y el arrojo necesario para llevarlo a cabo.

- Existe también la percepción y la emoción o sentimiento de que el hecho de escribir acerca de tu propia enfermedad alivia los síntomas vinculados a las emociones propias de la misma, especialmente las emociones negativas de tristeza, depresión, pérdida de ilusión, etc. Esta es una experiencia que ha sido ya muy contrastada en experiencias tales como el diseño de talleres de escritura con determinados pacientes o la organización de concursos literarios entre pacientes donde se desarrollan historias vinculadas con su propia enfermedad. Los resultados *catárticos* de este tipo de experiencias creativas son muy notables.
- Finalmente, se ha destacado que el hecho de contar con diferentes puntos de vista facilita la empatía con otros miembros, así como una sensación de estar compartiendo problemas similares, lo que constituye, por sí mismo, un apoyo psicológico importante.

Por todo lo anterior, parece haberse contrastado que estos grupos de apoyo basados en las TIC, proporcionan las siguientes ventajas (Query y Wright, 2003):

- Una disminución del estrés percibido por parte de los pacientes.
- Una disminución de los sentimientos de aislamiento.
- Una reducción de los incidentes causados por los síntomas.
- Una mayor adherencia al tratamiento.
- Una manera más eficaz de adaptarse a los efectos secundarios de los tratamientos, con especial hincapié en una mejora en los ajustes “finos” a determinadas dosis en tratamientos crónicos (con sustancias tipo dopamina, etc.).

- Un incremento en la percepción de la calidad de vida y empoderamiento.
- Menor número de visitas al hospital.

Comunicación sanitario-sanitario o proveedor

Las TIC han mejorado sensiblemente la comunicación entre los proveedores de salud, facilitando la interacción y el acceso y envío de información. Así, los flujos de información entre hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, compañías aseguradoras, etc. han visto sensiblemente modificadas sus conductas de interacción social. El resultado ha sido un incremento notable en la eficacia y precisión con reducción de costos muy notables.

Así, el envío de mails con la posibilidad de adjuntar ficheros comprimidos conteniendo información sanitaria de los pacientes, podría suponer un avance importante en la capacidad de diagnóstico al compartir información. El uso de la *historia clínica electrónica* (HCE) se está empezando a consolidar con claridad, aunque faltan todavía avances por conseguir en esta dirección. En el mismo sentido el envío de documentación, artículos científicos e informes de cara a proyectos de investigación. Esto es especialmente relevante en el caso en el que es necesario trascender barreras espaciales, geográficas y temporales. Los proveedores de salud de áreas rurales (como centros de salud o pequeñas clínicas) pueden así acceder a información relevante con facilidad, eficacia y bajo coste.

La aparición y rápida extensión de los *smartphones* ha permitido, incluso, compartir información entre especialistas de salud en el transcurso de (o inmediatamente después de) intervenciones médicas. Se empieza a implantar, cada vez con mayor frecuencia, el uso de herramientas de software de comunicación instantánea tipo

WhatsApp que permite avanzar un paso más allá del envío de correos, proporcionando un intercambio rápido e interactivo de información entre especialistas, permitiendo incluso el envío en tiempo real de documentación escrita y audiovisual comprimida de cierta calidad y a coste cero (con el único requisito de una tarifa plana de intercambio de datos con cualquier proveedor de telefonía móvil). Se producen actualmente, incluso, rápidas “teleconferencias” entre especialistas (o entre proveedores y especialistas) mediante el empleo de software tipo *Skype*. Es necesario diseñar programas de investigación que analicen en qué medida se están implantando estas conductas, así como un análisis de los aspectos positivos y negativos de este nuevo escenario.

Otro aspecto relevante en este contexto, destacado por autores como Eder y Wise (2001) es la capacidad de almacenar información (historias clínicas, pruebas médicas, documentación médica y legal, etc.) en formato digital. Este nuevo sistema permite no sólo abaratar costes de almacenamiento y material fungible, sino que facilita la recuperación posterior de la información y, muy especialmente, la consulta interespecialistas. Facilita también la comunicación médico-paciente, como veremos posteriormente, dado que permite al especialista sanitario mostrar al paciente gráficos y esquemas digitales mucho más comprensibles y accesibles para la formación del paciente.

En este sentido, la rápida aparición y difusión a precios no muy elevados de nuevos *hardwares* como la “tableta” o *iPad* de Apple, ha permitido un uso cada vez mayor en los entornos sanitarios. Así, por ejemplo, el Hospital de Ottawa de Canadá acaba de adquirir miles de estas herramientas (cit. Diario Médico 09/01/2012). Estas tabletas no son, sin embargo, totalmente funcionales como el diario señala (de nuevo las luces y sombras de este fenómeno psicosocial): “los entusiastas son aún pocos”. Según un estudio del Instituto de Salud Inalámbrica del Oeste, publicado por *Kaiser Health News* y *National Public Radio*, menos del uno por ciento de los hospitales tienen

sistemas de tabletas totalmente funcionales. Se ha informado, en un sentido similar, que en hospitales pioneros como el UC San Diego Health System, menos del diez por ciento de los médicos están utilizando el *iPad* de forma activa dieciocho meses después de que el centro empezara a implantarlos.

Las TIC han supuesto otros importantes avances en esta área, como el empleo de simuladores virtuales que permiten conocer las necesidades físicas y psicológicas de determinados pacientes con severas limitaciones. Estas simulaciones de entornos virtuales, permiten analizar en detalle cómo sería el comportamiento de estas personas en función de determinados parámetros que pueden ser modificados a voluntad, tales como sistemas de acceso físico (al baño, o a instrumentos de cocina, o a ordenadores...) o sistemas de comunicación por voz y control inalámbrico de diferentes aparatos tales como la TV, el ordenador, electrodomésticos, etc.

Simuladores virtuales de este tipo están siendo diseñados también para entrenamientos en habilidades sanitarias, desde los niveles más básicos (como entrenamientos en el área de formación profesional en auxiliar de enfermería) hasta los más sofisticados (tales como entrenamientos en el manejo de técnicas de intervención quirúrgica, como el manejo del “Da Vinci”). La *realidad* aumentada ha comenzado también a emplearse en estas áreas con gran éxito, facilitando nuevas vías de abordamiento en intervenciones quirúrgicas, entre otros beneficios.

Sin embargo, como hemos visto desde el inicio de este trabajo, no todo son aspectos positivos. Existen algunas dificultades importantes que han sido frecuentemente destacadas (Eder y Wise, 2001). Por ejemplo, no existe un código estándar universalmente aceptado de grabación y almacenamiento de la información sanitaria, ni de las pruebas clínicas y otros materiales, lo que puede ocasionar problemas de acceso e interpretación de la información.

El gran problema está también en que los sistemas de HCE (Historia Clínica Electrónica) no desarrollan con rapidez aplicaciones adaptadas a las tabletas (*iPad*). Y las que lo hacen (como Allscripts, Epic y Centricity) hasta ahora sólo ofrecen acceso de lectura a los datos y su aportación funcional sigue siendo pequeña, según afirman Misra, de *iMedical-Apps* (Diario Médico, 09/01/2012). Así, parece que muchos hospitales se encuentran varados en sistemas como *Citris* y *VMware*, anticuados y lentos, pero sobre los cuales los gerentes de hospital han realizado grandes inversiones.

Los problemas de confidencialidad han sido también destacados con frecuencia. Si bien es verdad que estos problemas están siempre presentes, en el caso de la información digitalizada y almacenada este riesgo es mayor, así como las posibilidades de difusión pública. Aunque no existe investigación relevante a este respecto, cabe suponer que este tipo de dificultades se pueden producir especialmente en el caso de figuras públicas, pero de modo mucho más infrecuente en otros casos.

Interacción sanitario-paciente

A pesar de las evidentes ventajas de una comunicación sanitario-paciente mediada a través de las TIC, éste es el campo en el que se han producido unos avances más lentos. Aunque no existe suficiente evidencia empírica rigurosa al respecto todavía, los datos parecen indicar que esto se debe, de nuevo, a razones de tipo psicosocial.

En efecto, parece que sólo un porcentaje muy bajo mantiene contacto con sus pacientes vía mail. Sin embargo, el 50% de los pacientes comentan en sus consultas datos que han encontrado en Internet (en EEUU al menos, Wright y Moore, 2008), por lo que al final sí puede decirse que existe interacción médico paciente mediada por las TIC, aunque de forma indirecta.

Situación diferente parece ser la que se establece en el empleo de las TIC en salud dentro del área de la denominada *monitorización on-line*. Por ejemplo, se ha publicado recientemente (Diario Médico 09/01/2012) en la revista *The European Respiratory Journal* que, según el estudio realizado por el *Programa de Investigación Integrada de EPOC*, la teleasistencia *on-line* obtiene un porcentaje de calidad del 72% en las espirometrías, similar al de las consultas especializadas. El estudio muestra las ventajas de utilizar un programa *on-line* para mejorar y controlar la calidad de las pruebas. La realización de estas espirometrías “puede conseguirse con eficacia y ahorro de costes con la asistencia remota a través de una web que puede facilitar la formación continuada del personal implicado”, según ha explicado el Dr. Burgos, coordinador del estudio.

Sin embargo, y desafortunadamente, aunque no hay evidencia suficiente al respecto, no parece existir una comunicación fluida sanitario paciente mediada por las TIC en el campo de la comunicación interpersonal, salvo algunas excepciones poco representativas numéricamente. La clase médica, por el momento, parece ser *reactiva* frente al empleo de estos métodos con sus pacientes. A pesar de que estos datos están documentados desde hace más de 10 años (Rice y Katz, 2001) parece que actualmente sigue presentándose una conducta muy similar, como veremos en los datos que, aún siendo muy limitados y de validez meramente tentativa, hemos obtenido en la aproximación empírica que se presenta a continuación.

Por último, destacar que las instituciones privadas sí se muestran muy favorables al empleo de las TIC en su comunicación con los pacientes, buscando una mayor rentabilidad de sus recursos y economía de escalas. Sin embargo, hasta el momento, poco más han avanzado en el asunto de crear páginas web donde se comunica de forma muy estática una serie de información a los pacientes o usuarios de sus servicios.

Aportación empírica: la predisposición de los jóvenes universitarios y el uso en prevención

La predisposición de los jóvenes universitarios

En el año 2009 iniciamos una investigación sobre el empleo de las TIC entre jóvenes universitarios (Cuesta y Menéndez, 2009), especialmente en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud. Los resultados descritos en detalle pueden consultarse en la obra mencionada. En síntesis, el eje central del resultado fue: los jóvenes rechazan el empleo de los SMS como medio de prevenir o promocionar la salud, así como el empleo de publicidad (de cualquier tipo) en las redes sociales tipo *Facebook* o *Tuenti* por percibirlo como invasivo. En cuanto a las páginas web, éstas no eran utilizadas como fuente de información en salud preventiva o educativa, únicamente como fuente de información en “salud y estética”.

Los resultados dos años después han variado ligeramente. Esta diferencia de dos años entre generaciones parece ser relevante dado que incide directamente sobre los usos de las TIC. Los jóvenes actuales (edad media 19 años) son *más nativos digitales*, se podría decir. Ahora aceptan el empleo de las TIC en programas educativos en salud y en prevención, no percibiendo tan invasivo su uso. Esto también es debido a que las políticas de los grandes operadores (*Facebook* y *Tuenti*) se han suavizado en este sentido, pero también debido al enorme hábito que han desarrollado al encontrar este tipo de mensajes en otros contextos.

Es más, los jóvenes incluso se extrañan de que, dado su uso en otras áreas, no se emplee con mayor frecuencia en salud.

Sin embargo, manifiestan una actitud psicológica de recepción muy similar a los jóvenes de hace dos años, en el sentido de percibir esa información como “inútil”. Sencillamente, no la escucharían. La

resistencia a la persuasión no vendría por un mecanismo de reactividad o defensa, sino por un problema perceptivo-atencional, de inhibición del estímulo. Sin más.

De este modo, se confirma nuestra anterior hipótesis: únicamente una comunicación activa, que no sea unidireccional, sino donde el receptor sea, al mismo tiempo, el emisor, será eficaz.

La predisposición de los jóvenes médicos residentes

A pesar de que los datos disponibles son muy escasos, parece confirmarse que la clase médica es reactiva al uso de las TIC en su comunicación con los pacientes.

La razón principal parece ser que se percibe como una “invasión de la privacidad” el entregar a un paciente el correo electrónico personal. El empleo de otro diferente de tipo profesional introduce elementos de “exceso de trabajo o sobrecarga” en un entorno ya de por sí muy cargado de trabajo.

También parece subyacer, de modo algo más latente, una psicodinámica de “estatus social” o “poder”. Parecería como si supusiera romper unos límites establecidos desde la tradición médica más clásica. Supondría, por así decir, un exceso de acercamiento o familiaridad que rompería la transferencia con el paciente que, en su discurso, parece tener que basarse, en cierta medida, en una relación de estatus y cierta dominancia o, al menos, paternalismo.

Aparece finalmente un elemento importante: el empleo de ordenadores en las consultas (especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria, en los centros de salud) es percibida de forma negativa por los especialistas, dado que el hecho de tener que concentrarse en introducir la información que transmite el paciente, impide una adecuada comunicación con él.

De este modo, parece evidente que es necesario desarrollar líneas de investigación que analicen en mayor profundidad todas estas cuestiones para poder implantar adecuadamente el empleo de las TIC en estos entornos, dado que, como vemos, una aplicación directa sin la adecuada reflexión de base puede suponer la generación de efectos contrarios a los deseados.

Conclusiones

Las TIC suponen un avance muy importante en la estructura social del ser humano. Se trata de una de las grandes revoluciones que ha venido “para quedarse” (como el coche o las tarjetas de crédito). No es una moda pasajera. Afecta a dos de las raíces más importantes de la conducta social: la comunicación y la búsqueda de vínculos.

Estos son, en efecto, los dos ejes en los que las TIC inciden sobre el área de la comunicación y la salud: generar vínculos (grupos de apoyo entre pacientes, fundamentalmente, pero también entre especialistas en salud) y facilitar el acceso, intercambio y clasificación de información.

La información disponible parece indicar que la formación de grupos de apoyo está evolucionando de forma muy positiva, suponiendo importantes avances en este campo y repercutiendo en los índices de mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes. La formación de grupos entre especialistas, en cambio, avanza con mucha lentitud. En cuanto al intercambio de información/comunicación, el éxito parece circunscribirse a las búsquedas profesionales de los especialistas y al intercambio de información entre ellos y/o sus proveedores, pero no con los pacientes. Parece subyacer a ello una razón de “expectativa de rol”.

Tampoco parece que los ciudadanos jóvenes utilicen estos recursos para desarrollar conductas de promoción, educación o pre-

vención. La barrera de inmunidad y percepción de riesgo, así como el “aprendizaje a evitar la propaganda” parece subyacer a esta conducta: sólo campañas de persuasión/formación que los involucren activamente (cognitiva y emocionalmente) serán eficaces.

La tecnología ha avanzado a mayor velocidad que los cambios psicológicos y sociológicos. Parece evidente que son necesarios programas de entrenamiento en nuevas destrezas y hábitos y “cambio de mentalidad” tanto entre especialistas del sector como entre la ciudadanía. De lo contrario, pacientes, especialistas y proveedores dispondrán de las herramientas, software y hardware, muy potente y accesible, pero sin la motivación ni destrezas necesarias para emitir la conducta más eficaz con estos instrumentos.

Bibliografía

- BASS, S.B. (2003). How will Internet use affect the patient? A review of computer network and closed Internet –based system studies and the implication in understanding how the use of the internet affects the patient populations. *Journal of Health Psychology*, 8, 25-38.
- BECK, U. (2001): *La Société du risque*, Aubier, París.
- CUESTA, U., MENÉNDEZ, T. Y UGARTE, A. (2008): Image et manipulation: actes du 6e congrès international du GRIMH, Lyon, 20-21-22 novembre.
- CUESTA, U. Y MENÉNDEZ, T. (2009): Prevención, comunicación y nuevas tecnologías: aspectos psicológicos entre jóvenes universitarios, en: Juan del Pozo, Laura Pérez y Miguel Ferreras, (eds.), *Adiciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación*, Logroño: Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud.
- EDER, L.B & WISE, D.E. (2001) Web-enabled hospitals in the United States: influences on adoption processes. In R. E. Rice & J.E Katz (Eds.) *The internet and health communication: Experiences and expectations* (pp. 309-327). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ellul, J. (1977): *Le Système technicien*, Le Cherche Midi, París
- FOX, S. & RAINIE, L. (2000). The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves. A Pew internet and American Life Project Online Report. Accessed January 2, 2004, from <http://www.pewinternet.org>

LIPOVETSKY, G. Y SERROY, J. (2008): *La Culture-monde*, Odile Jacob, París.

NEUHAUSER, L. & KREPS, G.L. (2003). Rethinking communication in the e-health era. *Journal of Health Psychology*, 8, 7-23.

QUERY, J.L., JR., & WRIGHT, K.B. (2003). Assessing communication competence in an online study: towards informing subsequent interventions among older adults with cancer, their lay caregivers, and peers. *Health Communication*, 15, 203-218.

RICE, R.E. Y KATZ, J.E. (2001): Concluding thoughts, R.E. Rice y J.E. Katz (eds.), *The Internet and health communication: Experiences and expectations* (pp.237-260) Thousand Oaks, C.A.: Sage.

SFEZ, L. (1995): *La Santé parfaite*, Seuil, París.

SULLIVAN, C.F. (2003). Gendered cybersupport: A thematic analysis of two on-line cancer support groups. *Journal of Health Psychology*, 8, 83-103.

WRIGHT, K.B., & BELL, S.B. (2003). Health-related support groups on the Internet: Linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory. *Journal of Health Psychology*, 8, 37-52.

WRIGHT, K.B. (2008): *Applied health communication*, Hampton Press, Inc.: Cresskill, NJ.

Combinando metodologías participativas y TIC en intervenciones preventivas¹

DOMINGO COMAS ARNAU

Resumen

Hay dos formas posibles de utilizar las TIC para difundir mensajes, la primera más jerárquica, supone garantizar una audiencia escasa, controlar los contenidos pero limitar la eficiencia. La segunda, más horizontal y participativa, supone dejar que el azar gobierne tanto los contenidos como la audiencia, con una amplia horquilla de mínimos y máximos permitidos, de tal manera que el escaso control posibilite una diseminación óptima de los mensajes. En el ámbito del marketing se debate entre los resultados garantizados, pero discretos, de la primera opción frente a las enormes posibilidades (incluido el fracaso) de la segunda. Ambas opciones se vinculan además a costes muy diferentes. El debate parece abocar, en la práctica, hacia un conjunto de estrategias que tratan de combinar ambas opciones.

Palabras clave

Participación juvenil, prevención, TIC, evaluación, relatos institucionales.

1 Este texto sintetiza de forma escueta un largo programa de investigación del autor. En la bibliografía aparecen citadas una parte importante de las publicaciones que forman parte del mismo, se ha optado por esta presentación reflexiva para ajustarse a los objetivos del seminario. Por el mismo motivo se ha prescindido de aportar datos empíricos que se pueden consultar en las publicaciones citadas.

La participación de las personas jóvenes: Compromiso, activismo y efervescencia colectiva

En el conjunto de Europa (y de manera muy singular en España) la narración social estándar relata como las jóvenes generaciones han ido perdiendo interés por la política, que son muy pragmáticas (como sinónimo de egoístas) y que, como consecuencia, no tienen interés por lo colectivo y la participación social. Los profesionales más avezados matizan que este desinterés se refiere a las formas tradicionales de participación y que en compensación han aparecido nuevas formas de participación aunque ligadas a intereses más concretos, específicos y en ocasiones espurios. La acción colectiva parece así un asunto exclusivo de los adultos, que serían los únicos que sostendrían los avances sociales que tanto nos ha costado alcanzar.

En algunos casos se aportan datos empíricos sobre este supuesto grado de desinterés por lo colectivo: número de personas jóvenes que participan en asociaciones, participación electoral, interés por la política, grado de aceptación de determinadas acciones colectivas, que sirven para reforzar la idea de que las personas jóvenes se muestran apáticas en relación a estas cuestiones. Los datos son casi siempre los correctos, pero a la vez son muy engañosos, porque para hacer afirmaciones comparativas se requiere comparar dos cosas. No podemos decir que la actual juventud no está interesada en lo colectivo y en la participación social, sin ofrecer los datos referidos al grado de interés de otros grupos sociales o a la serie histórica que refleja la evolución de estos parámetros en el colectivo juvenil.

¿Por qué no se realiza casi nunca esta comparación? Pues porque entonces los datos nos dicen que la actual generación de personas jóvenes, tanto en España como en la UE, es la que está más interesada por la acción colectiva, la más participativa y activa, la más interesada por la política e incluso la más orientada hacia el logro de transformaciones sociales.

¿Por qué, a pesar de todo, mantengo este relato alternativo? ¿Cómo es posible que esto sea cierto cuando la mayor parte de los investigadores opina lo contrario? Pues porque he utilizado los datos empíricos y he realizado las comparaciones aludidas a través de un programa de investigación centrado en esta cuestión y que inicié hace más de dos décadas, cuando de una forma casual comencé a percibir esta transformación en las personas jóvenes en España (Aguinaga y Comas, 1991). En aquel estudio pionero, dicha percepción apareció a partir de las actitudes de los adultos, en particular las madres y padres de los menores de edad, que manifestaban su preocupación por el “exceso de activismo social” (y los valores asociados), de sus hijos. En plena etapa de lo que se llamaba “pasotismo”, nos llamó la atención que entre los riesgos que preocupaban a los adultos con hijos menores de edad, el compromiso social fuera considerado “un riesgo” por lo que se intentaba socializar a los hijos en el rechazo a la participación en lo colectivo.

Los siguientes trabajos en los que se midieron las actitudes y los comportamientos de las personas jóvenes en relación a su interés por lo colectivo (Comas, 1994; Aguinaga y Comas, 1997; Comas et al., 2003), se pudo constatar cómo, quizá como una reacción ante las estrategias desmovilizadoras de los adultos, el compromiso cívico de las personas jóvenes se incrementaba de manera lenta pero continua. Las conclusiones de estas investigaciones empíricas no parecían aceptables y de hecho fueron negadas en algunos medios donde se señalaba que “es bien sabido que los jóvenes no están interesados por lo colectivo”, aunque sin aportar ningún dato que rebatiese dichas conclusiones. Aquella reacción orientó los siguientes trabajos sobre dos ejes, de una parte, hacia el estudio de la evolución del activismo de las personas jóvenes, pero de otra parte, hacia las razones que explicaban la negación (y el rechazo del resto de la sociedad y los medios de comunicación) del cambio social que se estaba produciendo.

Las investigaciones empíricas más destacadas se refieren a la tensión que se ha generado entre el deseo de las personas jóvenes por acceder al aprendizaje social y las barreras que tratan de evitarlo (Comas, 2005), la evolución de la participación electoral de las personas jóvenes en España (Comas, 2009a), que parte de una participación muy inferior a la de los adultos en las primeras elecciones de la transición hasta situarse por encima de la media a partir de las elecciones generales de 2004, aunque tanto en la convocatoria de las autonómicas, como las generales del año 2011 el voto joven se ha situado en una media de 3,8 puntos por debajo de la participación global (CIS/E-2915/2011), aunque la mayor abstención de las personas jóvenes puede interpretarse, en una gran medida, como el “impacto político” de la llamada a la abstención del movimiento del 15M que ha contando con una evidente impronta juvenil.

Tales investigaciones empíricas se combinan con las primeras aproximaciones teóricas, sustentadas en la idea de “generación” (Comas, 2004), la cuestión de la importancia de los cambios demográficos (Aguinaga y Comas, 2006) y finalmente los tecnológicos (Comas, 2007), para explicar tanto la expansión de las actitudes socialmente pro-activas de las personas jóvenes como el rechazo que el interés juvenil por lo colectivo suscitaba en grandes fragmentos sociales de personas adultas.

Las aportaciones empíricas y teóricas confluyeron en un nuevo texto de síntesis de otros hallazgos (Aguinaga y Comas, 2008), el cual, quizá por el soporte en el que fue publicado, marcó un cambio de tendencia en las reflexiones e investigaciones de otros autores, que comenzaron a reconsiderar que la participación social y el interés por lo colectivo de las personas jóvenes quizá estaba aumentando en vez de disminuir. Esta tendencia ha alcanzado una cierta unanimidad (aunque matizada), a partir de la eclosión del movimiento del 15M.

Además todo este trabajo dio paso a dos investigaciones empíricas que han tratado de integrar los datos empíricos, el marco teórico construido y el análisis combinado de la evolución de las actitudes de personas jóvenes y de adultos. El primero es un estudio de la juventud asturiana (con datos del año 2008 pero publicado en 2009) que representa la primera síntesis de todo el programa de investigación, lo cual le permite mostrar como “la generación premeditada” (que en Asturias y en aquel momento ya representa el 100% de todas las personas jóvenes), siendo más activa y participativa en lo social e imbuida de valores colectivos en mayor medida que en el resto de las Comunidades Autónomas, tiene que soportar también un mayor nivel de rechazo social² (Comas, 2009c). La segunda investigación describe el proceso municipal de implantación de los presupuestos participativos en España, así como el discurso explícito que afirma que “*los jóvenes no quieren formar parte de este movimiento*” y analiza de forma pormenorizada las estrategias adoptadas, en ocasiones muy descaradas, para tratar de evitar que las personas jóvenes acudan y formen parte de las asambleas locales que toman acuerdos sobre la distribución del gasto municipal.

Finalmente el programa ha aportado en 2011 dos nuevas publicaciones, la primera (Comas, 2011a) analiza como el alto grado de inmersión de las personas jóvenes en las TIC se explica, al menos en parte, como una estrategia para proyectar su deseo de participación social y la segunda propone unas políticas públicas que reconsideren la efervescencia participativa (y utilicen de forma positiva) el impulso (y la efervescencia) participativa de las personas jóvenes (Comas, 2011b).

2 Quizá por mostrar estos hechos el texto fue editado, pero después no ha sido distribuido y permanece celosamente inédito.

La participación social de las personas jóvenes y las TIC.

El programa de investigación descrito en el apartado anterior pone en evidencia que la actual generación de personas jóvenes es la más activa y la más comprometida con lo colectivo de la etapa democrática en España. Los datos de Eurostat, en la versión evolutiva y comparativa, ponen en evidencia que esto ocurre en toda Europa aunque quizá no con tanta intensidad como en España. Los análisis citados también muestran que las TIC se han convertido en la vía para expresar estos deseos y estas actitudes, ante las dificultades que padecen las personas jóvenes para poder utilizar otros procedimientos tradicionales de participación social y acción colectiva³.

Conviene retener que a la sociedad y a los Medios de Comunicación Social les fascina que los jóvenes utilicen las TIC de una forma innovadora pero vacía de contenido, así la anécdota más promocionada y difundida durante el año 2011 por los MCS (y por los agentes sociales adultos), ha sido la del joven Ola Helland, quien el 6 de junio de 2010 se apostó unas cervezas a que conseguía, básicamente a través de facebook, que le mandaran un millón de jirafas antes de fin de año, cada una de ellas dibujada de forma independiente, y cómo consiguió alcanzar esta cifra en unos meses y triplicarla en la fecha prevista. Nuestra sociedad promociona este tipo de ejemplos, y no otros, para mostrar las potencialidades de las TIC pero a la vez colocar el mensaje de “qué cosa más inútil la forma en la que las utilizan algunos jóvenes”, aunque muchos de ellos también convierten la inutilidad en un valor en sí mismo o expresado en otros términos

3 También es cierto que en las contadas ocasiones en los que estos procedimientos tradicionales se desbloquean, las personas jóvenes los utilizan tan masivamente, que los “controlan”. Esto explica al menos en parte, como, por ejemplo, se adoptan estrategias para evitar que las personas jóvenes formen parte de las organizaciones vecinales y barriales, ya que si “acude la juventud”, cambia radicalmente la agenda y los “vecinos de toda la vida” se sienten minusvalorados y desplazados (Comas, 2010).

sostienen que las TIC no transmiten ningún tipo de información, aunque podrían transmitirla, porque su sentido esencial, al menos de la manera en la que las utilizan las personas jóvenes, es la de ser un cascarón vacío.

No sé cuántos jóvenes españoles han enviado una jirafa a Ola Helland, pero sin duda es una cifra que se podría multiplicar por mil (o más), si tuviéramos los datos, de todos aquellos que han utilizado wikipedia para conseguir información relevante, o bien las redes sociales para localizar a personas con las que sentían alguna afinidad ideológica, se han puesto en contacto con otras para realizar alguna actividad colectiva o, si se quiere mantener el inevitable tono negativo de todo lo que se refiere a jóvenes/TIC, para acceder al “rincón del vago”. Aunque éste se ha convertido en un lugar que, por sus excelentes contenidos, cada vez utilizan más profesores para realizar consultas.

Pero como ya he descrito en un reciente artículo (Comas, 2011a) las personas jóvenes utilizan las TIC no sólo porque es la única vía que tienen para la participación social, sino porque además es una “vía igualitaria” y esta perspectiva forma parte de la visión que manejan del activismo colectivo.

Conviene también recordar que las actuales TIC aparecen como desarrollo de la idea de enviar por vía electrónica **“paquetes de información” entre iguales**, que se consolidó, en el año 1972, con la creación de los protocolos de TCP/IP por Vint Cerf y Robert Khan. La financiación de la fase de estudios previos fue esencialmente militar y respondía a la necesidad de “mantener alguna red de comunicación en el contexto de una catástrofe nuclear”. Para afrontar esta situación los diferentes protocolos trataron por todos los medios de evitar cualquier nodo que actuara de forma jerárquica. Como consecuencia las TIC conforman redes sociales que escapan a todo control, salvo, quizá, la desconexión física y total de las redes que transmiten dicha información.

Esta situación ha generado diversos intentos de transformar la relación horizontal de las TIC en un sistema jerárquico y vertical. Algo en lo que actualmente coinciden Apple, Google y el gobierno chino, ofreciendo “servicios” en forma de aplicaciones, que permiten “pre-ordenar” los intereses del usuario. Algunos autores, por ejemplo Tim Wu, de la Universidad de Columbia, sostienen que aparte de contraproducentes estos intentos son inútiles, pues la propia expansión de las aplicaciones nos devuelve a la horizontalidad (Wu, 2010). La horizontalidad se mantiene también con las wiki y claramente aumenta, como veremos, con los nuevos móviles 3G, en particular los iPhone y los que incluyen Android, producidos, curiosamente, por las mismas empresas que tratan de establecer jerarquías en el sistema⁴. Pero hasta la ideología sucumbe a la competencia en un mercado salvaje.

Este igualitarismo participativo se expresó de forma muy clara en la campaña de Obama de 2008, la cual supuso una constatación de ciertos hechos, de los cuales, a pesar de haber sido analizados de forma exhaustiva, aún no se han aceptado, quizá también por ideología, todas sus consecuencias. Obama no partía como favorito en la nominación democrática (que ganó) y tampoco partía como favorito en la campaña presidencial (que también ganó). Tenía menos apoyo y menos dinero que sus opositores, una imagen desdibujada y su programa era, en una gran medida, poco conocido e incluso poco convincente para el electorado de EEUU. Pero impulsó una estrategia con las TIC que lo cambió todo (Penenberg, 2010). Una estrategia de “ciclo viral” que no tenía nada de singular, salvo dejar que las TIC se articularan según el principio de horizontalidad y participación.

⁴ La propia Apple vive la contradicción de ofrecer en Apple Store tantos millones de aplicaciones que disuelven el efecto jerárquico que se pretendía con las mismas.

Los elementos esenciales de la campaña fueron:

- 1) Posicionamientos simples, cortos y directos, **construidos por los propios seguidores** y no por el equipo de la campaña que sólo actuaba como facilitador tecnológico. El equipo ni tan siquiera censuraba los insultos, lo que permitió que fueran ignorados y rechazados por la red.
- 2) Espontaneidad del efecto multiplicador. Los mejores éxitos de la campaña, con audiencias y fuera de la previsión de los profesionales de marketing, los obtuvieron los **mensajes creados por personas concretas** difundidas por ellos mismos, ajenas al aparato jerárquico (ni promocionados por el equipo de campaña) y distribuidas desde muy diversos soportes (el propio de cada emisor que creó el mensaje).
- 3) Creación de una larga “cola” de participantes. La mayor parte de activistas no tenían un perfil de “alto nivel de compromiso”. Nadie se lo exigía y el mensaje del equipo de campaña fue: lo que tú puedas y quieras hacer. Creaban sus mensajes y se los reenviaban a su red de iguales, los cuales los reproducían para sus otros iguales. Lo hacían porque “no venía de arriba”, sino de alguien identificado como un igual. Esta horizontalidad explica también que Obama obtuviera importantes recursos económicos para su campaña, básicamente a partir de pequeños donantes a los que no les había pedido nada.

En resumen la clave de la influencia (y del resultado electoral) se produjo por la participación de un gran entramado de iguales que se expresaban de forma igualitaria a través de las TIC. Unas TIC absolutamente neutrales. La siguiente pregunta es: ¿Tienen los diferentes soportes que conforman las TIC el mismo alcance? Es decir, el mismo nivel de influencia, en particular y desde la perspectiva de

DROJNET: ¿Cuál es el nivel de influencia de los SMS? Algunos estudios empíricos (Li y Bernoff, 2009), han demostrado que, tomados de uno en uno, los diversos tipos de soportes de comunicación, se sitúan en una escala en la cual las relaciones interpersonales cara a cara son las que producen una mayor influencia, después le siguen las conversaciones telefónicas (en particular si utilizamos webcam), le siguen los SMS entre conocidos, después los mensajes/fotos en las redes sociales tipo Facebook, después las redes tipo Twitter/Tuenti. Finalmente la menor influencia se refiere a “tener alguien en la agenda” por haber tenido un contacto aislado y haberlo anotado “por si acaso”.

Para estos dos conocidos investigadores la **huella social** de una persona, se puede medir, por el sumatorio aritmético de una constante propia de cada tipo de comunicación (en el tipo más influyente la constante es mayor y en el tipo menos influyente es menor) multiplicado por el número de intercambios de cada tipo. Lo cual me parece una primera aproximación exploratoria para el cálculo de este concepto, porque no es lo mismo una relación interpersonal de confianza, que, de “meros conocidos”. No es lo mismo hablar por teléfono con un familiar que avisar al fontanero de una humedad en casa. No es lo mismo que el SMS proceda (o se envíe) a un amigo íntimo o sea publicidad multinacional y no es lo mismo, participar de forma activa en twitter que limitarse a cotillear lo que dicen otros.

Pero esta relación ha cambiado, o mejor dicho creo que ha cambiado porque aún no hay ningún estudio empírico, con los nuevos móviles, con los smartphones y en general con todo el entramado 3G (en especial aquellos dotados con webcam y que permiten conversaciones por skype y otros programas), los cuales integran todos los tipos de soportes (y por tanto tipos y redes de relación interpersonal) en uno solo, de tal manera que conforman un **sumatorio geométrico** de posibles influencias.

Algunos sectores industriales han tratado de impedir esta integración para mantener sus nichos de negocio particulares⁵, pero la integración de los diversos tipos de comunicación a través de móvil ya es imparable, lo que nos conduce hacia un nuevo tipo de usuarios (que ya son la mayoría de los habitantes del planeta), con un móvil personal, es decir, que nos acompaña todo el día y esté donde esté⁶. La transformación social que han producido las TIC hasta ahora no es nada comparada con lo que va a suponer el impacto de los “nuevos móviles” en especial para los procesos de participación social y acción colectiva. En realidad ya lo ha supuesto: nadie ha contado que Cruz Roja Internacional consiguió reunir después del terremoto de Haití, a través de una “cola” en Facebook, 250 millones de dólares, en apenas dos semanas, lo cual la convirtió en el mayor donante, que además hizo la donación con gran rapidez (Bonnely, 2010). Sin embargo la noticia televisiva de las donaciones fue, durante aquellas dos semanas la de diversos gobiernos (y una conferencia de donantes), la mayoría de las cuales aún no ha llegado (ni llegará). ¿Si quiero ayudar a Haití en quién confiaré? ¿En Facebook y CRI o en mi gobierno? Una parte importante de los ciudadanos del mundo lo deben tener claro.

Esto significa que una experiencia a través de soporte móvil como DROJNET tiene muchas posibilidades de éxito, siempre que se abandone toda pretensión de control vertical y jerárquico.

5 Apple apostó por esta integración al lanzar la serie del iphone, intentando a la vez preservar su propio nicho de negocio con esta iniciativa, lo cual indujo a otras marcas a eliminar la segregación de los diferentes tipos de TIC, lo cual, de rechazo, corrigió la exclusividad de Apple. Un ejemplo que demuestra lo difícil que es jerarquizar y cerrar el “mundo de las TIC”

6 Existen aún limitaciones relacionadas con los costes y las compatibilidades. Pero los avances tecnológicos y las nuevas iniciativas de integración, conducen, en el seno de un mercado muy competitivo, hacia un mayor grado de convergencia (y a más compatibilidad) y de disminución de precios. Aunque en España por diversas razones los precios se mantienen, de forma artificial, por encima de la media europea. Además la mayor parte de las TIC son cada día más “amables” lo que a su vez supone que las dificultades de coste y de incompatibilidad son cada vez menores, al menos para los usuarios más hábiles y los nativos digitales.

¿Es posible un modelo participativo-preventivo?

Desde hace decenios la pedagogía viene planteando sucesivos modelos educativos, cada vez más activos y participativos. Sin embargo la mayoría de programas preventivos en el ámbito de la salud⁷ y en particular los relacionados con las adicciones, mantienen un perfil pedagógico propio de etapas ya olvidadas. Los únicos avances a constatar se mantienen en el ámbito de la didáctica, con materiales accesibles (demasiado simples en ocasiones) y una programación más o menos dinámica. Si esto es muy grave (por desajustado) que ocurra en el ámbito escolar, resulta absurdo en el ámbito comunitario, donde sabemos que la mera información institucional produce escasos efectos sobre determinadas poblaciones, como los adolescentes. En parte este absurdo es debido a que tales programas son impulsados por profesionales carentes de una formación pedagógica adecuada.

Por este motivo llevo algunos años tratando de impulsar el avance de las metodologías participativas en el ámbito de la prevención. Hasta ahora he cosechado más bien rechazos (aunque muy buenas palabras), en una gran medida por la incapacidad de las instituciones públicas en asumir iniciativas participativas que no estuvieran, a la vez, estrictamente controladas, lo cual es una paradoja radical. En ámbitos como las adicciones aún se concibe la prevención, como una información estrictamente jerárquica y controlada, porque se supone que lo que importa es dar “información contrastada y basada en evidencia”, lo cual contribuye a sostener un paradigma educativo que fue superado hace ya muchas décadas.

Además al supervisar algunos programas preventivos he podido constatar como los profesionales dedicados a los mismos viven en la permanente coerción (y en ocasiones la angustia) de evitar que “se

7 En cambio en una parte importante de las intervenciones relacionadas con la disminución del daño y el riesgo, los modelos pedagógicos utilizados parecen más propios de este siglo.

cuelen mensajes inadecuados”, poco aceptables por las instituciones y que además pueden producir “escándalos políticos y mediáticos”. Por sí solo este peculiar estrés profesional garantiza la plena inutilidad de los mensajes preventivos, de la misma manera que aprenderse la lista de los reyes godos garantizaba la absoluta ignorancia sobre la España visigoda. En la actualidad todo el mundo asume la irrelevancia de saberse la lista de los reyes godos, pero en ámbitos como las adicciones se sigue exigiendo a los profesionales que se limiten a transmitir a las personas jóvenes la lista de las drogas ilegales (que ya son tantas como los Reyes Godos y tan poco probable que tengan que ver con alguna de ellas como con Atanagildo) y sus consecuencias más o menos fantaseadas. Además se suele tratar de textos e informaciones autorizadas previamente por los gestores de un discurso sobre la salud al que se le atribuye la condición de “políticamente correcto”⁸.

En la Fundación Atenea hemos tratado de superar esta situación con diversos programas, que propician un modelo preventivo-participativo. Son programas de pequeño tamaño, en parte porque las instituciones los viven con desconfianza, aunque dejan que utilicemos tales metodologías, por ejemplo el trabajo con usuarios agentes de salud, en el ámbito (mucho más amplio en la Fundación) de la reducción del daño. Además nos dan premios nacionales (FEMP, Reina Sofía), pero lo de financiar iniciativas en las que las que se propicie la información entre iguales, está sólo en muy pocas agendas institucionales.

Las experiencias de los programas PIUMAD y PIUSE, en la Fundación Atenea (dirigidos principalmente a estudiantes de Ciencias de la Información) ofrecen algunos resultados relevantes⁹, en

8 En el ámbito de la asistencia las cosas son muy diferentes desde principios de los años 90 cuando las instituciones asumieron como propias las políticas de reducción del daño y el riesgo. En cambio la prevención sigue utilizando las referencias propias de la década de los años 80 del siglo pasado.

9 Su evaluación será publicada a lo largo del año 2012.

un contexto en el que el contenido informativo y los mensajes preventivos (la mayoría creados bajo soporte audiovisual) han sido elaborados por los propios estudiantes sin ninguna censura (o sugerencia) por parte de la entidad. <http://www.facebook.com/pages/PIU-20/180967691952251>

- 1) El número de participantes y el volumen de materiales elaborados es muy alto en un programa pequeño y con escasa financiación.
- 2) Los contenidos de los audiovisuales (y los mensajes en otros soportes) incluyen contenidos preventivos muy adecuados y originales. La única pega técnica sería el exceso de rigidez moral (o de maniqueísmo) en alguno de ellos.
- 3) Los materiales se difunden, a través de las redes sociales, de una forma muy amplia y rápida entre la población universitaria española. Por su origen y forma de difusión son muy creíbles y asumibles (y por esto muestran una amplia difusión secundaria).
- 4) En las propias redes sociales se “aparcen y evitan” aquellos cuyos contenidos se consideran inadecuados o retóricos, lo que demuestra que el temor institucional a los “riesgos” de la participación horizontal, supone un “delirio temeroso” y poco justificado¹⁰.

10 Un ejemplo en la reciente presentación de los audiovisuales creados por los alumnos en una universidad española: Un vicedecano hizo un discurso de pura apología de las drogas, con perlas como “sin probarlas todas no tendréis la experiencia necesaria para escribir, como periodistas, sobre ellas”. La reacción de los activistas, fue educada, correcta, positiva y clara. El discurso del vicedecano fue relegado y desapareció en el proceso siguiente por la acción de los propios alumnos. Estoy convencido de que este mismo discurso, en la clausura de un curso de prevención más “vertical” y “jerárquico”, habría sido muy celebrado por una gran parte de los alumnos, porque así criticaba a una institución sanitaria (o similar), pero no en el caso del PIUMAD, porque, como dijeron, ¡les insultaba a ellos y a su trabajo!

Para comprender como se fomenta tanto “autocontrol” por parte de los propios participantes, hay que entender que en nuestra sociedad la lógica del consumo (y por tanto de la producción para el consumo de iguales), responde a la búsqueda de un logro identitario. Consumimos o dejamos de consumir porque este acto refleja (proyecta) algo sobre nuestra identidad social. Placer y displacer son subjetivos y en una gran medida variables dependientes de la lógica identitaria del consumo. En otro análisis ya he explicado cómo ha funcionado esta lógica con las drogas en España a través del mensaje positivo de la transgresión (Comas, 2009b). Otro análisis traducido hace poco (Frank, 1997), explica como los movimientos contra-culturales que protagonizaron los jóvenes en los años 60/70, facilitaron los éxitos del marketing en las décadas siguientes y como estos éxitos explican la expansión del consumismo. Un proceso histórico que integró, en el mismo bohío, las marcas de ropa, los perfumes, las drogas ilegales y los coches.

¿Es posible construir un mensaje alternativo a un determinado tipo de consumo? Desde luego ¿Es posible hacerlo al margen de la lógica del consumo? Bajo ningún concepto, porque la identidad social se logra y se consolida, casi de forma exclusiva, a través de los comportamientos de consumo. Hay que comprender que la identidad social es imprescindible para el ser humano y que, en esta formación social, sólo se adquiere identidad a partir de las acciones de consumo. Una acción puede ser comprar sólo ropa de marca, la acción alternativa puede ser utilizar sólo ropa sin marca (o incluso de segunda mano en centros de intercambio). La marca proporciona identidad, la no-marca otra identidad. Ambas son igual de potentes, aunque la primera identidad se llama “consumista” y la segunda “anti-consumista”. Los estudiantes del PIUMAD y PIUSE adquieren una fuerte identidad preventiva y se proyectan desde la misma. Podrían también adquirir una identidad pro-consumo, pero deberían haber sido

convocados para esta misión y con esta finalidad, de la misma manera que las personas que dieron la victoria a Obama fueron convocadas para apoyarle.

Si comprendemos esto, podemos comprender cuál es la única manera en la que pueden funcionar los mensajes preventivos en relación a las drogas. Porque deben ser mensajes positivos que impliquen un acto de consumo alternativo a las drogas, y por tanto una identidad diferente y contrapuesta a la del usuario de drogas. Por ejemplo un consumo de *“salud y estética corporal”*, un consumo de *“responsabilidad y sinceridad”*, o incluso un consumo de *“sostenibilidad y medio ambiente”*. Los mensajes institucionales pueden ayudar a conformar estos tipos alternativos de consumo, pero no es posible consumir sin más “mensajes institucionales” (salvo cuando el objeto identitario es la propia institución), porque la lógica de consumo no se sostiene sobre una base institucional sino sobre la lógica de una formación histórico social sustentada en las identidades construidas de abajo hacia arriba (aunque desde arriba pueden ser, y de hecho son, manipuladas) y raramente de arriba hacia abajo.

Conviene también aclarar que en el pasado, esta lógica publicitaria se articulaba de una forma jerárquica a partir de las decisiones de los responsables de unas pocas multinacionales, los cuales entendieron, a fines de los años 60, el poder de la trasgresión para impulsar el consumismo y la sociedad de consumo, fueron los años de “Madison Avenue”, pero ahora los creativos se sitúan a modo de red social, en una posición relativamente autónoma con relación a la industria, lo cual ha reforzado la cultura lógica que acabo de describir, porque ya no sólo es la de los líderes del sistema sino la de cada uno de estos creadores. Por este motivo si queremos que los mensajes sean aceptados, cuajen y se expandan no hay que crearlos, sino facilitar su creación.

Por tanto los mensajes de un proyecto como DROJNET¹¹, para ser efectivos, en particular con las personas con identidades “consumistas”, deben “proceder” de alguno (o varios) discursos alternativos y por tanto ser elevados a la categoría de tales desde identidades sociales reales. La lógica de la aceptación supone participación de iguales, aunque con identidades alternativas como las citadas. Expresados en términos más cotidianos, *“voy a dejar de consumir cocaína porque quiero cuidarme, como se cuida fulano o zutana que me resultan especialmente atractivos, o como mengano/a, cuya preocupación por la violencia política que producen las drogas demuestra su profundo sentido ético”*. O incluso como rechazo a otras identidades como ha ocurrido con el caso de los opiáceos y la imagen deteriorada que ofrecen, en la televisión, la calle, la red familiar y social, los adictos a los mismos

¿Supone esto que el emisor debe ser nominal? ¿Que los mensajes de DROJNET deben proceder de personas concretas? No, para nada. Porque aunque el imaginario de mensaje se fija sobre una identidad personal, esta identidad no está en el mensaje del móvil, sino en el uso identitario de este mensaje por otras personas, en la relación interpersonal o en las redes sociales. Sin un **mediador** identitario el contenido del mensaje se disuelve y se olvida (Lazarsfeld, 1944), pero este mediador no tiene por qué ser nominal. Por este motivo los programas preventivos basados en mediadores sociales reales son tan eficaces, pero casi imposibles porque cuando son de verdad son muy caros. ¿Cómo garantizamos la presencia de un mediador identitario en un proyecto sustentado en TIC? Pues a través de la participación social.

11 También es cierto que al dirigirlos a un segmento de población y etario de adolescentes tan limitado, la eficiencia puede ser mayor porque a estas edades la lógica del consumo es aún más cerrada. Pero no he escrito este texto pensando en la actual población objetivo sino, por razones de eficiencia, en un segmento más amplio.

La necesidad de la evaluación

Una de las grandes ventajas de DROJNET reside en haber sido evaluado de una forma muy completa. En realidad un programa experimental como DROJNET incluye de forma inevitable dos tipos de objetivos, aquellos que se refieren a las finalidades propias del programa (prevención del consumo) y aquellas que se refieren a su condición exploratoria o experimental para producir evidencia científica. Para comprobar si se han alcanzado las primeras el programa requiere ser evaluado, para alcanzar las segundas la evaluación se convierte en el verdadero objetivo del programa, ya que, en términos de políticas públicas, es más relevante obtener esta evaluación que el propio impacto del programa en un territorio delimitado.

La evaluación del programa es excelente¹², pero no puede imitarse si se adopta un modelo más participativo. Porque en la actualidad la evaluación de un programa no controlado institucionalmente y con soporte en redes digitales no es fácil porque plantea dos cuestiones muy diferentes, de una parte el nivel real de audiencia alcanzado, de otra parte el impacto preventivo de los mensajes. El primero resulta complejo si aplicamos los principios participativos propuestos, ya que no se puede cuantificar de forma inmediata ni los mensajes enviados, ni el número de receptores de los mismos, porque la propia red multiplica el número de emisores, además no lo hace de forma lineal, ya que ningún nodo es constante y además se produce migración a soportes digitales interrelacionados, en particular a través de móviles 3G. La segunda cuestión, en cambio, es bastante sencilla, utilizando técnicas cualitativas, en particular grupos de discusión o informantes de acuerdo con los criterios establecidos en manuales al uso (Comas, 2008) y utilizado en la anterior evaluación. También es

¹² Es cierto que el análisis de los datos obtenidos podría haber sido más "intenso", aunque al faltar elementos comparativos esto no es fácil, pero para esto esta la "imaginación analítica" que permite formular hipótesis atrevidas y novedosas.

cierto que la evaluación cualitativa de la eficiencia resulta incompleta sin una medida más o menos precisa de la audiencia.

Pero desde septiembre de 2011 cuando, una vez digeridos los resultados del Libro Blanco de la Medición de Audiencias Digitales, contando con la renuncia previa del Estudio General de Medios, ya se ha lanzado el Pliego de Condiciones Técnicas para la selección del medidor de referencia que proporcionará los datos de audiencia digital al Consejo de Mediciones Digitales. Todo el mundo profesional está de acuerdo con que los datos proporcionados por el CMD van a suponer un cambio rotundo en la imagen de la presencia social de las diversas TIC hasta tal punto que, posiblemente en el mismo año 2012, se producirá una profunda corrección en los precios del sector digital, ya que los resultados de audiencias pueden ser muy diferentes a las estimaciones indirectas, y más o menos espontáneas, realizadas hasta ahora.

En cualquier caso la modificación estructural de las audiencias globales facilitada por el CMD, permitirá ajustar las evaluaciones particulares de proyectos como DROJNET, ya que se podrán estimar con bastante precisión los efectos del mismo.

Una estimación imprescindible para confirmar el éxito del programa, ya que, si bien los programas basados en tópicos y estereotipos no necesitan evaluarse porque poseen un adecuado nivel de credibilidad institucional y social, en cambio los programas sustentados sobre modelos participativos (y por tanto sometidos a sospecha ideológica), deben ser evaluados con criterios muy estrictos. Aún así nunca alcanzarán el grado de credibilidad institucional que se le supone a la producción bien jerarquizada.

Bibliografía

- AGUINAGA, JOSUNE Y COMAS, DOMINGO (1991): *Infancia y adolescencia: la mirada de los adultos*, Madrid, MTAS.
- AGUINAGA, JOSUNE Y COMAS, DOMINGO (1997): *Cambio de hábitos en el uso de tiempo: trayectorias temporales de los jóvenes españoles*, Madrid, INJUVE.
- AGUINAGA, JOSUNE Y COMAS, DOMINGO(2006): “*La generación premeditada*” en TEMAS PARA EL DEBATE, nº 138.
- AGUINAGA, JOSUNE Y COMAS, DOMINGO (2008): “*La juventud española entre la negación y la mitificación*”, en DEL CAMPO, Salustiano y TEZANOS, José Félix (2008), *España Siglo XXI: la sociedad*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- AUTORES VARIOS (2011): *Online*, monográfico especial de INVESTIGACIÓN Y MARKETING, nº 112, septiembre 2011.
- BONNELLY, RAFAEL (2010): *La huella social: Cómo los usuarios tomaron el control de Internet*, Madrid, TF editores.
- COMAS, DOMINGO (1984): *Los jóvenes y las drogas desde la perspectiva de los años 90*, Madrid, INJUVE.
- COMAS, DOMINGO (2004): “*El canon generacional: una aproximación topológica*”, en SISTEMA, nº 178, Madrid, Fundación Sistema.
- COMAS, DOMINGO (2005): *Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos*, Madrid, INJUVE.

- COMAS, DOMINGO (2007): *“La generación premeditada y la sociedad tecnológica: el cambio social y la necesaria adaptación conceptual”*, en SISTEMA, n° 197/198, Madrid, Fundación Sistema.
- COMAS, DOMINGO (2008): *Manual para la evaluación de Planes, Políticas y Programas*, Madrid, INJUVE.
- COMAS, DOMINGO (2009a): *“La participación política de los/las jóvenes en la España democrática”*, en TEZANOS, José Félix (2009), *Juventud y exclusión social*, Madrid, Sistema.
- COMAS, DOMINGO (2009b): *“Una lectura ideológica (y política) del consumo”*, en AUTORES VARIOS (2009), *Problemas de drogas aquí y ahora*, Madrid, FAD.
- COMAS, DOMINGO (2009c): *Los jóvenes asturianos 2008: Los escenarios de la generación premeditada*, Oviedo, Gobierno de Asturias.
- COMAS, DOMINGO (2010): *Los presupuestos participativos y las políticas de juventud: Un estudio de caso sobre la cultura de la participación social en España*, Madrid, INJUVE.
- COMAS, DOMINGO (2011a): *“La sociedad española y el proceso de digitalización: ¿Por qué tratamos de confundir a los adolescentes?”*, en AUTORES VARIOS (2011), *Adolescentes digitales*, REJ, n° 92, Madrid, INJUVE.
- COMAS, DOMINGO (2011b): *“¿Por qué son necesarias las políticas públicas de juventud?”*, en AUTORES VARIOS (2011), *Las políticas públicas de juventud*, REJ n° 94, Madrid, INJUVE.
- COMAS, DOMINGO; AGUINAGA, JOSUNE; ORIZO, FRANCISCO ANDRÉS; ESPINOSA, ÁNGELES Y OCHAITA, ESPERANZA (2003): *Jóvenes y estilos de vida: Valores y riesgos de los jóvenes urbanos*. Madrid, FAD.

FRANK, THOMAS (1997): *La conquista de lo cool: el negocio de la cultura y la contracultura y el nacimiento del consumismo moderno*, Barcelona, Alpha Decay.

LAZARFELD, PAUL *et al.* (1944): *El pueblo elige*, Buenos Aires, Ediciones 3, 1962.

LI, CHARLENE Y BERNOFF, JOSH (2009): *El mundo Groundswell*, Madrid, Empresa activa.

PENENBERG, ADAM (2009): *Viral Loop: From Facebook to Twitter*, Hyperion Press.

WU, TIM (2010): *The master switch. The rise and fall of information empires*, Nueva York, Alfred A. Knopf.

Las tecnologías de la comunicación y la salud pública

JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA
CRISTINA NÚEZ VICENTE

Resumen

La enfermedad no es la motivación principal para que las personas, y los jóvenes especialmente, se impliquen en el autocuidado de su salud. La decisión de adoptar un comportamiento saludable y la existencia de un empoderamiento real de los grupos diana, debe llegar por una revisión de las estrategias de Salud Pública, cuyo objetivo debe ser trasladar a la sociedad un “valor de salud” como una creencia central y un derecho individual más que una obligación cargada de connotaciones morales en muchos casos. Las TIC pueden aportar a la promoción de la salud la herramienta idónea para conseguir que la comunicación en redes sociales promueva una implicación en el autocuidado de la salud. Especialmente en grupos a los que no se llega con métodos tradicionales como los jóvenes. Los jóvenes aceptan mejor las TIC para transmitir información preventiva. Por otro lado, esta estrategia puede permitir avanzar en un empoderamiento para impulsar estrategias de prevención ambientales centradas en la modificación de entornos no protectores de la salud. Se analiza el concepto de red social y sus aportaciones a la promoción de la salud y al empoderamiento en particular.

Finalmente se aporta alguna experiencia realizada en este sentido.

Palabras clave

Salud pública, promoción de la salud, empoderamiento, estilos de vida, TIC, jóvenes.

Keywords

Public health, health promotion, empowerment, life styles, ICT, young people.

Introducción

Desde que en los años 80 entramos en lo que M. Terris (1994) definió como la “tercera revolución epidemiológica”, como aquella en que la mortalidad y la morbilidad mundial vienen determinadas en gran medida por la adopción de hábitos saludables, la promoción de la salud se ha convertido en el eje de las acciones para la mejora de la salud individual y comunitaria.

La Carta de Ottawa de 1986 y posteriormente la Declaración de Yakarta de 1997 dan la seña de identidad a la promoción de la salud como la Salud Pública del siglo XXI: “la promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Promover la salud comprende diferentes acciones individuales y colectivas: promover la responsabilidad social para la salud, expandir los valores de la salud, aumentar la capacidad de los individuos y las comunidades para el autocuidado (concepto de empoderamiento), entre otros.

Además, las formas de trabajar con los individuos y colectividades en la promoción de la salud, en especial en la modificación de estilos de vida no saludables, se han basado en la educación para la salud. Desde esta estrategia, intervenciones en el medio educativo, en la comunidad y en los sistemas sanitarios (atención primaria en especial) han sido los lugares donde mayoritariamente se han llevado a cabo estas acciones. Así mismo, la comunicación de los contenidos preventivos se realiza a través de charlas, materiales audiovisuales, materiales de apoyo en formato de papel y más recientemente se han introducido trabajos a través de internet.

Desde el ámbito de las adicciones (tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas) y en la intervención con jóvenes en el medio educativo, se ha constatado la insuficiencia en primer lugar de la mera transmisión de contenidos para modificar comportamientos

perjudiciales (Becoña, 2002); en segundo lugar, la relativa eficacia de los programas preventivos a largo plazo, con una extinción de sus efectos en periodos de dos a cuatro años.

Dicho esto, venimos asistiendo a un fracaso de los métodos tradicionales de educación sanitaria por las dificultades que entraña conseguir cambios duraderos de los comportamientos; como ocurre en problemas epidémicos como la obesidad, el tabaquismo, el abuso de alcohol y otros. Todos ellos son causantes directa o indirectamente de las enfermedades que copan la morbilidad y mortalidad en el siglo XXI como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

El concepto de empoderamiento, que se considera la piedra angular de la mejora de la salud individual y colectiva, tiene que ser revisado para lograr un mayor impacto en términos de “gestión de la propia salud” y en términos de capacidad de mejorar la salud colectiva. No es posible un empoderamiento sin una implicación real de las personas en su proceso de autocuidado y, a su vez, no es posible una comunidad comprometida con su salud sin una identidad y objetivos compartidos (Resende, 2008).

En todo este panorama comentado sobre la promoción de la salud irrumpen con fuerza desde los años noventa las llamadas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). En este contexto se han modificado los medios de comunicación de masas como la televisión y la prensa con la incorporación de internet y las páginas web. De modo que actualmente con la web 2.0 se ha dado una confluencia de dichos medios con internet pasando a ser interactivos. Paralelamente, se está trasladando el acceso a internet a los teléfonos móviles, lo que ha añadido una mayor personalización y flexibilidad en el uso de internet. Por todo ello, la comunicación de masas está cambiando a un ritmo vertiginoso.

Junto a todos estos cambios se ha producido otra revolución en la comunicación, en las relaciones sociales entre los jóvenes especialmente, aunque no sólo en ellos, con la aparición con una fuerza inusitada de las llamadas redes sociales (facebook, tuenti, twitter,...).

Las redes sociales se están configurando como el lugar de comunicación entre iguales y el vehículo de multitud de iniciativas que tienen un impacto en el llamado mundo “off-line”, como se ha podido ver en movimientos recientes de índole político y social, aglutinando una colectividad unida por un interés, una meta y un deseo de reivindicación comunes. Las redes sociales ya no las define el hecho de compartir un “territorio” sino compartir una misma “red interconectada”, la pertenencia a un grupo virtual dentro de una red social.

El corolario es que la salud pública no puede mirar a otro lado y no tener en cuenta la revolución tecnológica y las comunicaciones sociales cuando su objetivo es la promoción de la salud de la población mediante la modificación de hábitos y la adopción de estilos de vida saludables. Se abre un nuevo horizonte y un nuevo campo de actuación en internet y la web 2.0 para iniciar una nueva revolución en la forma de educar en la gestión de la salud individual y la salud colectiva. Crear el valor salud en la red, llegar a grupos vulnerables, promover acciones y campañas de comunicación social en la red, son, entre otros, los retos que tenemos por delante.

Causas de morbilidad y mortalidad y estilos de vida

Los datos del INE (2008) sobre defunciones según causa de muerte en España dejan patente como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer de pulmón y colon y enfermedades respiratorias son las principales causas de fallecimiento en la población general. En el caso de los jóvenes, los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte con una tasa de 7,5 jóvenes entre 15 y 24 años por 100.000 habitantes, según la Dirección General de Tráfico

(2010). Tanto en el caso de la población general como en los jóvenes, los valores y estilos de vida son la causa más importante de la enfermedad causante del fallecimiento o de los comportamientos arriesgados que causan el fallecimiento. El sedentarismo, la mala alimentación y el consumo de tabaco explican una gran parte de la aparición de dichas enfermedades. En el caso de los jóvenes se sabe que el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas está implicado en un 42%, al menos, de los accidentes de tráfico (en prensa, El País, 9 de enero de 2012).

Por todo lo anterior desde la salud pública, la promoción de la salud es considerada la piedra angular de la salud del siglo XXI (Carta de Ottawa 1986 y Declaración de Yakarta 1997). Que los individuos y las comunidades tengan más medios para mejorar su salud y que puedan tener más control sobre ella es el eje central del concepto de promoción de la salud. En este contexto se ha venido sosteniendo que la mera acción sobre los individuos y comunidades proveyendo información sobre cómo comportarse saludablemente es claramente insuficiente para conseguir resultados duraderos. Es precisa una acción que trascienda lo individual y que logre modificar las condiciones ambientales y del entorno social (e incluso político) que operan dificultando una gestión eficaz de la salud por parte de las personas y comunidades.

En el ámbito de la prevención del tabaquismo podemos ver como en España tras medidas de índole normativo con la promulgación de la ley 42/2010, de 30 de diciembre que restringe el consumo de tabaco, la venta, la publicidad y el patrocinio, es cuando se están observando reducciones significativas en la prevalencia del tabaquismo juvenil y en el abandono del tabaco en la población general (Plan Nacional Sobre Drogas, 2009). Y esto, cuando, desde hace años se vienen realizando programas de prevención del tabaquismo en el medio escolar de resultados muy limitados.

Sin embargo, aunque es cierto que es necesaria la adopción de una estrategia de “prevención ambiental” (Burkhart, 2011) tal y como se propone para el alarmante incremento del abuso de alcohol entre los jóvenes, en este trabajo proponemos y afirmamos que la ausencia de una acción en red que promueva una “gestión responsable de la salud individual y colectiva”, es la causa de que hayan fracasado en estas dos décadas pasadas las estrategias de prevención. Queda pendiente la revolución en la promoción de la salud que como veremos vendrá de la mano de la revolución, a su vez, en las comunicaciones sociales con internet, la web 2.0 y las redes sociales.

El concepto de empoderamiento

La Carta de Ottawa significó una nueva salud pública que reorientó una concepción “behaviorista” predominante hasta mediados de los años ochenta, en la que la responsabilidad de la salud recae sobre el comportamiento individual hacia otra en la que la perspectiva ambiental ha intentado ganar terreno, de modo que los individuos no son los únicos responsables de su salud, también lo son las condiciones del entorno en el que se desenvuelven. Sin embargo, finalmente estrategias centradas en los individuos y en su comportamiento, a través de la educación para la salud, han sido la metodología de intervención principal durante estos años y se ha ido manteniendo hasta el momento actual a pesar de haber demostrado su valor limitado.

El excesivo énfasis en la responsabilidad individual, es decir, en el comportamiento como eje de la intervención en promoción de la salud, ha venido produciendo una tendencia hacia la “culpabilización” de las personas como causantes y responsables de sus propias enfermedades y resultados negativos de su comportamiento, siendo ésta una visión parcial y sesgada de la multicausalidad del proceso de salud-enfermedad. De algún modo es un proceso de culpabilización de la propia víctima, que ha sido esgrimido frecuentemente para no acometer políticas de promoción de la salud de carácter ambiental y

referidas a las condiciones de vida y los riesgos a los que los individuos y comunidades están expuestos.

El empoderamiento como estrategia de promoción de la salud persigue que los individuos y comunidades tengan un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud, que tengan un mayor y mejor acceso a la información sobre los temas que le interesan de la salud y los recursos, y que puedan ejercer acciones de movilización e implicación en procesos para lograr una mayor protección de su salud. Esta estrategia tiene un gran componente psicológico ya que aspectos como la asertividad, la mejora de la autoestima, el afrontamiento y el apoyo social son los ejes de la intervención. Sin embargo, como ya se expuso, aún siendo una actividad necesaria ha demostrado su insuficiencia para conseguir que colectivos de riesgo (por ejemplo: jóvenes y uso de alcohol y tabaco) se impliquen en su autocuidado y que realmente ayude a la “gestión de la salud y los riesgos” en individuos y colectivos.

El esquema que muestra los conceptos básicos del empoderamiento tal y como los entiende la OMS (1998) conlleva un conjunto de capacidades y de acciones diversas (ver cuadro 1).

Cuadro 1.- Conceptos básicos del empoderamiento según la OMS (1998)

Tener capacidad de decisión propia: mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud
Tener acceso a la información y los recursos para tomar una decisión apropiada
Tener una gama de opciones para escoger
Habilidad para ejercer asertividad en toma de decisiones colectivas
Tener un pensamiento positivo y la habilidad para hacer cambios
Habilidad para aprender y para mejorar sus capacidades personales o del grupo
Habilidad para cambiar las percepciones por medios democráticos
Mejorar la autoimagen y superar la estigmatización
Involucrarse en un proceso auto-iniciado de crecimiento y cambios continuo

El concepto de empoderamiento no se limita a los individuos sino que también se refiere a la comunidad, de modo que la salud de una colectividad depende de la capacidad de aglutinar intereses comunes y acciones conjuntas para conseguir una mayor influencia sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida, de carácter ambiental, especialmente. Precisamente es en la consecución de un “empoderamiento de la comunidad” donde ha fracasado la promoción de la salud y las políticas de salud pública. No se ha logrado dotar de los instrumentos reales para que las comunidades puedan ejercer una acción decidida que modifique los determinantes de salud ambientales. En este contexto es donde se asienta la tesis que proponemos. Las tecnologías de la comunicación e información van a poder ser la herramienta que permita movilizar intereses colectivos y que sean éstos los que logren promover una verdadera prevención ambiental. El concepto de empoderamiento de una comunidad, desde Ottawa y Yakarta, hace referencia a un apoyo específico de personas que se localizan en una zona o territorio. En dicho entorno comparten culturas, valores y normas, así como una organización social y de servicios comunes. De aquí que los miembros de la comunidad adquieren un sentimiento de identidad común y necesidades compartidas en materia de salud, ámbito que ahora nos ocupa, así como un cierto compromiso por satisfacerlas. Esta definición de “comunidad” adolece de un cierto sustento real a la vista de la evolución de la sociedad y las comunicaciones en el siglo XX y lo que llevamos del siglo XXI.

Por un lado, no se ha conformado un sentimiento de identidad y pertenencia a una comunidad (nos referimos a entornos urbanos) como lo ha venido demostrando el estancamiento del movimiento asociativo por falta de voluntariado y de compromiso social. Hasta el punto de que las organizaciones no gubernamentales han pasado a ser dependientes de la Administración para su subsistencia, perdiendo por ello su capacidad de “empoderamiento comunitario” y autonomía.

Por otro lado, estamos asistiendo en esta última década a una auténtica revolución en el campo de las comunicaciones en masa por internet y la web 2.0, como ya se comentó anteriormente. Esencialmente lo que está ocurriendo es que las comunidades “virtuales” están tomando ese papel protagonista que se le otorgó a las comunidades en el sentido clásico, en el ámbito de la promoción de la salud y los estilos de vida saludables y que estaba muy vinculado a un territorio. Las redes sociales a través de internet están empezando a actuar como verdadero instrumento de empoderamiento en el ámbito de la salud, consiguiendo constituir verdaderas “comunidades virtuales” con sentimiento de pertenencia a ellas, apoyo social y con clara influencia en la promoción de comportamientos activos de autonomía y reivindicación social. Se pueden encontrar ejemplos de este tipo en todo lo que implica padecer una enfermedad, ejerciendo verdadero apoyo emocional y una acción para la mejora de sus condiciones de tratamiento y reivindicando incluso la puesta en marcha de investigación sobre dicha enfermedad. También están apareciendo blogs de profesionales para poder estar en comunicación con pacientes, lo que está generando un nuevo perfil del “paciente informado” que, a su vez, está modificando el papel del médico pasando a ser un “facilitador o ayudador en la gestión de la salud del paciente”.

Ahora bien, las comunidades virtuales de afectados o pacientes tienen el denominador común de que la enfermedad actúa como verdadera motivación para implicarse en la red, del mismo modo ocurre con los profesionales sanitarios que se ocupan de ellos. Apunto este hecho porque el uso de TIC para la salud tiene más que ver con “curación y soporte social y profesional entre pacientes y profesionales” y no con la prevención y promoción de la salud.

El gran reto de desarrollo futuro se encuentra, sin duda, en cómo usar la web 2.0 para la promoción y la gestión individual y colectiva de la salud. La red social con pacientes en las webs, blogs y otras herramientas de internet para este fin están siendo exitosas

porque sus usuarios son “cautivos”; es decir, acuden a las redes sociales porque la enfermedad y todo lo que la rodea es la motivación principal y elemento de cohesión para permanecer en ellas y usarlas. En salud pública no ocurre de este modo. Los hábitos y estilos de vida saludables, la disminución de riesgos y, en general, la promoción de la salud se apoya como hemos visto en el “empoderamiento individual y comunitario”, para lo cual los individuos deben estar predispuestos a asumir la salud como “valor personal o colectivo”. La enfermedad no es la motivación principal para que las personas, y los jóvenes especialmente, se impliquen en el autocuidado de su salud. La decisión de adoptar un comportamiento saludable y que exista un empoderamiento real debe llegar por una revisión de las estrategias de Salud Pública, cuyo objetivo debe ser trasladar a la sociedad un “valor de salud” como una creencia central y un derecho individual más que una obligación cargada de connotaciones morales en muchos casos.

Sin entrar de lleno en esta cuestión por no ser objeto de este escrito, el concepto de salud como valor imperante hasta la actualidad es básicamente biomédico y en el que el paternalismo en la relación médico-paciente ha sido la tónica. Derivado de esto, en la población juvenil (por citar un caso muy paradigmático) se ha generado una desconfianza sistemática hacia los mensajes de promoción de la salud que se proponen desde las administraciones. De aquí el fracaso de la prevención en el uso de alcohol y drogas, por ejemplo, como ya se ha comentado en otro lugar. Es necesario de modo urgente realizar una revisión del concepto de la salud como “valor” para conseguir que la población en general se implique más en el autocuidado de su salud, que a nuestro entender debería tener en cuenta la siguiente tesis de partida: la salud no es “única” sino que es un continuo diverso que va de la no asunción de ningún riesgo para la salud hasta la exposición a los riesgos, y en la que cada individuo y comunidad “gestiona” dichos riesgos conforme a variables de índole personal, familiar, social y cultural.

Las redes sociales y la salud

Las redes sociales constituidas gracias a la web 2.0 y más recientemente los móviles de última generación que permiten la conexión en cualquier lugar y momento, van a suponer el gran soporte o la herramienta en la que se va a apoyar en los próximos años esta “revolución” en la Salud Pública y la promoción de la salud en particular. Creemos firmemente que gracias a la revolución en las comunicaciones de masas con internet y la web 2.0, se van a producir los elementos esenciales de este cambio de paradigma en la promoción de la salud hacia el empoderamiento real a través de la acción individual y colectiva en las redes sociales. La posibilidad de modificar y crear ese nuevo concepto de salud como “valor” gestionado entre los profesionales, los individuos y colectividades, y en concreto, en referencia a los jóvenes, hará que podamos avanzar en un “modelo de gestión de la salud” por el que se impliquen realmente porque serán protagonistas activos de él.

El concepto de red social tiene unos antecedentes que se pueden seguir desde Kurt Lewin (1939) en los años treinta con su teoría del campo al señalar que la conducta se determina por los hechos en que coexiste y éstos forman un “campo dinámico” de influencias mutuas. Otro punto de inferencia es Jacob Levy Moreno (1961) y su sociometría al proponer el estudio del comportamiento en función del lugar que ocupa cada individuo en un grupo. Durante los años cuarenta el concepto de red social fue muy utilizado por los estructuralistas en antropología para explicar el comportamiento de organizaciones (Warner y Mecker, 1949). En los años cincuenta John Barnes (1954) fue el primero en utilizar el análisis de redes sociales para estudiar fenómenos sociológicos. En los años posteriores, curiosamente a través de las matemáticas y la Teoría de Grafos, se recuperó el uso del término para el análisis matemático de las relaciones de una estructura social, acuñándose el término “lazos” (ties) entre actores sociales, y “nodos” (cualquier estructura social). Por

lo tanto el concepto de red social fue usado como una forma de estudio de estructuras sociales.

Sin embargo, a partir de internet y la web 2.0 la red social ha adquirido un valor como categoría sociológica, de modo que se pueden describir los fenómenos que ocurren en las redes sociales de comunicación y explicarlos. Es un campo novedoso en el que autores como Castells (1996) señalan que esta “nueva era de la información y comunicación” basada en la tecnología digital, viene acompañada por el surgimiento de una “estructura social en red” en todos los ámbitos de la actividad humana.

La integración de las tecnologías de la información y de la comunicación, en especial la web 2.0 y el trabajo específico a través de las redes sociales, para la información y la prevención en salud pública, es un campo incipiente. De hecho aún son pocas las experiencias en este sentido ya evaluadas, ya que hasta el propio marco metodológico de la evaluación se está definiendo para conseguir determinar el impacto de estas intervenciones.

En cualquier caso ya encontramos experiencias de utilización de las TIC para la promoción de la salud en el ámbito de la salud pública. Las redes sociales y, en general, la web 2.0 pueden ser un instrumento que consiga ampliar el impacto de los mensajes que buscan una mayor responsabilidad por parte de la población en el cuidado de su salud. Las redes sociales son capaces de generar una gran implicación de los grupos diana en la protección de su salud como valor central que hay que defender.

Del mismo modo, las TIC permiten una participación activa en la creación de estrategias de prevención. En concreto, es prometedor la utilización de las TIC para la prevención y la información sobre el abuso de drogas entre los jóvenes. Como es sabido, este colectivo es, en cierta medida, “impermeable” a los mensajes preventivos so-

bre el abuso de alcohol y otras drogas. El proyecto Drojnet (www.drojnet2.eu) de la administración sanitaria de La Rioja (España) viene desarrollando desde el año 2006 una estrategia para aprovechar las posibilidades de las TIC para la prevención y reducción de riesgos y daños en el abuso de alcohol y otras drogas. En estos años de evaluación de las estrategias con las TIC como el uso de telefonía móvil para envío de SMS y MMS preventivos, el uso de webs informativas, foros y redes sociales para fomentar la participación juvenil; así como la evolución de la propia tecnología de la comunicación hacia la portabilidad de la conexión a internet desde el teléfono móvil, han hecho necesaria la rápida incorporación de los cambios impuestos por la propia evolución de la tecnología, desde las estrategias iniciales que se apoyaban más en los mensajes cortos de teléfono hacia la conectividad con los móviles y las redes sociales. En este momento, el uso de las redes sociales y la web 2.0 (foros, blogs,...) es el eje del desarrollo de la estrategia de este proyecto que persigue acercar la información al joven, usar sus canales de comunicación y, en especial, promover la participación activa de ellos mismos en construir mensajes y estrategias que logren un “empoderamiento” real para la protección de su salud.

De la evaluación de resultados cabe destacar la unánime pertinencia de usar las TIC para llegar a los jóvenes y la importancia de utilizarlas como vehículo pero no como un fin en sí mismas.

Bibliografía

BARNES, J. (1954): *Class and communities in a Norwegian Island Parish*. Human Relations (7), 39-58.

BECONA, E. (2002): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

BURKHART, G. (2011): *Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención?* Adicciones, vol. 23, nº 2, págs. 87-100.

CASTELLS, M. (1996): *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Vol. I. La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial.

CASTELLS, M.; FERNÁNDEZ, M.; LINCHUAN J. Y SEY. A. (2007): *Comunicación móvil y sociedad. Una perspectiva global*. Madrid: Ariel-Fundación Telefónica.

DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO (2010): *Las principales cifras de la siniestralidad vial España 2010*. Edit. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Madrid, 2011.

EL PAÍS: 9 de enero de 2012 (En prensa)
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/01/09/actualidad/1326076574_287976.html

GEMERT-PINJEN, J.E.; NIJLAND, N. *et al.* (2011): *A holistic framework to improve the uptake and impact of health technologies*. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 13 , nº 4: oct-dec.

INE. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2008
<http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>

LEVY MORENO, J. (1961): *Fundamentos de la Sociometría*. Buenos Aires: Paidós.

LEWIN, K. (1939): *Teoría del campo y experimentación en psicología social*

LEY 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado. Núm. 318 Viernes 31 de diciembre de 2010 Sec. I. Pág. 109188. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986): *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997): *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998): *Glosario 1998*. Ginebra: OMS.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2009): *OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. Informe 2009*. Madrid.

RESENDE, S. (2008): *Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria*. Buenos Aires: Salud Colectiva, 4(3):335-347, septiembre-diciembre 2008.

SIEGRIST, J. (2011): *Social Determinants of Health – contributions from European Health and Medical Sociology Determinantes sociales de la salud – Contribuciones de la sociología médica y de la salud europea*. Política y sociedad. Vol. 48, nº2.

TERRIS, MILTON (1994): *La Epidemiología y la salud pública: Orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica*. Rev San Hig Pub.1994.

VILLANUEVA, JOEL (2007): *las tres revoluciones epidemiológicas*. Epidemiología. N° 7. vol. 24 semana 7, 1-4.

WARNER, LL.Y MECKER, K.E. (1949): *What is social class in America*. New York: Irvington Publishers.

¿Rebeldes sin causa? Jóvenes y valores 2.0 en el entorno saludable de las TIC

CARLOS GURPEGUI VIDAL

Resumen

Internet es un espacio para la construcción de buenas prácticas, que será cada vez más saludable en la medida que las nuevas generaciones ejerciten su protagonismo y compartan en la Red su nueva formulación de actitudes, conductas y valores. Un medio clásico como el cine ya nos ayudó a reflexionar sobre los ‘rebeldes con causa’, que ahora se actualizan en el escenario digital, el agente de socialización del nuevo siglo, desarrollando diferentes ciberculturas donde la educación para la salud tiene mucho que aportar.

Palabras clave

Internet, identidad digital, ciberculturas, generaciones, actitudes, causas, educación para la salud

Abstract

Internet is a space for the construction of good practices that will become healthier in the new generations as they exercise their role and share in the network its new formulation of attitudes, behaviors and values. A medium like film classic and helped us reflect on the ‘rebels with a cause’, now updated in the digital arena, the agent of socialization of the new century, developing different cybercultures where health education has much to contribute.

Keywords

Internet, digital identity, cyberculture, generations, attitudes, causes, health education

“I’m a stranger here of my self”

Nicholas Ray

Como lúcidamente afirmaba Ryszard Kapuscinski, “cada vez más historias virtuales ocupan el lugar del mundo real en nuestro imaginario”¹. *Rebelde sin causa* (Nicholas Ray, 1955), representó el perfil de un joven atrapado y contestatario, dispuesto a sacrificar su vida por la amistad y el amor. Un film dramático que ya entonces identificaba a una juventud que vivía deprisa, deprisa, algo parecido a la propia vida de James Dean. Los tiempos se multiplican en el vértigo, y con ellos, las causas fruto de los valores e ideales de sus jóvenes. El cine ha hecho retrato de ello –*La naranja mecánica* (Stanley Kubrick, 1971), *Hair* (Milos Forman, 1979), *Corazón salvaje* (David Lynch, 1990), *Trainspotting* (Danny Boyle, 1996), *El Club de la Lucha* (David Fincher, 1999), por citar algunas, en turbulencias–, pero damos el salto al momento actual, al tiempo de la web social –más vertiginoso y convulso si cabe por mucho que de diseño sea–, con otra película de este último director.

La red social: Zuckerberg como icono generacional

“Si fuérais los inventores del Facebook, habríais inventado Facebook”. Desde Michelangelo Antonioni con *Blow Up* (1966) hasta Gus Van Sant con *Elephant* (2003), han sido diversas las intenciones de cineastas por hacer un retrato generacional. Quizá ésta haya sido la mayor baza de *La red social*, la composición de rostros y ambientes para formular un discurso distante y desesperanzado sobre las motivaciones vitales y las relaciones *offline* de una juventud marcada por la soledad y la competitividad.

La red social aparenta una película de juicios ‘entre niños’, cierto, repleta de diálogos especializados en el argot de Facebook para

1 Kapuscinski, Ryszard (2003): *Los cinco sentidos del periodista*, Edita Fondo de Cultura Económica, Madrid, pág. 15.

mentes de jóvenes emprendedores. La intriga como marca de estilo de su realizador. David Fincher y Kevin Spacey, director y productor, construyen un retrato *cartoon* de los sucesos acontecidos en esta histórica etapa de la fundación digital, estereotipando con lucidez y representando con detalle las hazañas de los nuevos conquistadores y las desventuras de sus antihéroes.

Fincher, responsable también de numerosos spots y videoclips, no es ajeno a las nuevas posibilidades que ofrece la Red y se consolida como un estupendo recreador de atmósferas morales, ya sean ciudades nocturnas o habitaciones frías y oscuras, residencias tenebristas para un claro narrador *neoético* del siglo XXI. En Fincher, el entorno hace a sus criaturas, las condiciona y modela –algo que ya llamó poderosamente la atención en sus comienzos con *Seven* (1995) y en la anteriormente citada *El Club de la Lucha* – para asistir después al devenir de sus víctimas sin causa.

Basado en el libro de Ben Mezrich *Los billonarios accidentales*, Jesse Eisenberg compone con solidez a Zuckerberg, una extraña mezcla de duro y blando, desmembrado y tenaz, mientras que Justin Timberlake construye un solvente villano Sean Parker. El triángulo de infidelidades se cierra con un correcto Andrew Garfield, en la piel de Eduardo Saverin, psicologías y comportamientos variados de los jóvenes 2.0.

La Red, agente de socialización

Relaciones y emociones de *La red social*, que nos permiten profundizar en la realidad, instantánea de los jóvenes ‘de siempre’ ante un ‘nuevo escenario’, conectado y compartido. En palabras de un visionario Marshall McLuhan, hemos extendido nuestro sistema nervioso central hasta abarcar todo el globo, “aboliendo tiempo y espacio, al menos en cuanto a este planeta se refiere. Nos estamos acercando rápidamente a la fase final de las extensiones del ser humano: la simulación tecnológica de la conciencia, por la cual los procesos creativos del conocimiento se

extenderán, colectiva y corporativamente, al conjunto de la sociedad humana, de un modo muy parecido a como ya hemos extendido nuestros sentidos y nervios con los diversos medios de comunicación”².

Claramente la Red se ha convertido en un agente de socialización fundamental, sustituyendo a la secular televisión en su rol de tótem en la transmisión y modelado de valores, actitudes y conductas de las audiencias, que ahora viven un paradigma prescriptivo, con un déficit –a mi entender– de cultivo de conocimiento y empoderamiento, oculto bajo la niebla y moda mediática de brechas digitales y generaciones Me. Creo que la principal asignatura pendiente es la de formar unos receptores y usuarios cada vez más autónomos, libres, críticos y creativos, en un entorno de convivencia con los medios, donde todos debemos ‘saber ser alfabetizados’. Sarabia y Muñoz³ lo enuncian de forma positiva y capacitante: “La gran cantidad de tiempo que muchos jóvenes dedican a Internet y otras opciones tecnológicas no es tan negativa como muchos padres creen, ya que este tiempo les permite llegar a dominar nuevas habilidades, desarrollar su personalidad y hacer nuevos amigos”.

Pulsos jóvenes ante la nueva cibercultura

Condicionados por el impacto de las nuevas tecnologías, las ciberculturas son algunas de las formas en las que los nuevos cosmos juveniles participan y se articulan. Marcelo Urresti⁴ las caracteriza por los siguientes aspectos:

2 McLuhan, Marshall (1996): *Comprender los medios de comunicación: las extensiones del ser humano*, Ediciones Paidós, Barcelona, págs. 24-25.

3 Sarabia Sánchez, F.J.; Muñoz Senra, J. (2009): *Actitud y mediación de la familia hacia la exposición a Internet de los niños y adolescentes. Un enfoque de marketing*. Ed. EsicMarket, Madrid, Vol. 133, pág. 166.

4 Urresti, Marcelo (Ed.) (2009): *Ciberculturas juveniles. Los jóvenes, sus prácticas y sus representaciones en la era de Internet*. Editorial La Crujía, Buenos Aires.

- Un nuevo sistema de aparatos digitales
- Mezcla confusa de géneros periodísticos
- Consumidores productivos y no pasivos
- Otra intimidad, la ciber-desinhibición
- Nuevas formas de comunidad/microcultura

Creo que en estos momentos nuestra juventud se encuentra dirimiendo varios pulsos. Presento algunos de ellos. En términos absolutos, a la izquierda estarían los roles más cercanos al déficit o a lo que podríamos llamar un receptor pasivo y manipulable. A la derecha se encontrarían los aspectos más positivos de autonomía y empoderamiento personal y comunitario, los activos para la salud, generadores de la creación de capacidad en y desde el entorno digital:

- Consumidores vs Ciudadanos
- Prescriptores vs Buenas prácticas
- Ocio vs Herramienta
- Jugadores vs Receptores
- Soledad offline vs Comunicación online
- Sociabilidad virtual vs Sociabilidad real
- Sensaciones vs Emociones
- Impulsividad vs Interacción
- Individualismo vs Compartir

Causas de la colaboración 2.0 de la juventud

Si por algo se caracteriza la web social es por tener el concepto/realidad de la participación como máxima en la construcción de sus redes. Una cultura del compartir que, como enuncia la OMS, entiende las redes sociales⁵ (social networks) como las “relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud. Una sociedad estable tiene muchísimas más probabilidades de tener establecidas redes sociales que faciliten el acceso al soporte social”.

En los últimos años, varios expertos han ido actualizando este diagnóstico vital, actitudinal y de hábitos, de la participación. Nicholas Carr⁶ asevera que la juventud ‘comparte’ porque le gusta hacerlo: “La principal razón de que la gente contribuya a estos sitios no es diferente de la que existe para que se dediquen a un hobby o regalen su tiempo a obras benéficas: porque les gusta hacerlo. Les produce una gran satisfacción. La creación es algo que a la gente le gusta de modo natural, mostrar sus creaciones a los demás, hablar sobre sí mismos y sus familias, o formar parte de proyectos comunitarios. En Internet no es distinto (...) La descarga de vídeos, la publicación de blogs, la eliminación del código de fuente abierta, la edición de entradas en la Wikipedia, constituyen simplemente nuevas formas de pasatiempo o de obras benéficas que la gente siempre ha realizado además de su trabajo pagado”.

Charlene Li y Josh Bernoff en su libro *El mundo Groundswell*⁷ profundizan también en estos nuevos ‘movimientos sociales conecta-

5 Glosario de Promoción de la Salud (2000). Organización Mundial de la Salud.

6 <http://www.nicholasgarr.com>

7 Li, Charlene y Bernoff, Josh (2009): *El mundo Groundswell: cómo aprovechar los movimientos sociales espontáneos de la Red*. Ed. Empresa Activa, Barcelona.

dos': "En todo momento, los consumidores, a través de infinidad de blogs, están informando, compartiendo, criticando y recomendando los productos y servicios que consumen cotidianamente y opinando acerca de cada una de las acciones que emprenden". Para Li y Bernoff las principales motivaciones a la hora de participar son las siguientes:

- Mantener el contacto con los amigos
- Hacer nuevos amigos
- Sucumbir a la presión social de los amigos
- Devolver el favor a los demás
- El impulso altruista
- El impulso lascivo, exhibicionismo
- El impulso creativo
- El impulso de validación, valía
- El impulso de afinidad

Así mismo y en tercer lugar, Chris Anderson⁸ en su libro *Gratis*⁹ destaca también las motivaciones que los jóvenes de la web social tienen para compartir: "Los incentivos para compartir pueden ir desde la reputación y la atención a factores menos mensurables, como la expresión, la diversión, el buen karma, la satisfacción, o sencillamente el propio interés".

8 <http://longtail.com>

9 Anderson, Chris (2009): *Free, the future of a radical price*. Editorial Tendencias (Urano).

Retos de la educación para la salud

El entorno digital no es un escenario ajeno a la promoción de la salud. Desde el territorio online, la web social es reflejo de nuestras prácticas en la vida cotidiana, y requiere de estrategias que capaciten a jóvenes y adolescentes en su uso y consumo. Creo que los principales retos son a largo plazo pero de ejercicio diario, afianzando conquistas en las tres dimensiones salubristas, la personal, la relacional y la ambiental:

1. La construcción de una nueva identidad
2. Digitalización y reputación de la adolescencia
3. Una gestión emocional amable y prospectiva
4. Establecer el ‘nosotros’ como criterio comunitario
5. Habilidades y emprendimiento
6. Sociabilidad y hacer frente a las adicciones
7. Capacitación y trabajo en Red
8. Protección que invite a la promoción de la salud
9. Buenas prácticas de coeducación y resolución de conflictos
10. Desarrollo de entornos saludables abiertos y conectados

Empatía y compromiso con las causas

Jeremy Rifkin investiga la evolución de la empatía –fundamental habilidad para la vida – y su profunda inferencia en la formación y desarrollo de nuestra sociedad. Según el mismo Rifkin¹⁰, vivimos la

Tercera Revolución Industrial, basada en las energías verdes y organizada desde Internet, esperanza para las nuevas generaciones.

Tras las diversas experiencias de ciudadanía ejercitadas desde la web social –especialmente las iniciadas como movimiento de ‘indignados’ –, quizá el nuevo escenario de los jóvenes con causa pase por gestionar el compromiso en la web social, utilizando sus herramientas de comunicación como ejercicio de cohesión comunitaria. Como apunta Stéphane Hessel en *¡Comprometeos!*¹¹ “es necesario emprender una acción (...) no para lograr el mejor de los mundos, sino un mundo viable”.

Habrà que cultivar valores y actitudes, cuidando que la Red siga haciendo de altavoz de causas, sospechando siempre también sus ejercicios de manipulación como contracultura. Recientes quedan los descarados anuncios de Bankia y Movistar utilizando la moda del 15M. Los nuevos jóvenes tendrán que protagonizar e inventar todas esas nuevas causas, haciendo de Internet un espacio de utopía.

Concluyendo

No obstante, muchos jóvenes no disponen ni de baúl ni de alfabeto para las causas. Urge la construcción de éstas, causas online y offline. Para ello será necesario un nuevo cultivo de su identidad digital. Como profundiza Zygmunt Bauman¹², con responsabilidad reflexiva: “La construcción de identidad implica el triple desafío (y riesgo) de confiar en uno mismo, en otros y también en la socie-

10 <http://www.lavanguardia.com/economia/20111102/54237366965/jeremy-rifkin-espana-podria-crear-millones-de-trabajos-manana-gracias-a-sus-edificios.html>

11 Hessel, Stéphane (2011): *¡Comprometeos!* Ediciones Destino, Barcelona.

12 http://elpais.com/diario/2011/10/17/cultura/1318802401_850215.html

dad”. Con una nueva reformulación del ‘nosotros’ y de los múltiples aspectos comunitarios.

Respecto a las acciones del 15M el mismo Bauman detectaba que su crecimiento se desarrollaba “a través de la emoción” pero que a ésta le faltaba pensamiento. Modernidad y conocimiento, diría yo también. “Con emociones sólo, sin pensamiento, no se llega a ninguna parte (...) nos hallamos en una fase especialmente interesante, como en un laboratorio de acción social nuevo”.

Una tarea que también será toda una gimnasia personal. Como lúcidamente enuncian Dolors Reig y Gabriela Fretes¹³, “hay mucho, como hemos visto, de empoderamiento, de aprendizaje de la diversidad, de liberación favorable a la autoexpresión; de acercamiento entre lo que queremos ser y lo que somos en realidad, en el viaje que hacemos a través de la red hacia nosotros mismos, en el proceso de madurez en cuanto a identidad digital, que intento describir. Dicho en otras palabras, la identidad del individuo conectado aumenta, es mucho más potente que antes del ejercicio de autoconocimiento, autoexpresión y autorrealización que supone una interacción bien aprovechada, en las redes sociales”.

13 Reig, Dolors y Fretes, Gabriela (2011): *Identidades digitales: límites poco claros*. Especial TIC e innovación. Cuadernos de Pedagogía nº 418 diciembre 2011. Página 61.

Uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes: Evaluación de necesidades para un servicio online de salud mental

NOEMÍ GUILLAMÓN CANO
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

Resumen

El objetivo de este estudio fue explorar el uso de Internet y las redes sociales para la salud en una muestra de 158 estudiantes de 12 a 18 años (55,7% chicas) en Barcelona (España). Los adolescentes fueron encuestados sobre el uso de Internet y las redes sociales para la salud, su percepción de necesidad de ayuda, y su opinión acerca de la posibilidad de implementar un servicio de salud en la red dirigido a cubrir sus necesidades.

El 75% de los encuestados había utilizado Internet para buscar información sobre salud, principalmente en relación a la apariencia física, enfermedades, dieta y nutrición, piercings y tatuajes, fitness, sexualidad, drogas o salud mental.

Aunque el 84,1% percibía su salud como buena o muy buena, el 70,9% consideraba que había tenido dificultades relacionadas principalmente con relaciones románticas, la escuela, los amigos o la familia, o bien se sentía ansioso o triste. El 82,3% de los encuestados que tenían algún problema habían solicitado ayuda, especialmente a sus amigos, padres y profesores, pero también a través de Internet.

El 35,4% estaban bastante o muy interesados en participar en un servicio online de salud dirigido por un psicólogo para obtener información y consejo y compartir opiniones y preocupaciones con sus iguales. Los beneficios más valorados fueron la búsqueda de información útil y consejos, conocer a otras personas con problemas similares, el anonimato, la confidencialidad y la gratuidad. Entre las desventajas, algunos preferían el contacto cara a cara, desconfiaban de que los demás conocieran sus problemas o preferían no revelar su identidad.

Palabras clave

Internet, salud, adolescentes, necesidad de ayuda

Abstract

We study Internet and social media use for health purposes in a sample of 158 students (55.7% female; mean aged=15.09, SD=1.68; range: 12-18 years old) in Barcelona (Spain).

Subjects were surveyed about Internet and social media use for health purposes, perception of need for help, and their opinion about an online mental health service addressed to meet their needs.

75% of respondents had used Internet for health purposes, mainly to find information about physical appearance and beauty, diseases, diet and nutrition, piercings and tattoos, fitness, sexuality, drugs or mental health.

Although 84.1% perceived their health to be good or very good, 70.9% considered that they had difficulties concerning romantic relationships, school, friends or family, felt anxious or sad, or had drugs or eating problems. 82.3% of respondents experiencing difficulties had sought help, especially from friends, parents and teachers, but also from the Internet.

35.4% are fairly or very interested in participating in an online group led by a psychologist to obtain information and advice and share opinions and concerns with their peers. Benefits most valued were finding useful information and advice, meeting other people with similar problems, anonymity, confidentiality and gratuitousness. Among the downsides, some prefer face to face help and distrust others knowing their problems or prefer not to reveal their identity.

Results are discussed in relation to the potential of Internet and social media for mental health service delivery, their benefits and limitations.

Keywords

Internet, health, teens, help-seeking behaviour

Póster presentado en la “6th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology” (6ª Conferencia Internacional sobre Psicopatología Infantil y Adolescente) celebrada en la Universidad de Roehampton (Londres, Reino Unido) en Julio de 2011.

Introducción

Muchos adolescentes se muestran reacios a pedir ayuda por temas relacionados con su salud, especialmente porque no confían en la confidencialidad y el anonimato de los servicios formales de salud (Rideout, 2001; Suzuki y Calzo, 2004), porque sienten vergüenza, incomodidad o miedo discutiendo sus problemas y preocupaciones más íntimas con otros, especialmente si son personas que no conocen (Ackard y Neumark-Sztainer, 2001), o porque creen que nadie les puede ayudar o que pueden resolver sus problemas sin necesidad de consultar a otros (Dubow, 1990). Teniendo en cuenta estos motivos, no es sorprendente que estudios como los de Borzekowski y Rickert (2001) y en nuestro país Jiménez-Pernett et al. (2010) hayan señalado que cerca del 50% de los adolescentes buscan información sobre salud en Internet, siendo este porcentaje de un 70% para otros autores (Rideout, 2001).

Dado que Internet se está convirtiendo en una de las principales fuentes de información y recursos para los jóvenes, es importante y necesario conocer el uso que hacen en relación a la salud, como paso previo al diseño de estrategias dirigidas a la mejora de la información, el acceso a los recursos de salud y, en definitiva, de su calidad de vida.

¿Qué les preocupa a los jóvenes? ¿Dónde acuden para buscar información o pedir ayuda? ¿Qué tipo de información buscan? ¿Qué calidad tiene esta información? Estas son, sin duda, preguntas relevantes para los profesionales de la salud que trabajamos con este colectivo y su respuesta nos ayudará a diseñar proyectos encaminados a mejorar el acceso de este colectivo a unos recursos sanitarios de mayor calidad.

El objetivo de este estudio fue explorar el uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes entre 12 y 18 años, su

percepción de necesidad de ayuda y su opinión acerca de la posibilidad de implementar un servicio de salud en la red dirigido a cubrir sus necesidades.

Este trabajo es el primer paso de un proyecto más ambicioso cuyo objetivo principal es el diseño y puesta en marcha de un servicio online de información sobre salud dirigido a jóvenes que cuente con el asesoramiento de un profesional de la salud y que constituya asimismo un espacio destinado a compartir opiniones y preocupaciones con otros adolescentes.

La encuesta

Basándonos en algunas encuestas previas sobre el uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes (Borzekowski y Rickert, 2001; Dumitru, 2007; Elisson et al., 2007; Gould et al., 2002; Jiménez Pernet et al., 2010; Park 2009; Pempek et al., 2009; Pew Internet Research, 2009; Rideout, 2001; Skinner et al., 2003; Subrahmanyam et al., 2008), se creó una versión preliminar de la encuesta que fue revisada por un experto en ehealth y por tres niños y adolescentes de diferentes edades. A partir de sus comentarios, se obtuvo la versión final de la encuesta.

Ésta consta de 39 preguntas que se agrupan en los siguientes apartados:

- Datos demográficos.
- Uso de Internet: preguntas en relación al uso de Internet, frecuencia, motivos, uso en relación a la salud.
- Redes sociales: preguntas en relación a la participación en redes sociales, frecuencia de uso, motivos y satisfacción.

- Salud y percepción de necesidad de ayuda: preguntas en relación a la percepción de su salud, la existencia de problemas en la actualidad, la percepción de necesidad de ayuda, dónde busca esta ayuda y la percepción del grado de utilidad de Internet y las redes sociales en relación a su necesidad de ayuda.

Participantes y procedimiento

Los participantes en este estudio fueron 158 estudiantes de ESO y Bachillerato de una escuela concertada de Barcelona con la que el equipo mantenía contacto. Todos los estudiantes reunían las condiciones necesarias para participar y entendían el idioma de la encuesta.

La escuela accedió a que se aplicara la encuesta a una línea de estudiantes de entre 12 y 18 años, en concreto, a una clase de 1º ESO, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO, 1º Bachillerato y 2º Bachillerato. A cambio, el equipo de investigación se comprometió a organizar una charla dirigida a padres y profesores para exponer los resultados y hablar del uso de las redes sociales por los adolescentes. Se solicitó el consentimiento pasivo de los padres y el consentimiento oral de los niños y adolescentes. En mayo de 2011 la encuesta se aplicó de forma anónima durante una de las clases. Completar la encuesta llevó un promedio de 20 minutos.

El 44.3% (70) eran chicos y el 55.7% (88) fueron chicas. La media de edad fue de 15.09 años (DE=1.68), aunque hubo una representación homogénea de todas las edades. La mayor parte de los estudiantes eran de Barcelona (91%), y el resto de otros puntos de España (1.3%), Europa (1.9%), y de otros países no europeos (4.4%).

Resultados

Uso de Internet y las redes sociales para la salud

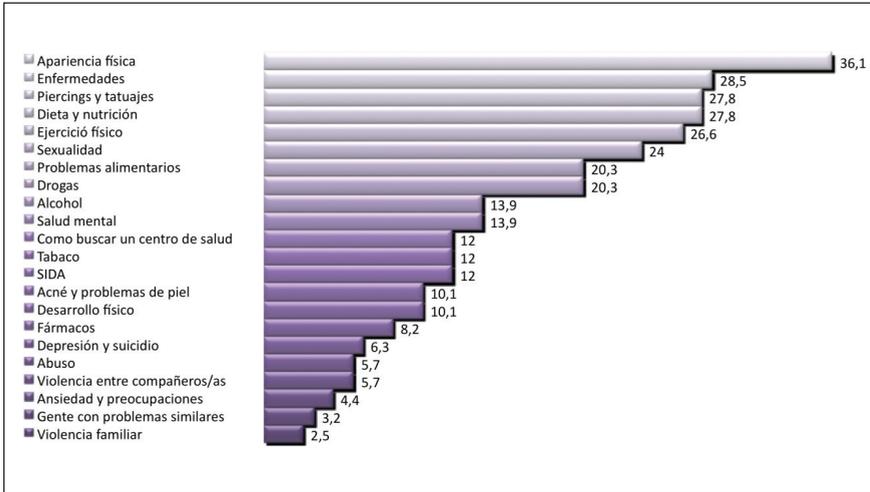
De los estudiantes encuestados el 100% usaba Internet de forma frecuente. Asimismo, prácticamente todos los adolescentes (91.1%) eran usuarios de una o más redes sociales, especialmente de Facebook, y el 48.6% participaba en más de una red social.

El 75% de los encuestados había usado Internet para buscar información sobre salud. Como se puede observar en la figura 1, los adolescentes consultaron Internet especialmente para encontrar información sobre temas relacionados con el aspecto físico (apariencia física, belleza, dietas, nutrición, piercings, actividad física), enfermedades, sexualidad, drogas y problemas de alimentación.

En un análisis más detallado de las diferencias en función del sexo y la edad, observamos que las chicas usaban Internet en mayor porcentaje que los chicos para buscar información (64.2% de las chicas y el 35.8% de los chicos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas). Respecto a los temas de interés, las chicas buscaron más información sobre aspecto físico, belleza, piercings y tatuajes, problemas de alimentación y enfermedades, mientras que los varones lo hicieron, en mayor porcentaje que las chicas, sobre tabaco y desarrollo físico.

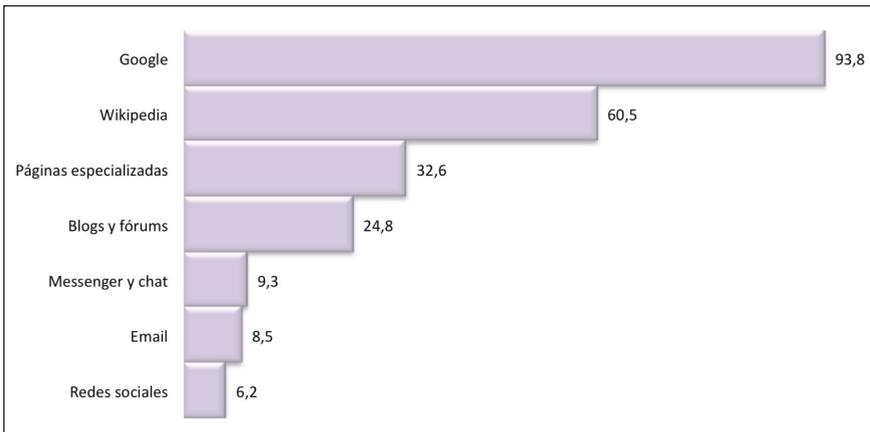
Respecto a la edad, los chicos mayores buscaron, en general, más información en todas las categorías temáticas propuestas.

Figura 1. ¿Qué información sobre salud buscan los adolescentes en Internet?



Quando se les preguntó por la fuente de información (ver Figura 2), la mayoría consultó en buscadores como Google y wikipedia, y un número menor lo hizo en páginas especializadas o haciendo uso de la web 2.0 (foros, chats, redes sociales...).

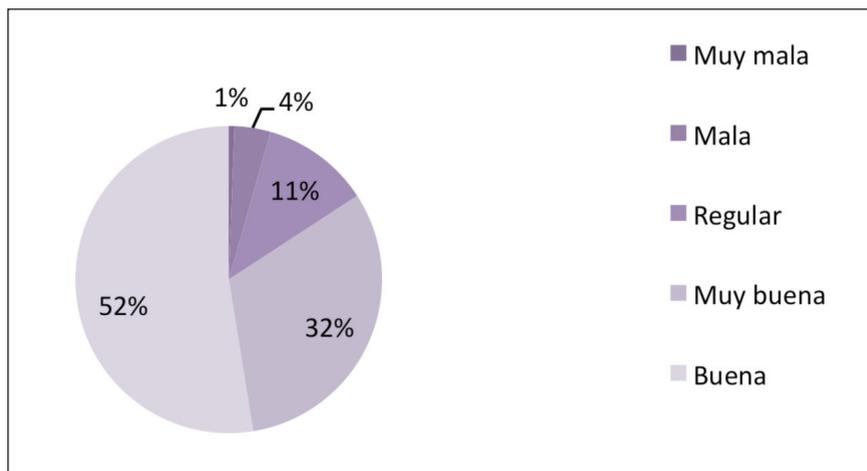
Figura 2. ¿Dónde buscan información sobre salud en Internet? (%)



Percepción de salud y de necesidad de ayuda

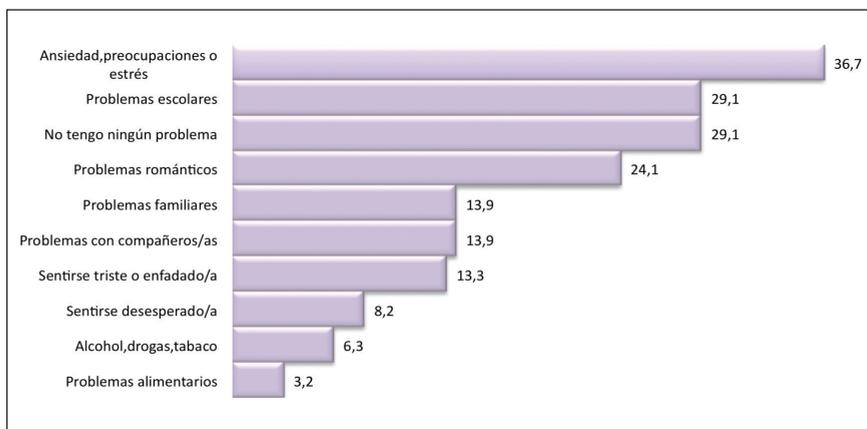
Como se puede ver en la figura 3, el 84.1% considera que su salud es buena o muy buena.

Figura 3. Percepción de la salud del adolescente.



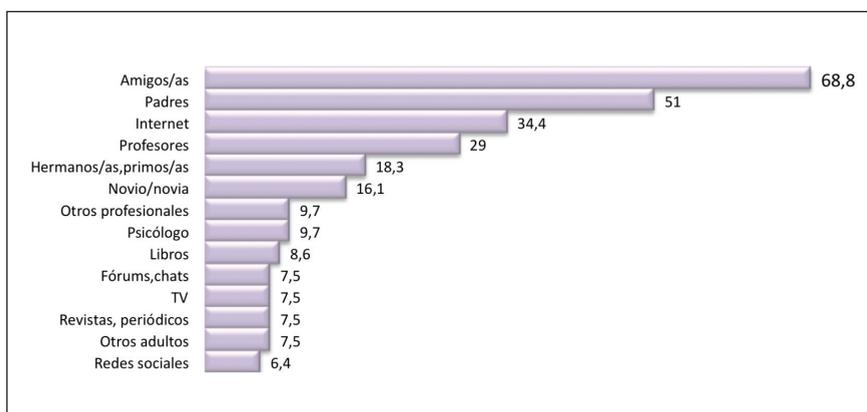
Sin embargo el 70.9% de los encuestados indicó que en el momento de responder la encuesta tenía preocupaciones y dificultades en relación, principalmente, con las relaciones románticas, la escuela, los amigos o la familia, o tenía problemas de alimentación o drogas, en menor porcentaje (ver figura 4). Más de un tercio de los encuestados indicó que en esos momentos se sentía ansioso/a, nervioso/a o preocupado/a, y un porcentaje nada despreciable se sentía triste o enfadado/a. Probablemente el momento en que se aplicó esta encuesta podría explicar, al menos en parte, estos resultados, dado que se trataba del período previo a la evaluación final de curso y en el caso de los mayores (2º de Bachillerato), del período previo a las pruebas de selectividad.

Figura 4. Problemas o preocupaciones de los adolescentes.



De los adolescentes que indicaron manifestar algún problema o preocupación el 82.3% había buscado ayuda, especialmente acudiendo a amigos, padres y profesores. Sin embargo el dato más sorprendente es que más de un tercio buscó ayuda haciendo uso de los recursos de la red, bien a través del Messenger, chats o foros, bien buscando información por Internet o participando en una red social (ver Figura 5).

Figura 5. ¿A quién o dónde piden ayuda los adolescentes?

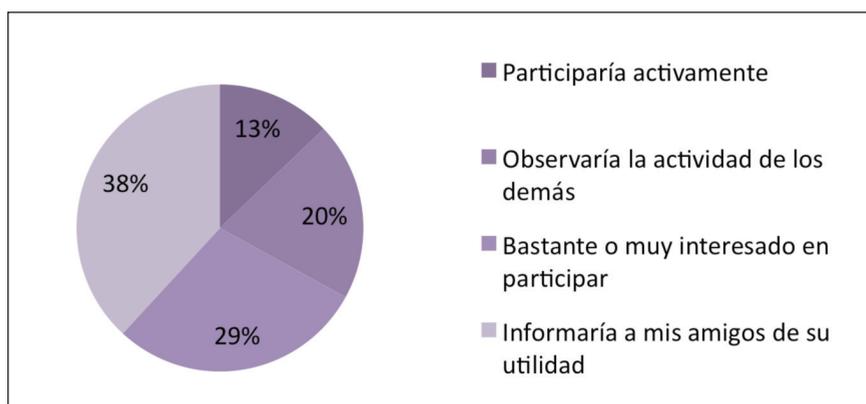


Chicos y chicas no difirieron en el porcentaje de ellos que buscó ayuda por sus preocupaciones. Sin embargo, las chicas acudieron más a amigos/as, hermanos/as, primos/as y padres que los chicos. Estos en cambio consultaron más en foros o chats que las chicas. La conducta de búsqueda de ayuda incrementó con la edad.

¿Un servicio online de salud? Opinión, pros y contras

Se les preguntó a los adolescentes su opinión acerca de la posibilidad de crear en la red un espacio en el que pudieran recibir asesoramiento por parte de un psicólogo en los temas que les preocupaban y, además, compartir con otros adolescentes sus problemas y recibir el apoyo de iguales. Como se puede observar en la Figura 6, la acogida fue positiva.

Figura 6. Opinión sobre la creación de un servicio online de salud.



También se les preguntó acerca de las ventajas y desventajas de un servicio de salud de estas características a través de la red. Entre los beneficios más valorados destacan: poder encontrar información útil (68,5%) y recibir asesoramiento (47,3%), ver que hay otras personas que tienen problemas como yo (45%), el anonimato (44,3%), la confidencialidad (44,3%) y que se trate de un servicio gratuito (47%).

Entre las desventajas, un tercio prefiere la ayuda presencial (34,8%), desconfían de que otros sepan sus problemas (36,9%), prefieren no revelar su identidad (27,7%) o no disponen de tiempo (23,4%).

Discusión

En nuestro estudio el 75% de los adolescentes hace uso de Internet para buscar información relacionada con la salud, especialmente en relación con la apariencia física, las enfermedades y la sexualidad. Pese a la variabilidad observada en diferentes estudios en el porcentaje de adolescentes que busca información sobre salud por Internet, se observa cierto consenso en que los temas respecto a los que los jóvenes buscan más información son la apariencia física, la nutrición, el deporte, la sexualidad, las drogas y las enfermedades (Jiménez-Pernett et al., 2010; Rideout, 2001). Según algunos autores, hablar de sexualidad o de drogas con otras personas suscita mucha incomodidad por parte de los jóvenes (Ackard y Neumark-Sztainer, 2001; Suzuki y Calzo, 2004), por lo que consultar información sobre estos temas a través de la red podría ser una buena alternativa para ellos.

Asimismo, se observan diferencias en función del sexo y la edad tanto en el uso de internet para la salud como en el tipo de información que buscan por la red. Así, las chicas buscan, en general, más información sobre salud que los chicos, dato señalado también en otros estudios (Gray et al., 2005) y conforme aumenta la edad también se observa una mayor frecuencia de búsqueda, en paralelo al mayor acceso y uso que los adolescentes, en comparación con los niños, hacen de las tecnologías. Por otro lado, chicos y chicas buscan información sobre temas distintos en la red. Así, las chicas en nuestro estudio se mostraron más preocupadas por temas relacionados con la belleza y las enfermedades, mientras que los chicos lo hicieron por su desarrollo físico y el tabaco. Otros trabajos también observan diferencias en

el tipo de información que buscan chicos y chicas y señalan patrones específicos de búsqueda de ayuda en función del género (Ackard y Neumark-Sztainer, 2001; Gould et al., 2002). Según estos autores, en general las chicas suelen pedir más ayuda cuando tienen un problema o una preocupación que los chicos y suelen consultar con fuentes informales (padres, amigos/as, hermanos/as) y formales (institucionales, profesionales) con mayor frecuencia que los chicos. En nuestro estudio se observa que las chicas acuden con mayor frecuencia que los chicos a estas fuentes de apoyo, si bien los varones consultan más por la red cuando tienen un problema. Estos resultados sugieren que los varones podrían beneficiarse en mayor medida que las chicas de los servicios online de salud y/o de otros recursos informativos que se pudieran poner a su alcance a través de la red, dado que al parecer utilizan principalmente recursos en línea (chats y foros) para pedir ayuda.

La búsqueda de información y de ayuda, sin embargo, se hace en la mayoría de los casos a través de buscadores generales y no tanto de páginas especializadas, por lo que se hace necesario, por un lado, examinar la calidad de las publicaciones en línea sobre salud que consultan los adolescentes y, por otro, dotar a los agentes de salud más cercanos a los jóvenes (por ejemplo, a los profesores) de herramientas adecuadas para orientar a sus alumnos en la búsqueda de información que estos realizan en la red. En este sentido, sería importante disponer en la red de páginas especializadas dirigidas específicamente a este grupo de edad.

La posibilidad de tener acceso a un servicio online para realizar consultas de los temas que les preocupan suscita interés en los jóvenes y se ha valorado de forma positiva en nuestro estudio. Sin embargo, resulta interesante que aspectos tales como la desconfianza para explicar sus preocupaciones más íntimas o el miedo a revelar su identidad, aspectos clave ya reseñados en la introducción a este trabajo, y que hacen referencia a los principales obstáculos de los jóvenes para pedir ayuda, están muy presentes también ante la posi-

bilidad de utilizar un recurso online. Todo ello nos hace pensar que es imprescindible contar con la colaboración de los adolescentes a los que este potencial servicio irá dirigido en su diseño y puesta en marcha. Sólo con su participación podremos diseñar una intervención que se acerque de forma más efectiva a cubrir sus necesidades. Por este motivo, el siguiente paso en este proyecto es la realización de entrevistas en profundidad con grupos de jóvenes para que nos orienten acerca de lo que les preocupa y de cómo la red puede ayudarles a encontrar información y apoyo minimizando los obstáculos ante los que se enfrentan en su búsqueda de ayuda.

Bibliografía

- ACKARD, D.M. & NEUMARK-SZTAINER, D. (2001): Health Care Information Sources for Adolescents: Age and Gender Differences on Use, Concerns, and Needs. *Journal of Adolescent Health*, 29, 170–176.
- BORZEKOWSKI, D. & RICKERT, V. (2001): Adolescent Cybersurfing for Health Information. A New Resource That Crosses Barriers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 813-817.
- DUBOW, E. F., LOVKO JR., K. R., & KAUSCH, D. F. (1990): Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 44–54.
- DUMITRU, R., BÜRKLE, T., POTAPOV, S., LAUSEN, B., WIESE, B., PROKOSCH, H. (2007): Use and perception of Internet for health related purposes in Germany: results of a national survey. *International Journal of Public Health*, 52, 275–285.
- ELLISON, N. B., STEINFELD, C., & LAMPE, C. (2007): The benefits of Facebook “friends:” Social capital and college students' use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12, 1143–1168.
- GOULD, M.S., MUNFAKH, J.L., LUBELL K., KLEINMAN, P. S. (2002): Seeking help from the Internet during adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1182–1189.
- GRAY, N.J., KLEIN, J.D., NOYCE, P.R., SESSELBERG, T.S., CANTRILL, J.A. (2005). Health information-seeking behavior in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1467-1478.

- JIMÉNEZ-PERNETT, J., OLRÝ DE LABRY-LIMA, A., BERMÚDEZ-TAMAYO, C., GARCÍA-GUTIÉRREZ, J.F., & SALCEDO-SÁNCHEZ, M.C. (2010): *Use of the internet as a source of health information by Spanish adolescents. BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10:6.
- PARK, N., KEE, K., & VALENZUELA, S. (2009): Being Immersed in Social Networking Environment: Facebook Groups, Uses and Gratifications, and Social Outcomes. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 729-733.
- PEMPEK, T.A., YERMOLAYEVA, Y.A., & CALVERT, S.L. (2009): College students' social networking experiences on Facebook. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 227-238.
- PEW INTERNET RESEARCH AND AMERICAN LIFE PROJECT (2009): *Parent/Teen Cell Phone Survey 2009*. <http://www.pewinternet.org/~media/Files/Questionnaire/2010/Sept09-TeenParent%20Cell%20Phone-Topline-All.pdf>
- RIDEOUT, V. (2001): *Generation Rx.com. How Young People Use the Internet for Health Information*. A Kaiser Family Foundation Survey. December 2001.
- SKINNER, H., BISCOPE, S., POLAND, B., & GOLDBERG, E. (2003): *How Adolescents Use Technology for Health Information: Implications for Health Professionals from Focus Group Studies*. *Journal of Medical Internet Research*, 5, e32.
- SUBRAHMANYAMA, K., REICH, S.M., WÄECHTER, N., & ESPINOZA, G. (2008): Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 420-433.
- SUZUKI, L.K. & CALZO, J.P. (2004): The search for peer advice in cyber space: An examination of online teen bulletin boards about health and sexuality. *Applied Developmental Psychology*, 25, 685-698.

Redes sociales: Conversaciones multipantalla, riesgos y oportunidades

ANGUSTIAS BERTOMEU MARTÍNEZ

Resumen

Las redes abren nuevas formas de violencia sexista y usos con alto índice de riesgo, que es necesario afrontar. Las administraciones públicas, como garantes de derechos, tienen el reto de universalizar el acceso a las TIC para generalizar las ventajas y oportunidades de la Sociedad de la Información y adoptar medidas para impulsar la seguridad en la red.

Los entornos de conocimiento colectivo son nuevas formas de relacionarse, donde ya hay diferencias en los usos, intereses y capacidades según el género. Podemos hablar de brecha digital de género. Se parte de un uso equilibrado entre las niñas y niños, pero se va abriendo una brecha digital vinculada a las diferentes edades y características.

Las redes son entornos de comunicación en los que las chicas se sienten cómodas, asumen el liderazgo en la producción de contenidos, las incorporan como un espacio de identidad y relación con su grupo. Ellas, al ser proactivas, tienen más riesgo de ser víctimas de violencia y acoso. La socialización de la violencia machista y de comportamientos sexistas llamados micromachismos, hace que no perciban peligro en estas actitudes. Las redes sociales muestran otra cara más de la violencia patriarcal, que sólo se puede afrontar con educación, formación y denuncia.

También son espacios que añaden oportunidades, nuevas estrategias de relación y comunicación, aportan otras formas de socializarse, no aíslan, al contrario abren horizontes.

Las TIC no son neutrales. Necesitamos nuevos horizontes que permitan a las mujeres aportar su mirada y den cabida a sus intereses, deseos y expectativas.

Palabras clave

Brecha digital de género, redes sociales, adolescentes digitales, micromachismos TIC, tecnofilia, usuarias proactivas.

Nuevas fronteras. Riesgos y oportunidades

Internet y las redes sociales son entornos de conocimiento colectivo que están marcando nuevas formas de relación, son espacios de conversación multimedia ricos en formatos y posibilidades que crean nuevos lenguajes y formas de presentarse en el espacio público. Abren nuevas fronteras y también nuevos riesgos, acosos, violación de la intimidad, o posibles adicciones entre otros.

El impacto que la rápida difusión de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación está teniendo sobre la economía, la cultura y la propia sociedad está transformando los modos y prácticas de la ciudadanía, las empresas y las administraciones. Surgen prestaciones de una serie de servicios digitales sobre las redes de comunicaciones electrónicas que están transformando los hábitos lúdicos. Es en este campo donde se están produciendo los nuevos riesgos. Para valorar realmente su incidencia específica entre las mujeres hay que tener en cuenta la diferente participación de mujeres y hombres en la red.

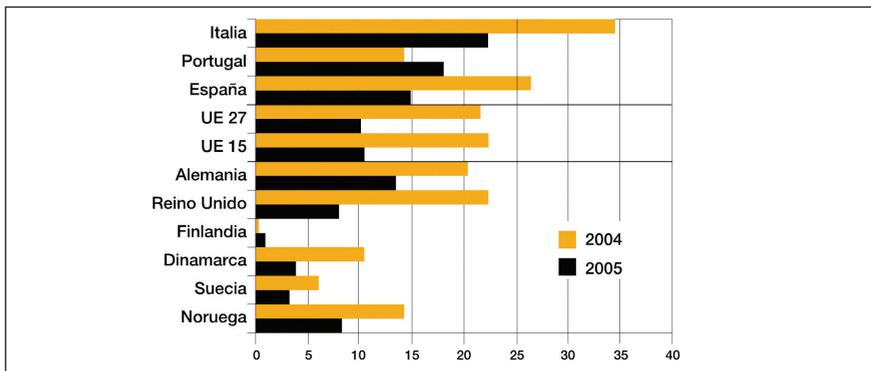
La brecha digital de género. Usos diferenciados

Las tecnologías son fuente de conocimiento y riqueza, ofrecen grandes oportunidades y recursos, pero es importante estar alerta sobre las diferencias de acceso, combatir las brechas digitales entre países, nivel de riqueza y también de género. Esta brecha se suma, como todas las desigualdades de las mujeres, a la del país en el que nace, si vive en zona rural o urbana, el nivel educativo y la renta per cápita. Las niñas y chicas jóvenes son parte de esta brecha, pues soportan las desigualdades de género que les afectan por los roles sociales y la división sexual del trabajo.

Los resultados del Observatorio e-igualdad¹ evidencian una creciente convergencia en el acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) por parte de mujeres y hombres, si bien persisten importantes brechas de género incluso entre la juventud.

En los últimos años la proporción de mujeres que acceden al ordenador e Internet ha tendido a acercarse a la de los hombres, pero aún se identifican diferencias entre los sexos en forma de intensidad, usos o manejo de aplicaciones avanzadas. Incluso entre la juventud -donde las chicas están tomando posiciones como usuarias digitales intensivas- se aprecian distancias, sobre todo a partir de los 16 años, la intensidad de uso se reduce entre las jóvenes y, fundamentalmente, en lo relacionado con sus vocaciones hacia estudios o especialidades informáticas, donde predominan los chicos.

Brecha digital de género % (*)



Fuente: Observatorio e-Igualdad (Universidad Complutense), explotación propia a partir de datos de EUROSTAT.

(*) Porcentaje de individuos de 16 a 74 años que acceden a Internet al menos una vez a la semana (en los últimos tres meses). La Brecha Digital de Género se ha calculado como el cociente entre el valor correspondiente a las mujeres dividido por el valor correspondiente a los hombres, menos uno, y posteriormente expresada en porcentaje.

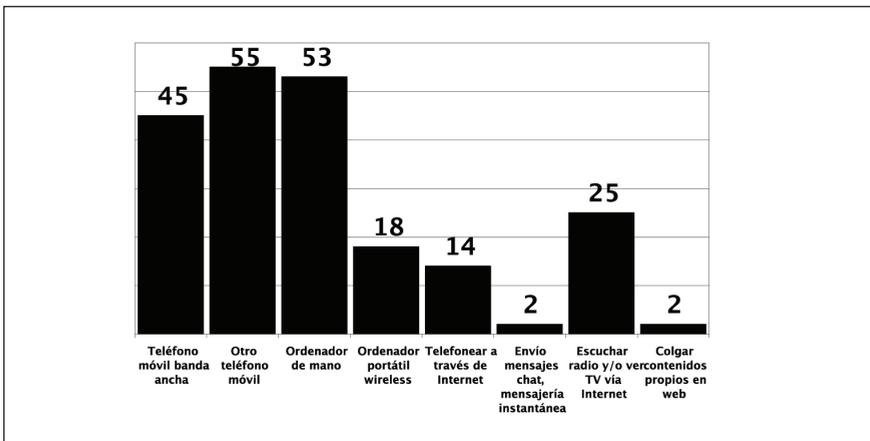
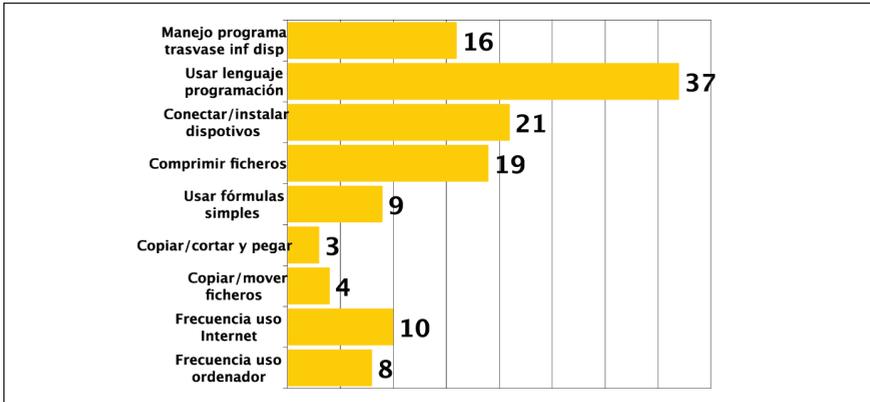
1 Observatorio e-igualdad, impulsado desde el Instituto de la Mujer, cuyos resultados y análisis se pueden consultar en el portal www.e-igualdad.net.

Si en 2004, primer año en el que se obtienen registros para este indicador, la brecha digital de género en España referida al acceso a Internet se situaba en el 26%, los datos de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2009 la colocan en el 15%. La brecha claramente se ha reducido, pero aun así la proporción de hombres que acceden a Internet continúa siendo un 9 % superior a la de las mujeres. En el contexto europeo, la brecha digital de género en España se encuentra cinco puntos por encima de la media de la UE.

Sin embargo, la brecha digital de género no sólo es de acceso. Las mujeres son usuarias menos intensivas que los hombres, presentan un nivel menor de 'habilidades' tecnológicas o un uso inferior de aplicaciones más avanzadas. Aparecen, de este modo, nuevas brechas más allá del acceso, de alcance cualitativo que, en el marco del Observatorio, se han calificado como la "segunda y tercera brecha digital de género".

Así, las mujeres presentan unos índices inferiores como "usuarias habituales" frente a los hombres, y utilizan Internet con menos frecuencia (un 10% menos que los hombres). Al mismo tiempo, en el ámbito de las habilidades, la brecha aumenta cuanto más técnicas o complejas son las tareas que se realizan con el ordenador e Internet. En aplicaciones avanzadas, por ejemplo, las mujeres utilizan un 50% menos que los hombres móviles con conexión a Internet (45% para teléfono móvil banda ancha y 55% para otro teléfono móvil), o un 25% la TV y/o radio por Internet.

Se confirma que, cuanto más intensiva y avanzada es la utilización de las tecnologías, mayor es la brecha de género entre mujeres y hombres.



Fuente: Observatorio e-Igualdad (Universidad Complutense), explotación propia a partir de datos de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2009 (INE).

También en los usos básicos del ordenador e Internet se encuentran marcadas diferencias entre mujeres y hombres.

Los datos muestran que los hombres tienden a hacer un uso de la Red más relacionado con el ocio, el consumo y fines lúdicos, mientras que las mujeres internautas optan en mayor medida por usos de naturaleza más funcional, como los relacionados con el empleo, la salud o la formación.

La mayor brecha digital de género se produce, de este modo, en la descarga de software (39%), en los juegos o la descarga de juegos (20%), y en actividades de carácter económico (cuyo volumen de uso es en todo caso mucho más reducido) como la venta de bienes y servicios (45%) o la banca electrónica (19%). Por su parte, las usuarias aventajan con claridad a los usuarios en la búsqueda de empleo (-8%), los servicios educativos y formativos (en torno al -17%) y la consulta de cuestiones de salud (-17%).

Brecha digital de género	%
Correo electrónico	0
Información sobre bienes y servicios	6
Información para comprar	16
Información para comprar por Internet	3
Viajes y alojamientos	6
Descargar software	39
Jugar o descargar juegos	20
Leer o descargar noticias	14
Suscripción servicios de noticias	4
Búsqueda de empleo	-8
Temas de salud	-17
Banca electrónica	19
Venta de bienes y servicios	45
Información educación y cursos	-11
Realizar curso vía Internet	-17
Aprendizaje	0
Web Administración últimos 3 meses	-6
Web Administración últimos 12 meses	3

Fuente: Observatorio e-Igualdad (Universidad Complutense), explotación propia a partir de datos de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2009 (INE).

Existen, en suma, diferencias en la utilización de Internet que ponen de manifiesto cómo las mujeres realizan un uso más funcio-

nal. Los datos parecen apuntar, de este modo, que cuando las mujeres usan la Red obtienen y aportan un mayor beneficio social de sus contenidos (salud, formación, empleo, viajes). Invertir en un uso más intensivo de las TIC por parte de las mujeres es, en definitiva, invertir en un mayor aprovechamiento y beneficio de la Sociedad del Conocimiento en aras a incrementar los niveles de bienestar para el conjunto de la sociedad.

La edad es una variable explicativa clave. Sobre esta situación general inciden condiciones personales (edad, formación, educación, situación en el mercado de trabajo) y socioeconómicas (contextuales: tamaño del hogar, nivel de ingresos), reforzando las diferencias de género en múltiples ocasiones.

La edad es una de las variables que mayor influencia ejerce sobre la brecha (a mayor edad, mayor brecha).

La brecha digital de género, de este modo, tiende a reducirse entre la juventud, siendo muy similares las pautas mostradas por chicos y chicas en cuanto a habilidades y usos generales. Las nuevas generaciones rompen así con la dicotomía tradicional de mujeres-tecnofobia (rechazo hacia las nuevas tecnologías) y hombres-tecnofilia (pasión por las nuevas tecnologías). Más chicas que chicos afirman que no pueden vivir sin Internet, ellas son usuarias tanto, o en ocasiones incluso más, avanzadas y “enganchadas” a las nuevas tecnologías.

Participación en redes sociales (Tuenti, Facebook, etc) (según frecuencia de conexión)	Chicos	Chicas	Total	Brecha
Se conectan diariamente (al menos 5 días a la semana)	92%	96%	94%	4,1
Varios días por semana	78%	79%	79%	1,2
Un día a la semana	46%	67%	56%	30,8
Menos de un día a la semana	40%	38%	39%	-6,3

En este escenario de mayor “e-igualdad joven”, no obstante, se identifican aún diversos *síntomas de desigualdad*.

Mientras que en el grupo de edad de 10 a 15 años son ellas las que realizan un uso más intensivo, esta relación se invierte a partir de los 16 años. Ello probablemente esté relacionado con el hecho de que, si bien la primera brecha digital de género tiende a cerrarse, la segunda y la tercera sin embargo se mantienen, sobre todo en el momento en que los usos o habilidades se “complican” o tecnifican; una realidad que se hace más patente precisamente entre las y los jóvenes, siendo éstos quienes llevan a cabo los usos más avanzados.

Se reiteran los distintos usos de Internet: ellas tienen mayor interés por las posibilidades educativas y de comunicación de Internet y los chicos se decantan por los juegos, el deporte y la informática en la Red.

Elección de estudios

Como demuestra el estudio² realizado por el equipo del Observatorio E-Igualdad³, no hay diferencias de género significativas respecto a las habilidades y a los usos de las tecnologías de la comunicación, incluyendo aquellos más avanzados.

En algún tipo de habilidad y uso concreto se observa una brecha favorable a las chicas. Aunque la brecha de género respecto a las habilidades informáticas/digitales y los usos básicos de Internet tiende a reducirse, parece persistir la brecha entre las jóvenes generaciones respecto al “mundo TIC”, lo que repercute negativamente en la elección de estudios de las chicas, que no se matriculan en las carreras técnicas o las abandonan a mitad, con serias repercusiones en el mundo em-

2 Estudio cuantitativo sobre la brecha digital de género en la juventud española.
http://e-igualdad.net/sites/default/files/Presentacion_OB_CUANTI_JUVENTUD_2010.pdf

3 <http://www.e-igualdad.net/observatorio-igualdad>

presarial, por un lado no están presentes las mujeres en los niveles de toma de decisiones y por otro al no salir tituladas se reducen las posibilidades de mano de obra cualificada a la que contratar.

Futura elección de estudios y profesiones:

- el 60% ha cursado o le gustaría cursar alguna asignatura como Tecnología, Informática o Electrónica si bien la brecha de género tiende a reducirse, la segregación persiste: el 64% de los chicos y el 57% de las chicas.
- las chicas manifiestan menor intención de trabajar en una profesión relacionada con las TIC.

Se puede concluir:

- a mayor frecuencia de uso, aumenta la propensión de chicos/as a optar por disciplinas TIC.
- cuando disponen de ordenador y teléfono móvil propio, ellos manifiestan mayor interés por estas optativas que ellas.
- más chicas que chicos que tienen familiares con trabajos TIC han cursado o quieren cursar estas asignaturas.

Las TIC no son neutrales respecto al género y es necesario abrir nuevos horizontes que permitan que las mujeres aporten no sólo su propia mirada, sino que además tengan cabida sus propios intereses, deseos, aspiraciones y expectativas.

Datos de uso de las redes

Segmentación por sexo

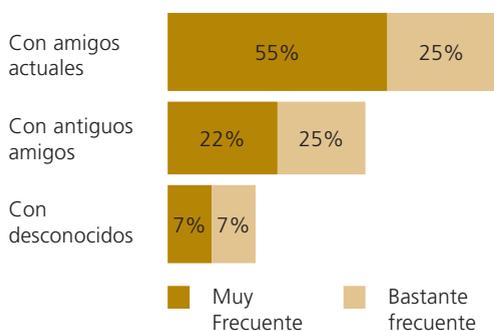
Según el “Estudio sobre Redes Sociales” de IAB13 (Interactive Advertising Bureau), un 86% de las mujeres se relacionan en su gran mayo-

ría con amigos actuales y en menor medida con personas del pasado.

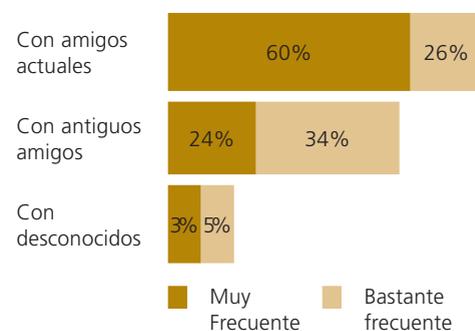
Muy pocas, tan solo un 8%, hacen nuevos amigos en las redes sociales. El 14% de los hombres, usuarios de redes sociales, son algo más proclives a hacer nuevos contactos aunque, al igual que las mujeres, no es su principal interés.

¿Con quién te sueles relacionar cuando utilizas las redes sociales?

Hombres



Mujeres



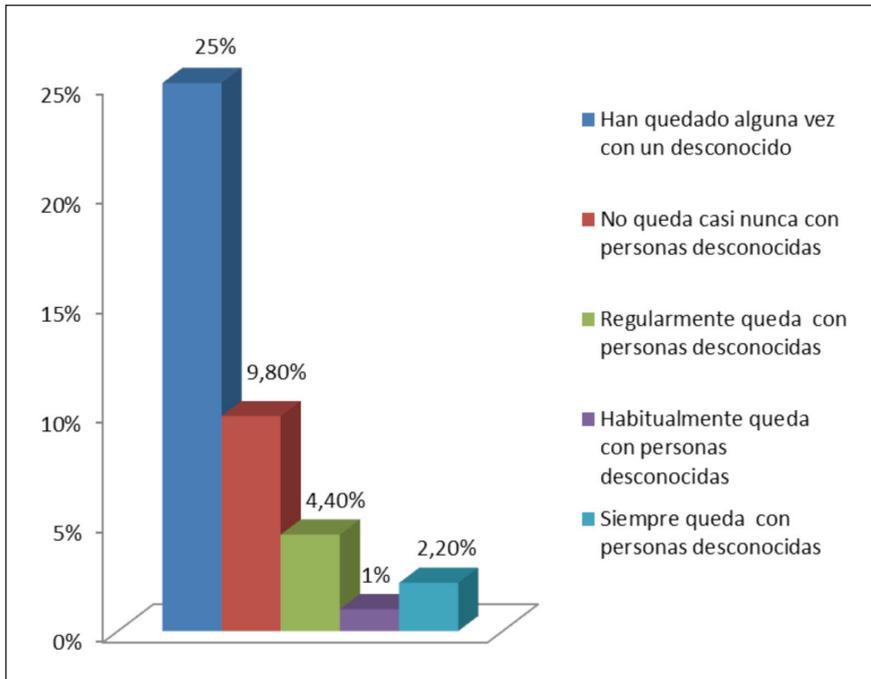
Fuente: Elaboración propia ONTSI a partir del "Estudio sobre Redes Sociales en Internet". IAB, 2009

Adolescentes y jóvenes en la red: Quedadas con riesgo

Conocer gente, tener nuevas relaciones y acercarse a mundos ajenos al propio, son los factores más valorados entre adolescentes y jóvenes. Estos escenarios ofrecen realmente nuevas oportunidades, pero como siempre que se abren espacios nuevos conllevan nuevos riesgos, en los que se debe trabajar para prevenirlos.

Como se puede ver en el gráfico, ante la pregunta de si queda con personas extrañas a través de la red, declara haberlo hecho en diferente medida casi un 40% de las personas encuestadas, aunque en distinto grado de frecuencia.

Los datos pertenecen a la muestra de 1111 encuestas realizadas en 2009 a jóvenes entre 15 y 25 años de edad, de distintos rangos socioeconómicos. Estudio del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI).

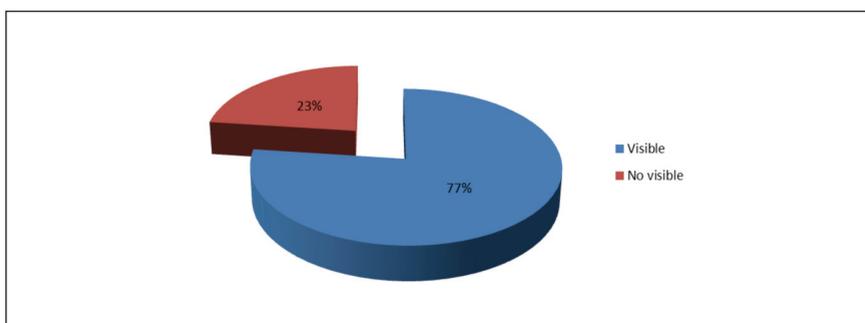


María José Mayorgas⁴, psicóloga infantil de la Fundación Gaudium, ofrece datos escalofriantes de un estudio de 2008 de la Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid: un 37% de los menores reconoce sentir necesidad de conectarse con frecuencia (25% en primaria y 50% en bachillerato), un 30% ha facilitado su teléfono en la red, un 15% se ha reunido con desconocidos, un 7% no avisó a nadie, y en un 9% de los casos la persona con la que el menor quedó no era la que esperaba.

⁴ Psiquiatría.com. Diario Médico dic. 2008. Las redes sociales, la nueva adicción a internet.

Opciones de privacidad. Perfiles visibles

En general no se usan las opciones de privacidad, emplean las redes para comunicarse y les resulta incongruente ocultar sus datos. Se relacionan compartiendo todo su mundo.

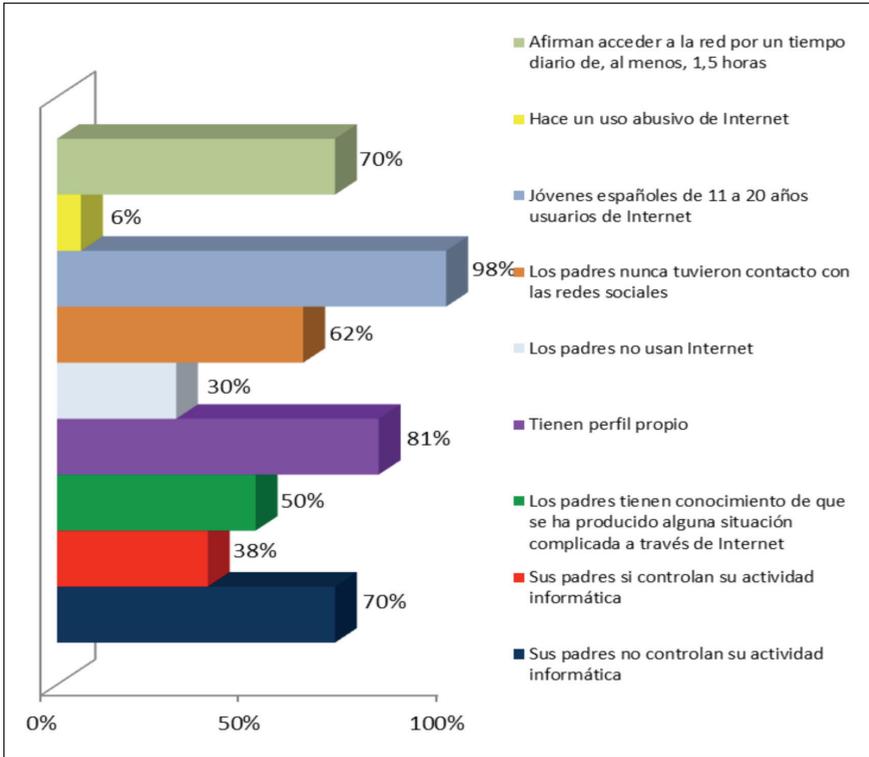


El perfil del 77% de los menores que utilizan redes sociales es visible al resto de los internautas según datos extraídos del Libro Blanco de los Contenidos Digitales elaborado por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI).

Usos de adolescentes en redes sociales

El estudio de la Fundación Pfizer 2011 muestra los tiempos de acceso y la relación con los conocimientos de los padres. Según los datos ofrecidos, sólo un 6% hace un uso abusivo, otros estudios marcan una horquilla entre el 3 y el 6%.

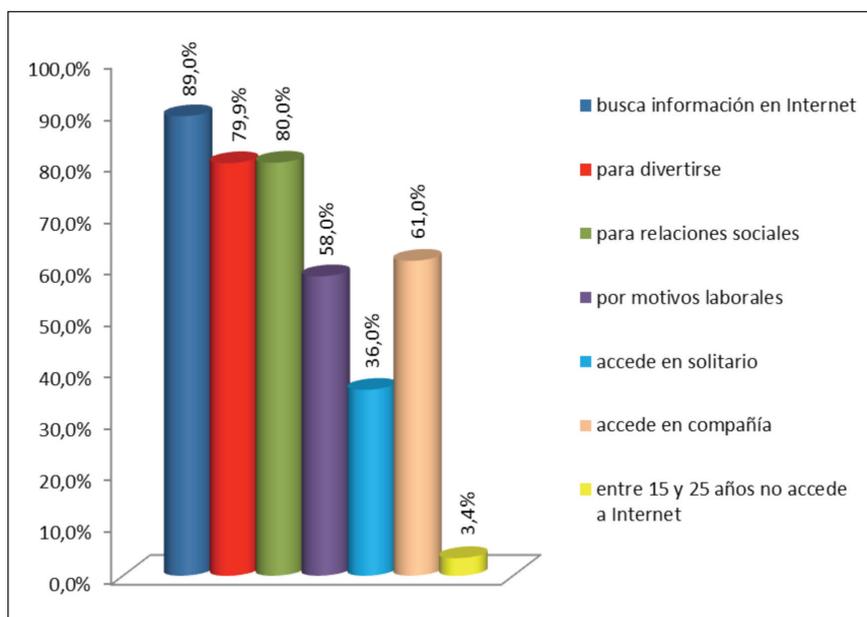
Todos los estudios hablan de la importancia del espacio compartido, evitando los ordenadores en las habitaciones, para facilitar la intervención de los padres, que en un 62% no tienen contacto con las redes sociales, ni controlan su actividad informática y por tanto ignoran sus mecanismos de relación y posibilidades o riesgos.



Hábitos internautas de adolescentes y jóvenes 2011

La mayoría accede en grupo y lo hace para divertirse, relacionarse o buscar información. Las redes más instaladas entre la juventud (Messenger, Facebook y Tuenti) son espacios que oscilan entre el intercambio de bromas con exclamaciones reiteradas, asuntos escolares de exámenes, notas, tutorías, etc., y románticas declaraciones adolescentes de amor, generalmente son conversaciones “blandas” entre la pandilla, con alguna subida de tono de vez en cuando, con comentarios machistas y groseros que ellas parecen no rechazar, y en las que eventualmente se producen casos de acoso digital sobre las niñas, por sus ex novios o amigos de éstos. En los grupos que he consultado sólo han referido dos casos, de una niña de 13 años que ha tenido que pedir ayuda a sus padres

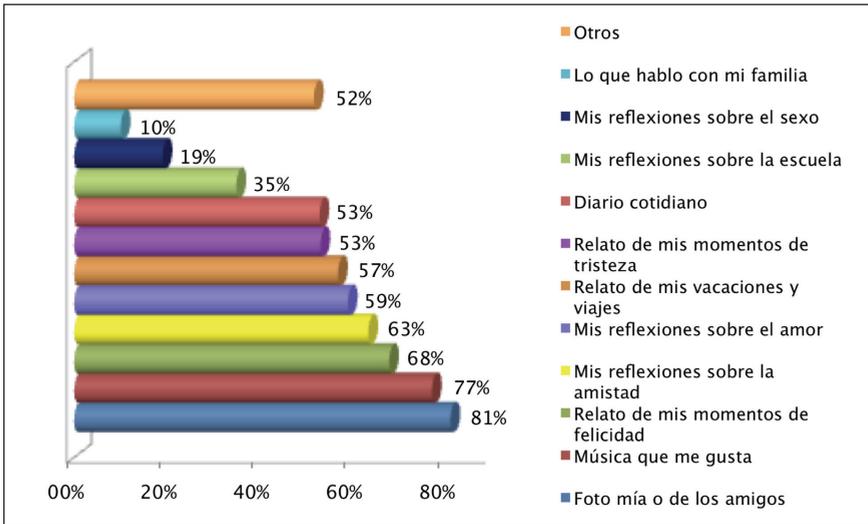
y plantear una denuncia sobre su ex novio de 14, pues le acosaba constantemente chateando con la BlackBerry. Y otro caso de una niña de 15 años que “un amigo” no dejaba de mandarle mensajes noche y día.



Elementos que inserta la juventud en sus blogs

El estudio Tucci 2009 ha investigado entre jóvenes italianos qué hacen en sus perfiles o blogs personales. Los resultados coinciden con los usos de la juventud española. Todos los perfiles se centran en sus entornos afectivos, las reflexiones sobre la amistad, los primeros amores, lo que hacen con su grupo, los viajes familiares de vacaciones, sus fotos y la música que les une. Son en definitiva, las preocupaciones de la adolescencia reflejadas en el nuevo entorno, en el que las chicas tiene un uso igual o más intensivo que los chicos, pues las redes se basan en la comunicación y la relación y es donde ellas se sienten más cómodas y proactivas.

A las relaciones sociales habituales generadas por los jóvenes en los espacios educativos, deportivos o sociales ahora se suman estas relaciones online, aumentando la socialización y la interacción con el grupo. Estos usos no sustituyen a los anteriores, no conllevan aislamiento, al contrario, aumentan el tiempo y la intensidad de conexión entre el grupo.



Encuesta realizada en Italia a 1200 adolescentes.

Tanto chicos como chicas suben las fotos de las vacaciones y fines de semana. Es un fenómeno nuevo pues ellos y ellas quedan en grupo para hacerse fotos y subirlas. Las cámaras digitales les permiten retocarlas con programas de edición gráfica y subir una selección. Las chicas especialmente suben primeros planos suyos y fotos del grupo de amigas posando, los chicos también lo hacen pero sus “posados” resultan más inocentes en esta edad.

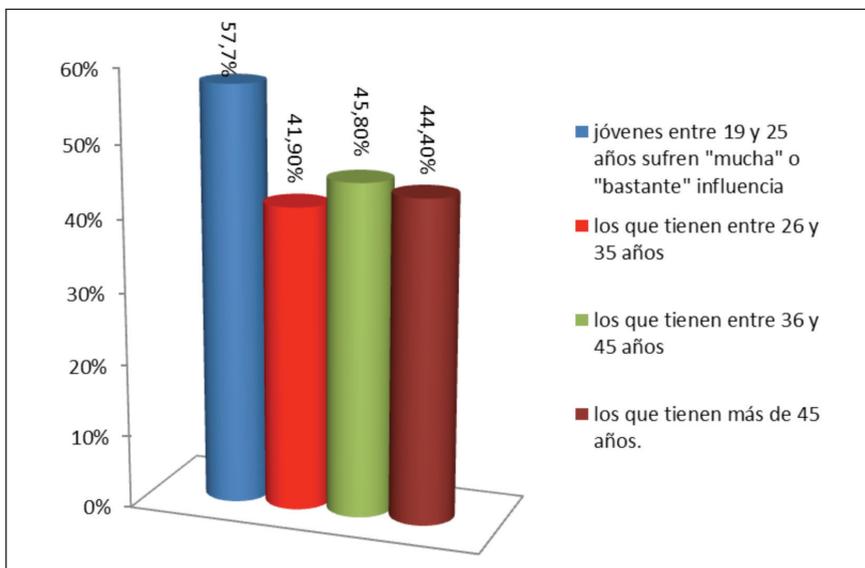
Son entornos de comunicación en los que las chicas se sienten cómodas, suelen asumir el liderazgo en la producción de contenidos, los han incorporado como un espacio de identidad y relación con su grupo.

Esta circunstancia, aunque ralentizada por la crisis económica, permitirá que el uso de las redes se incorpore plenamente al sistema de relación entre los jóvenes, hay que recordar que las chicas son más activas en la relación y la comunicación, usan el móvil como medio de contacto social y expresión de emociones.

La influencia de las redes es mayor entre la juventud

El estudio del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI 2011) nos muestra la influencia sobre las personas que tiene la publicidad de productos y servicios a través de las redes sociales.

Los datos revelan que los jóvenes sufren más influencia que las personas adultas en la recepción de los mensajes publicitarios o de la información comercial directa o indirecta, lo que está desplazando las campañas publicitarias de su franja de consumo a estos nuevos entornos. Todos los anuncios de telefonía actuales se basan en este fenómeno y en los movimientos asamblearios del 15M también vinculados a la juventud.

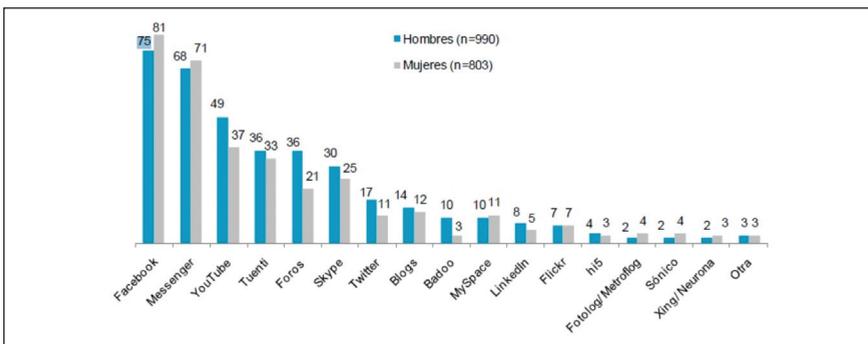


Presencia de mujeres en las redes sociales 2010

Las niñas y jóvenes se han incorporado al uso de las redes sociales con facilidad, los datos muestran que en las redes comerciales las mujeres son mayoría. Son las principales usuarias de la gran mayoría de las redes sociales y de otras webs 2.0 como blogs, foros, o chats.

Un dato interesante es que las chicas empiezan más pronto a usar las redes sociales que los chicos, pues en los rangos de edad de los 14 a los 34 años mantienen ventaja sobre los hombres (las más acentuadas en los rangos 14-17 y 18-24); después de los 34 el sexo masculino lidera en número de usuarios pero sin despegarse mucho. En el siguiente gráfico elaborado por Cocktail Analysis se muestra la distribución por sexo de personas usuarias de redes sociales que tienen cuenta y la utilizan. Se observa que el 81% de las mujeres tienen cuenta y utilizan la red social directa de perfil personal más conocida a nivel mundial frente a un 75% de hombres. A pesar de ello se observa que las redes sociales directas de perfiles mantienen un equilibrio entre ambos sexos.

En los foros sí se aprecia una diferencia significativa en la distribución por género. Un 31% de hombres tienen cuenta y la utilizan frente a un 21% de mujeres. Mostramos a continuación algunos datos de participación de mujeres y hombres en las aplicaciones más habituales de redes 2.0:



Fuente: Elaboración propia ONTSI a partir del "Informe de resultados Observatorio de Redes Sociales". The Cocktail Analysis. Tercera oleada, febrero de 2011

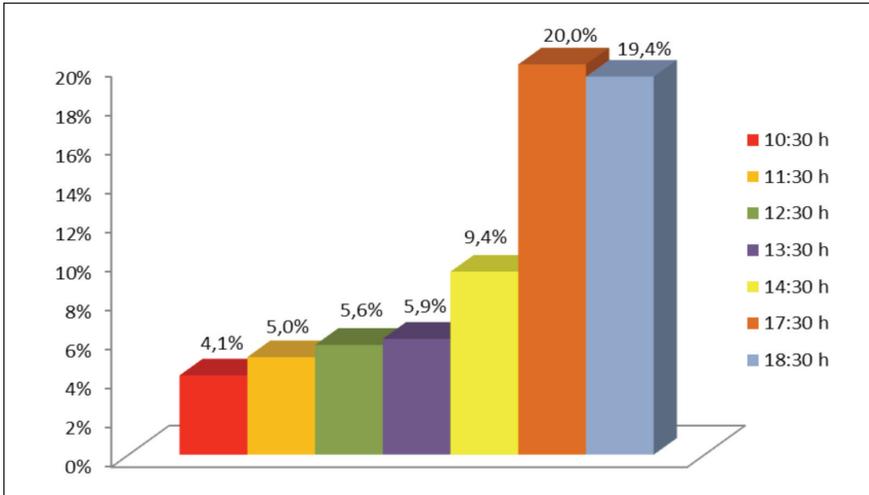
Sólo en las redes profesionales como LinkedIn con un 62% de hombres, las mujeres son minoría, lo que tiene que ver con su menor implantación en los ámbitos profesionales y laborales.

En horario escolar

El gráfico cuenta la actividad de un grupo de 16 años durante los días 1, 2 y 5 de diciembre de 2011. Se ha obtenido de un perfil de Tuenti de un joven de 16 años que usa este perfil para relacionarse con la pandilla de verano y su entorno amistoso, al empezar el curso han vuelto a sus ciudades de origen Zaragoza, Valencia y Alicante. Todos van a colegios religiosos concertados de las tres ciudades, están en 1º de Bachiller ocupados con los estudios, sus amoríos y hobbies adolescentes. En total tiene 320 amigos, que representa el número habitual de contactos en sus perfiles.

Hemos hecho un seguimiento aleatorio de las entradas a lo largo del mes de diciembre y sistematizado sus tiempos en los tres días señalados durante el horario escolar, midiendo cada hora el número de personas conectadas en el chat de su perfil.

A las 10.30 h están conectados en el chat 13 personas (el 4.1%) y va subiendo hasta las 18.30 h que llegan a estar 62 personas conectadas (el 19.4%). Estas conexiones no coinciden necesariamente con los recreo. Son centros diferentes con estructuras horarias diferentes.



Fuente Artefinal Studio 2011

Hay centros escolares que desactivan la señal de las redes en horario escolar, otros retiran los dispositivos en las aulas y se devuelven a la salida, pero hay otros que aún no han tomado estas decisiones y nos comentan el exceso del uso de los smartphones⁵ en las aulas, que acaba representando una fuente de conflictos, pues es muy frecuente que los usen en clase a escondidas y cuando el profesorado los pilla, se los retira y llaman a los padres que deben ir personalmente a recogerlos a la dirección del centro. Pero acto seguido se los vuelven a dar a sus hijos y empieza el ciclo de nuevo.

El seguimiento de estos perfiles nos muestra que participan a menudo (el 82%) y no hay diferencias de género significativas en el grupo de 16 a 24 años. Quienes suelen conectarse con mayor intensidad disponen de ordenador y teléfono móvil propio.

5 El teléfono inteligente (smartphone en inglés) es un término comercial para denominar a un teléfono móvil con funciones de internet. Casi todos los teléfonos inteligentes son móviles que soportan un cliente de correo electrónico con la funcionalidad completa de un organizador personal, casi todos los teléfonos inteligentes permiten la instalación de programas para incrementar el procesamiento de datos y la conectividad.

Participación en redes sociales (Tuenti, Facebook, etc) (según frecuencia de conexión)	Chicos	Chicas	Total	Brecha
Se conectan diariamente (al menos 5 días a la semana)	92%	96%	94%	4,1
Varios días por semana	78%	79%	79%	1,2
Un día a la semana	46%	67%	56%	30,8
Menos de un día a la semana	40%	38%	39%	-6,3

Fuente Observatorio E-Igualdad. Estudio cuantitativo sobre la brecha digital de género en la juventud española. Instituto de la Mujer. Diciembre de 2010

Las redes sociales, un espacio cotidiano de conversación

La mejora del acceso a la banda ancha, la implantación de la telefonía móvil con acceso y la aparición de nuevas aplicaciones de relación y comunicación marcan el nuevo escenario. La combinación de estos factores ha dado lugar a la implantación social del uso de las funcionalidades 2.0 y las redes sociales que ya están dando el salto a los móviles con tarifas planas baratas dirigidas especialmente a la juventud.

A esta gran oferta comercial hay que añadir el uso extendido entre los jóvenes y adolescentes de los teléfonos móviles, que ha supuesto un desarrollo importantísimo de software específico para este terminal que empezó siendo de comunicación y se está convirtiendo en un recurso de ocio electrónico. La red está llena de pequeños juegos diseñados para los móviles, en los que se descargan juegos, fotos, sintonías y emoticones.

Actualmente a partir de los 10 años ya es habitual que los niños y niñas tengan teléfono móvil personal. Las compañías han agotado su campo de venta de terminales en España, según la Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones (CMT), que es el organismo encargado de hacer el recuento, el número total está en 53.962.335 millones lo que supone una penetración de más del 115% en no-

viembre de 2010. Es decir, en España hay más móviles que habitantes, por lo cual las compañías de telefonía si desean mantener sus líneas de negocio deben competir por los servicios de contenidos que pueden ofrecer y las tarifas planas que los incluyen, lo que está desplazando las tarjetas prepago por los contratos de tarifa plana estudiados para este bloque de edad con internet en el móvil y acceso a las redes sociales en los iconos de pantalla. Desde hace meses las compañías de telecomunicación están lanzando al mercado terminales con acceso a internet y tarifas planas vinculadas al uso de las redes Facebook, Tuenti, Twitter... con grandes campañas publicitarias basadas en las redes sociales y el contacto constante con “los amigos”.

En la actualidad, la mayoría de los niños y niñas y jóvenes tienen habilidades informáticas muy desarrolladas, conocen los diferentes soportes y cómo manejarlos sin manifestar desconocimiento, rechazo, o miedo a usar las máquinas, al contrario, son usuarios óptimos de ocio electrónico. Se mueven con soltura en espacios multipantalla.

Desde los teléfonos con Internet (Smartphones), se tiene siempre abierta la conexión, no se suele cerrar la aplicación, están todo el día conectados. Incorporan las redes o los chats en su cotidianeidad (Tuenti, Messenger, Washap...), hablan con soltura de sus sentimientos, suben y etiquetan fotos los fines de semana y suelen tener en torno a 300 contactos en sus listas de “Amigos”.

Las redes se han configurado como un nuevo espacio de relación, una conversación incesante, sin interrupciones con el grupo, las niñas y niños utilizan el Messenger a partir de los 8 o 9 años y conforme crecen van cambiando de aplicación a Tuenti, Twitter u otras del estilo, pues estas plataformas ofrecen servicios de intercambio de fotos, vídeos y mensajería instantánea más acordes con los usos adolescentes.

Más proactivas, más riesgo de ser víctimas de violencia

Al ser más proactivas las jóvenes, también tienen más riesgo de ser víctimas de violencia, de hecho si se ojea el Tuenti de las adolescentes antes o después aparecen mensajes obscenos y machistas de su círculo de contactos.

La socialización de la violencia machista como inevitable siempre presente en los medios, cine, TV,... y de los comportamientos sexistas llamados **micromachismos**⁶, hace que ellas no perciban peligro en estas actitudes, “eres sólo mía”, “qué buena estás”, “sólo puedes quererme a mí”, etc., como se puede ver en la siguiente conversación online a pesar del tono grosero e intimidatorio que emplea “el anónimo”, la joven mantiene el tono de broma y no corta la conversación, ni denuncia el enlace, aunque no tiene certeza de con quién habla, incluso le agradece sus piropos mezclados con groserías y amenazas.

Diálogo extraído de la red social Ask.fm⁷ (20-10-2011): conversación mantenida entre una adolescente de 15 años alumna de un colegio religioso de Alicante y sus amigas que han creado un grupo, con un personaje anónimo supuestamente alumno de otro colegio similar de la ciudad. Para conservar la privacidad de las jóvenes que aparecen en este perfil, se ha cambiado el nombre de la joven por “A...”, se han omitido los datos de contacto del grupo de amigas, y también el de los colegios que aparecen en la conversación. Para facilitar la comprensión

6 Las pequeñas tiranías, terrorismo íntimo o violencia “blanda”, denominado por Luis Bonino como micromachismos, se podrían definir a grandes rasgos como las prácticas de dominación masculina cotidianas e imperceptibles.

7 Ask.fm: una aplicación de preguntas y respuestas, cuando te registras puedes escribir en tu perfil usando hasta 300 caracteres, quien quiera puede preguntar sobre cualquier tema. Los que formulan la pregunta pueden revelar su identidad o no y actuar anónimamente, se elige en una pestaña esta opción. Además de las preguntas que se hacen los usuarios, la página realiza una misma pregunta a todos los usuarios durante un día.

están marcados con un punto los comentarios del chico anónimo uno o varios que le habla, y las respuestas de ella están en cursiva.

- A... es posible que llegue a cien. a una xavala de trece años tb le llego y lo hizo y aora ponen en los ask de la gente el video y todos se rien de ella. yo personalmente lo bajare y se lo hare llegar a todo el mundo para humillarte
ajajajajajajaja tu dvd, te cres q lo voy a hacer?xd
- A... suben las personas a las que le gusta el RETO!!!!!!
*ya me estoy dando cuenta, pero solo 4... hasta llegar a cien...
pfffffffffffffffffffffffffffffffff jajajajajajajaja*
- A... has aceptado de verdad lo de la video-respuesta? lo harias?
esa pregunta no va a llegar a cien nidecoña ajajajajajaja, si dentro de tres dias, se habra quitado de la pantalla con las demas preguntas, estamos locos????? claro q acepto es imposible q llegue xd
- RETO: A... si esta respuesta llega a 100 me gusta, haces un video-respuesta sin camiseta. ¿aceptas?
acepto . stasqsijajaajajaajajajaj
- Te pinchastes al ... de verdad?
q no jdrr
- No eres virgen no A...?? No sigas engañando por ai
no e engañado anadie smplemnte no e cntado nada d mi vida
- A... puta
tu madre

- me han dicho que te pillaron en una discoteca chupandola yo no digo nàà`` y que luego te pinchaste a otro en tu casaa
claaaaaaaaaaroqsi, xdddddddddd y q mas? Jajajajajajaja-jajajajajaja. mira yo te digo q qien t haya dicho eso, q escriba una novela, PORQ MENUUDA IMAGINACION;)
- Que ordinaria es la gente!! Las chicas de este ask no son chonis ni por el estilo, son lo mejor del mundo!! (L
TEEEEAMAMOS
- A...por donde te gustan que te den por ...
no nos gustan
- ¿Qué máscara te pondrías para ir a un baile de máscaras?
una veneciana xd¹⁰
- ¿Cuál es el deporte más peligroso?
el amor
- como vas con los chicos en estos momentos?
no hay chico
- ¿Qué sitios web de redes sociales usas?
Tuenti, facebook, twitter, ask, msn
- eres de lo mejorcito !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! ((LLLLLLLLLLLLLLLLLLLL-
LL-
LLLLLLLL¹¹
gracias, seguro q tu mas(L)

10 xD (carcajada)

11 (L) (corazón)

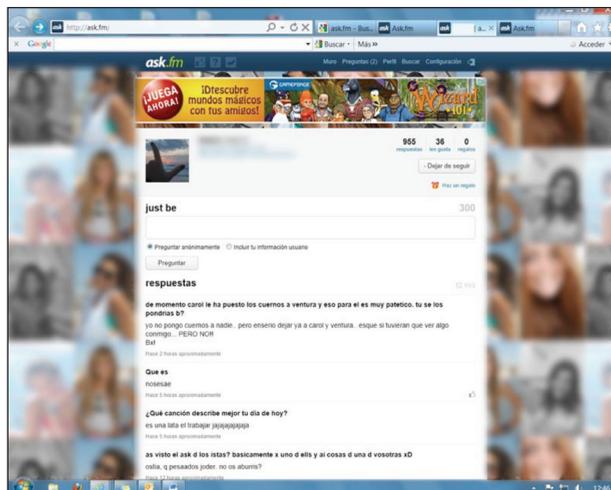
- ultimamente te tiran mucho la caña eh!
....mgusta jajajajajajajajajaja
- hariais una orgia?
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNOOOPPPPPPPPP
- Me encantas y eres muy maja (L
graciasgracias(L)
- A...eres preciosa y me conoces pero lo que no sabes es quien soy y que me molas
aaaaaaaaaaaaaaaaah:\$¹²
- no te conozco mucho, pero por lo que veo es que eres una maravillosa persona y una de las personas más guapas que he visto nunca.... Ojala algún día pueda ser tu amigo
oooooooooh, :\$ muchisimasgracias, qeemajisimo
- ers mi diosa y quiero estar contigo
gracias:\$
- te amo
ajjajaaajajaja gracias
- A...se rumorea que eres un pokito... p*tilla, xq te vieron chupando... más frases soeces...
pues nvez d escuchar lo q se rumorea mehor me conoces y .

12 \$ (tengo suerte)

- quiero que seas virgen pero cómo sea mentira te mato...un bss y tkm...
coño q me matass?jodr..no a la violencia!
- en serio A... esque no me lo puedo creer eres mi diosa te quiero un monton de verdad y todos los días deseo ser como tu esque eres la mejor y todo lo mejor que se puede ser flipo contigo eres guapisima y preciosa
Gracaiias una bsto tek

La pantalla corresponde al perfil del grupo donde se desarrolla la conversación referida, es un grupo de cuatro amigas que mantiene conversaciones con personas anónimas, se han disimulado sus fotos para mostrar el perfil.

Este intercambio se ha prolongado los días 19, 20, 21 y 24 de octubre. Mantiene el mismo tono insultante para ella, que sigue sin reconocer el peligro y mantiene la conversación. En estas situaciones es habitual que intervenga en su defensa algún amigo de la pandilla, en este caso un compañero de urbanización se hace una cuenta para participar en la conversación y defenderla.



Esta chica tiene un perfil en FB mucho más suave, ella sabe que es un espacio abierto y los temas más escabrosos, los deriva a su cuenta de Ask.fm, que por el tipo de aplicación permite el “juego duro” y el anonimato.

Es decir, los adolescentes como hemos visto también usan otros sitios en los que entran en territorios muy peligrosos y siempre con lenguajes violentos.

Los modelos y actitudes ante la violencia son las mismas que después de mayores constituyen los patrones de agresión y sometimiento. Las niñas y jóvenes no detectan el peligro de estas actitudes, no cortan de raíz los juegos y groserías en las que las insultan e incluso amenazan, ni denuncian la agresión, creando el caldo de cultivo de posteriores agresiones.

En resumen, otra cara más de la violencia patriarcal que sólo se puede afrontar con educación, formación y denuncia. Pero no quiero acabar con una visión sólo negativa de las redes, son espacios muy ricos que añaden oportunidades y ofrecen nuevas estrategias de relación y comunicación, aportan otras formas de socializarse, no aíslan, al contrario abren horizontes.

Aunque hay un porcentaje de jóvenes como hemos visto, entre un 3 y un 6% que presentan signos de adicción, el resto hace un uso social de internet, intenso en algunos casos, pero no más que lo son las relaciones afectivas en esa etapa de la vida.

Marco normativo

Es necesario llamar la atención sobre las obligaciones que el Estado Español tiene contraídas como parte de los tratados internacionales firmados en el seno de Naciones Unidas. En concreto hay dos trata-

dos ratificados por España que son especialmente significativos para la protección de los derechos humanos en el mercado de videojuegos y los entornos de internet: la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Cito la normativa sobre videojuegos que está referida a los productos comerciales con formato de juego, pues actualmente todas las redes incluyen enlaces a juegos online accesibles desde las aplicaciones y teléfonos con conexión, y por otra parte todos los videojuegos han añadido una versión online entre sus opciones para multijugadores. Es decir, tanto el desarrollo de los juegos, como el de los teléfonos y plataformas con conexión a la red, han extendido el acceso y uso de los juegos entre la infancia y la juventud en cualquiera de los nuevos soportes.

El principal avance es el nuevo código de autorregulación de la industria europea del videojuego, código PEGI (Pan European Game Information). El sistema PEGI fue iniciado en 2001 y gestionado por la Federación Europea de Software Interactivo (ISFE), el Instituto Holandés de Clasificación de Medios Audiovisuales (NICAM) es el administrador de la ISFE así como el responsable de la implementación práctica del sistema PEGI y el Consejo de estándares de video (VSC) es el agente del NICAM en Reino Unido. Con motivo de la presidencia española de la Unión Europea en el primer semestre de 2002 se produjo un importante impulso en el desarrollo del código PEGI, se creó un grupo de trabajo europeo compuesto por representantes de la industria, gubernamentales y de directivas de clasificación. Se presentó en España por la Asociación Española de Distribuidores y Editores de Software de Entretenimiento (ADESE), y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Es válido hoy en 16 países: los quince comunitarios con anterioridad a la ampliación a 25 (menos Alemania), más Noruega y Suiza. En EEUU un sistema muy parecido a éste lleva en funcionamiento desde 1994.

Las normas que contiene el Código PEGI establecen una clasificación por edades para videojuegos y la obligación de incluir iconos descriptivos de su contenido para que los consumidores, padres y educadores conozcan que se esconde detrás de cada videojuego. Se aplican al etiquetado de productos de software interactivo –videojuegos, juegos de ordenador, artículos de educación (referencia en CD ROM, independientemente de su formato o método de distribución)–, así como a la publicidad y promoción de los mismos por cualquier medio. Pero los códigos de autorregulación no son de obligado cumplimiento y no parecen suficientes para confiar en el control de estos productos, pues el mercado se rige por criterios comerciales. Las instituciones y gobiernos deben hacer un esfuerzo en su legislación y seguimiento de la aplicación de las leyes para velar por el respeto a los derechos de la ciudadanía.

Conclusiones

La sociedad de la información entraña nuevos retos al tiempo que ofrece la oportunidad de construir una igualdad real entre hombres y mujeres. Las TIC, como ya hemos dicho, no son neutrales respecto al género y es necesario abrir nuevos horizontes que permitan que las mujeres aporten su mirada y que den cabida a sus intereses, deseos, aspiraciones y expectativas.

Para integrar las TIC en la sociedad de forma igualitaria es necesario:

- promover una mayor y mejor información sobre las posibilidades que ofrecen las mejoras del equipamiento (hardware y software), las infraestructuras y los procesos tecnológicos existentes, para que las mujeres sean verdaderas protagonistas en la Sociedad de la Información.
- fomentar que las chicas estudien carreras tecnológicas.

- elaborar materiales y aplicaciones de software diseñadas desde la perspectiva de género, evitando los estereotipos sexistas y violentos, con un lenguaje facilitador y no excluyente, para alcanzar las capacidades necesarias para utilizar las TIC con aprendizajes contextualizados y que potencien sus habilidades.
- aumentar la presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad directiva en empresas del sector TIC.
- hacer visibles modelos positivos de mujeres en el sector TIC como investigadoras, profesoras, directivas o diseñadoras de contenidos, para contrarrestar los estereotipos masculinos preexistentes. Incorporar al diseño curricular de los estudios y carreras tecnológicos materias sobre la función social de la tecnología, la equidad social y de género facilitando el cambio cultural en las universidades, centros de estudio e investigación y laboratorios de I+D relacionados con las TIC.
- ampliar el ámbito de referencia de los estudios de informática y nuevas tecnologías y relacionarlo con la solución de problemas sociales y no sólo tecnológicos.
- facilitar que sean usuarias creadoras y transmisoras de información y conocimiento a través de las TIC.
- ofrecer al alumnado de todas las etapas educativas espacios de acceso que no estén marcados por el dominio invasivo de los alumnos varones. Con software que se aproxime a sus necesidades y formas de hacer reales. Con modelos de comportamiento abiertos, que desarrollen acciones que permitan pensar, argumentar y resolver situaciones razonando las respuestas. Con perfiles y personajes no violentos. Pro-

porcionando espacios Web, aplicaciones o juegos basados en el respeto de las normas de convivencia, de los derechos humanos y que favorezcan el aprendizaje de modelos éticos y valores de igualdad.

- Los productos digitales educativos y de ocio, siguen en general los patrones tradicionales de reparto de roles masculinos y femeninos, como todavía sucede con muchos libros de texto escolares, reforzando así los estereotipos sexistas de género.
- Los contenidos se deben diseñar de forma que no se orienten sólo a las mujeres, sino a uno y otro sexo. Que eviten transmitir mensajes o imágenes exclusivamente femeninas y muestren, por el contrario, a hombres que se corresponsabilizan y asumen el reparto de tareas.

Respecto a las obligaciones de las administraciones públicas, deben garantizar los medios, recursos y políticas públicas¹³ que hagan posibles estos desarrollos igualitarios, así como respetar los compromisos internacionales y nacionales orientados a ofrecer seguridad también online a su ciudadanía, en especial a mujeres, jóvenes y a la infancia.

13 Plan acción para la igualdad entre mujeres y hombres en la sociedad de la información (2009-2011) Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. <http://e-mujeres.net/content/plan-accion-igualdad-mujeres-y-hombres-sociedad-informacion-2009-2011>

Bibliografía

- BERTOMEU, A. (2009) *Sociedad de la Información en femenino*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- BERTOMEU, A. (2004) *Violencia sexista en las tic*. Observatorio Andaluz de la Publicidad no sexista. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla. URL: <http://www.iam-publicidad.org/>
- CASADO R. (Coord) (2006) *Claves de la alfabetización digital*. Cuaderno nº 2. Colección Fundación Telefónica. Madrid: Ariel.
- CASTAÑO, C. (DR.), SALLÉ, A., BERTOMEU, A., MARTÍNEZ, J., VÁZQUEZ, S. (2008) *La Segunda Brecha Digital*. Madrid: Col. Feminismos. Ed. Cátedra.
- COMISIÓN EUROPEA (2003) *PEGI código de la Unión Europea sobre sexo, drogas y violencia en los videojuegos*.
<http://www.pegi.info/es/index/>
- ESPÍN M. (Coord) (2011) *Adolescentes digitales*. Fundación Atenea y Forum Intercultural. Revista de estudios de juventud. Marzo 2011 | Nº 92. Madrid.

Documentos fuente

- *Claves no sexistas para el desarrollo del software* (2008). Angustias Bertomeu Martínez.
- *Igualdad en la sociedad de la información // Una sociedad de la información para la igualdad* (2007). Elaborado por Angustias Bertomeu, Ángeles Sallé y Cecilia Castaño para la Organización Sectorial de la Sociedad de la Información (OSSIC).
- *Informe género eespaña_09. Fundación orange*. Elaborado por Ángeles Sallé, Angustias Bertomeu y Cecilia Castaño.
- *La brecha digital de género: amantes y distantes*. (2009) Observatorio E-igualdad de la UCM. C. Castaño, J. Martínez, S. Vázquez, JL Martínez.
- *Las redes sociales en internet*. Diciembre 2011. Observatorio Nacional de las Comunicaciones y la Sociedad de la Información. ONTSI. Red.es
- *Plan acción para la igualdad entre mujeres y hombres en la sociedad de la información* (2009-2011) Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer.

¿Para chicas o para chicos? Reflexiones en torno a la inclusión de la perspectiva de género en la prevención de drogodependencias

NURIA ROMO AVILÉS

Resumen

En los últimos años se ha señalado la importancia de la perspectiva de género en el tratamiento y en las políticas preventivas del uso de drogas entre las personas jóvenes. Sin embargo, no disponemos de recetas claras a la hora de afrontar la prevención y la reducción de daños. En esta ponencia analizaremos la evidencia científica que en este campo se ha producido y presentaremos parte de los resultados de una investigación financiada por el Instituto de la Mujer dentro de su programa de I+D+I coordinada desde la Universidad de Granada. En esta investigación hemos estudiado el uso de drogas legales entre mujeres adolescentes españolas y entrevistado a profesionales del ámbito de las drogodependencias con el objeto de conocer su opinión sobre la inclusión de la perspectiva de género en las intervenciones preventivas llevadas a cabo en sus servicios. Nuestro objetivo final será proponer buenas prácticas y facilitar el diseño de políticas de prevención y protección con un componente de género.

Palabras clave

Género, prevención, drogodependencias

Keywords

Gender, prevention, drug addiction

Introducción. Género y Usos de Drogas

El concepto de género hace referencia a los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a varones y mujeres. Todos ellos pueden llevar a desigualdades y, a su vez, estas desigualdades pueden causar inequidad entre hombres y mujeres, en el estado de salud y el derecho a la salud (OMS, 2011).

La inclusión de la perspectiva de género no ha sido común en el ámbito de los estudios sobre drogodependencias. Como consecuencia, la experiencia masculina se ha presentado con frecuencia como la norma. La omisión de la perspectiva de género en las investigaciones epidemiológicas o clínicas ha podido conllevar su invisibilidad en las políticas de prevención.

La perspectiva de género debe utilizarse para recoger información importante acerca de cómo se consumen drogas y contextualizar así las experiencias de consumidores y consumidoras. Los problemas de usos de drogas por las mujeres no pueden ser separados de su situación social de desigualdad. Así, el abuso y los problemas de adicción a determinadas sustancias deben contemplarse en el marco de otros problemas sociales y económicos que enfrentan las mujeres.

Abordar las drogodependencias desde una perspectiva de género supone incorporar diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores físicos, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias. Así mismo, supone eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora de acceder a programas y servicios preventivos y asistenciales (Consejería de Sanidade, Xunta de Galicia. Género y drogas. Documento marco, 2009).

Las primeras contribuciones a la literatura sobre drogas dominadas por las explicaciones médicas y psicológicas del uso de drogas, cuando consideraban la mujer, proyectaban el uso de drogas de las mujeres como una forma desviada de la feminidad 'normal' y lo explicaban, en el mejor de los casos, como una compensación de las deficiencias físicas o mentales, en el peor de los casos, como enfermedad (Rosenbaum, M. 1981; Taylor, A., 1993). Estos modelos basados en la enfermedad o en las conductas desviadas tienden a centrarse en el rol de las mujeres como madres y surgen de la preocupación sobre los efectos del uso de drogas en los resultados del embarazo, definidos sólo en relación al neonato (Blenheim Project, 1989).

Estas perspectivas han podido invisibilizar nuevas tendencias de consumo de drogas entre las mujeres más jóvenes que se han iniciado en las últimas décadas. En concreto, sabemos que se viene produciendo una disminución de las ratios de consumo de algunas sustancias y un incremento progresivo al consumo de las chicas de drogas legales, en concreto tabaco, alcohol y psicofármacos.

En estos momentos la información epidemiológica que nos ofrece el Plan Nacional sobre Drogas (2010) muestra que la extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía según el sexo. Los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco, alcohol y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco y alcohol entre los consumidores es más elevada en los varones que en las mujeres.

**Tabla 1. Uso de drogas en el último año. Población de 14 a 18 años.
Año 2010**

	Varones	Mujeres
Alcohol	73,3	73,8
Tabaco	28,1	36,4
Cannabis	28,2	24,7
Hipnosedantes sin receta	4,4	6,7
Cocaína	3,3	1,8
Alucinógenos	3	1,3
Éxtasis	2,2	1,2
Speed y anfetamina	2,2	1
Inhalantes	1,7	0,8
Heroína	0,9	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2010.

Autoras como Amaro han llamado la atención sobre la necesidad de estudiar en más detalle las intervenciones destinadas a corregir estos aumentos ya que históricamente el marco teórico usado para guiar la investigación en prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas no ha tenido suficientemente en cuenta el rol del género en la comprensión del “riesgo” (Amaro et al., 2001).

Como parte de una investigación en la cual hemos estudiado las formas de uso de drogas legales entre las mujeres adolescentes planteamos un objetivo de investigación específico para acercarnos al estudio de la incorporación de la perspectiva de género en los programas preventivos españoles. Tratamos de comprender a través de entrevistas en profundidad realizadas a profesionales que trabajan en el mundo de las drogodependencias de qué manera la perspectiva de género era parte de su práctica profesional siendo incluida o no en las intervenciones preventivas del abuso de drogas que se estuvieran llevando a cabo en sus servicios. Nuestro objetivo final ha sido reflexionar sobre algunas de las claves que faciliten la incorporación de la perspectiva de género en prevención.

Metodología. Miradas cualitativas sobre la prevención y el género

El estudio que presentamos se ha realizando en tres comunidades autónomas: Andalucía, Madrid y Valencia, con una adecuada selección muestral de adolescentes y profesionales del ámbito de las drogodependencias. Las técnicas aplicadas en esta investigación han sido cualitativas.

En el transcurso del trabajo de campo hemos entrevistado a 13 profesionales del área de drogodependencias y con experiencia en los diseños de campañas de prevención del uso de drogas en las tres Comunidades Autónomas que participan en el estudio. Sus perfiles son diversos.

La selección de los perfiles más ilustrativos de los y las expertas que trabajan en drogodependencias se ha llevado a cabo a través del contacto con los Centros de Drogodependencias de las tres Comunidades Autónomas. Todas las entrevistas han sido grabadas con el consentimiento de la persona entrevistada y realizadas por investigadores e investigadoras pertenecientes al equipo de investigación del proyecto.

Resultados. La opinión de los y las profesionales en torno a la inclusión de la perspectiva de género en la prevención del abuso de drogas

Uno de nuestros objetivos se ha centrado en conocer qué opinan los y las profesionales de la prevención sobre la inclusión de la perspectiva de género en sus intervenciones. Los discursos recogidos en torno a la inclusión de la perspectiva de género se aglutinan en dos ejes: no se incluye la perspectiva de género en las intervenciones y no se tiene la formación necesaria para poder incluirla.

Una cuestión clave para justificar la no inclusión de la perspectiva de género es la imposibilidad de incluirla cuando se hace prevención universal. Sólo se incluiría en programas de prevención específicos o indicados y no suelen llevarse a cabo.

Y hacéis diferenciación en cuanto a género

“Hay estudios que hablan de la necesidad de hacer esa diferenciación, pero los programas que hay no lo contemplan...

Es que en prevención, verás, nosotros vemos que hay más frecuencia de consumo en hombres que en mujeres, que las mujeres a pesar de que se están incorporando más con su perfil, siguen siendo las frecuencias más bajas en la mujer. Entonces, como depende del tipo de sustancia y depende, lo hacemos de forma universal no nos centramos en que sea mujer o hombre. Lo que sí analizamos es que, a lo mejor, la mujer sí que tiene más percepción de riesgo que el hombre, pero tampoco podemos decir pues con el alcohol la mujer tiene más percepción del riesgo que el hombre en determinadas cajas de edad. Entonces, cuando hacemos actividades de prevención lo diseñamos en general, tanto para hombres como para mujeres, a no ser que veamos que haya algo específico, muy concreto, que haya que hacer una intervención muy puntual. Pero, en general en prevención no diferenciamos tanto el género...”

(Profesional 12)

O sea que no detectáis necesidad para hacer intervenciones específicas de chico chica...

“No... Es verdad que hay grupos de chicos con un problema o consumen en el centro educativo o un grupo de chicas, pero se diseñan las intervenciones para esos casos, igual que a nivel individual...”

Pero en las intervenciones en centros educativos o procesos asociativos, nos salen mejor las sesiones cuando es mixto, porque ellas regulan el discurso, ellos fantasean y ellas ponen los pies en la tierra...”

(Profesional 2)

A la vez, gran parte de las personas entrevistadas argumentan que no es políticamente correcto hablar de desigualdad y ello dificulta el trabajo para la inclusión de la perspectiva en las intervenciones que se llevan a cabo.

¿Cómo se incluye, si es que se incluye, la perspectiva de género en las acciones?

“La consideramos para ser exactos, no la consideramos, pero no porque no sepamos que se da, que hay una impronta especial, sino porque no sabemos bien cómo manejarlo... el impacto que supone el género nos empeñamos en negarlo

... porque partiendo del supuesto de que en España ha habido una revolución sexual e igualitaria que hace que todos somos iguales y eso está en la cabeza de todo el mundo, en cuanto escarbas un poquito hay tantas diferencias como en los años 60, trágicas, que no acabas de entender, de decir a qué estamos jugando, pero diferencias groseras como que en cuanto escarbas siempre hay alguien que te dice, si yo ligo soy un campeón y si ella liga es una puta... el problema es que de entrada hay una maniobra de negación, te dicen, no, nosotros somos todos iguales”.

(Profesional 1)

Los y las profesionales que hemos entrevistado han reconocido en las entrevistas que necesitan más formación. En ocasiones la pers-

pectiva de género se incluye en los programas, pero el personal no está formado para llevarlos a cabo. Como se muestra en el siguiente verbatim, incluso puede resultar molesto que se plantee una entrevista sobre este tema:

Entrando en concreto en el programa de salud, qué le faltaría para incluir desde lo que se hace, lo que haría falta...

“Más formación y sistematizar la perspectiva de género, tenerlo metido como algo sistematizado, ya está... eso es lo que nos falta, mucha gente lo tiene incorporado y la gente que entre ahora van a estar con técnicas y técnicos que lo tengan incluido desde el principio yo creo que ahí es el momento”.

(Profesional 4)

“Y la verdad es que en prevención, cuando me llamaste dije, ah, pues es verdad, por qué no en prevención, es algo que... y me ha fastidiado un poco...”

(Profesional 4)

¿Cómo se podría ser sensitivo a la perspectiva? ¿Qué incluirían los profesionales? Los y las profesionales entrevistados han hecho distintas propuestas. Algunas de las personas que participan en la investigación tienen dudas acerca de la posibilidad de diferenciar entre chicos y chicas. Este es el caso del profesional 10 que duda ante lo que él llama “masculinización” del uso de drogas de las mujeres:

En temas de tabaco la edad de inicio es muy pronto y las chicas fuman más que ellos

“Con lo cual si fuman más a lo mejor sí que se podría trabajar de forma diferenciada, no sé hasta qué punto, porque...”

igual es simplemente una cuestión de igualdad, hemos llegado al punto que hacemos cosas parecidas, lo de la masculinización de las mujeres y llegará a unos niveles que no sé hasta qué punto, si cabría diferenciar, porque los riesgos al fin y al cabo más o menos son similares”.

(Profesional 10)

Algunos de los profesionales entrevistados han señalado que las diferencias de género se relacionan con la prevención específica y la posibilidad de intervenir en situaciones de riesgo concretas.

“Creo que habría que ver, desde el punto de vista de la prevención, en qué cosas hay diferencias y a partir de ahí para luego poderlas trabajar, a mí en concreto me falta saber en qué hay diferencias en cuanto a la prevención, en qué cosas se pueden y luego ya tratar de intercalar el material transversal en todo el programa, que no fuese algo tampoco específico, aunque a veces trabajamos temas específicos en una unidad, lo que te comentaba antes de integración. A lo mejor no con una unidad especial, creo que sería algo más a trabajar de forma transversal”.

(Profesional 4)

Una de las ideas que aparece en los discursos tiene que ver con el “estereotipo de igualdad” y cómo afecta a la formación de los y las profesionales o al posible diseño de las intervenciones. Uno de los profesionales que hemos entrevistado lo expresaba así:

Por ejemplo una intervención dirigida a las chicas adolescentes, eso cómo se podría plantear...

“Se podría plantear, de entrada, pienso que no funcionaría... Es decir... vamos a ver, no habría problema si la interven-

ción se limita a un paripé. Es decir, haces una campaña en que te diriges a las chicas y dices, seáis buenas y haces otro folleto para chicos en el que dices que seáis buenos, no hay problema pero el paripé no sirve para nada, pero si quieres hacer algo que suponga un trabajo diferencial pienso que no funcionaría porque un grupo de chicas no aceptaría diferenciarse trabajando de manera separada a los chicos...”

Generaría mucha polémica y...

“Ellas no lo entenderían, no lo aceptan porque el estereotipo formal es que todos somos iguales”.

(Profesional 1 FAD)

La diferenciación entre sustancias legales e ilegales y su impacto en el diseño de las políticas, puede afectar a la inclusión de la perspectiva de género en las intervenciones, evitando, como expresaba esta profesional, que se trabaje en los ámbitos de mayor necesidad para las chicas:

“Bueno, pues ahí nos lo planteamos pues sobre todo motivar, porque sabemos que ellas lo que más consumen es el alcohol y el tabaco, pues esto nos lo financió el ayuntamiento y quería que habláramos de cocaína porque claro, la cocaína es como lo mas y nosotras en los institutos cuando íbamos a dar la información sobre el punto, sobre la Esquina, pues insistíamos en el alcohol y tabaco, porque sabemos, también el tema de los tranquilizantes, porque habíamos leído en los estudios que había un mayor número...”

(Profesional 3)

En los discursos de los y las profesionales entrevistados se ha señalado que uno de los aspectos que se deberían trabajar en las

intervenciones es la práctica deportiva. Entre los profesionales entrevistados se ha señalado este hecho como protector del consumo de sustancias.

“Sí, sí, vamos a ver, yo creo que fuman menos ahora que fumaban antes, pienso, no sé estadísticamente, tenemos muy claro que la prevención ideal para chavales de esta edad es el deporte, o sea ninguno de los chavales que está en el deporte y hablamos que hay casi 400 chicos y chicas en campeonatos de baloncesto, voleibol, karate, estoy convencido de que estos ninguno o casi ninguno fuma porque ellos mismos descubren que es incompatible el tabaco con una vida de deporte sano, eso es eficaz en estas edades, todo lo que son prohibiciones pues logramos que durante el horario escolar no fumen pero algunos están los últimos minutos antes de entrar a las 8 y media hasta que se apuran el cigarro y están deseando a las 2 y media cuando salen rápidamente ponerse a fumar también, no sé si todo lo que no han fumado en la mañana lo fuman intensivamente el resto del día pero ambientalmente da la impresión de que se fuma menos”.

(Profesional 5)

Otra de las características que debería tener una intervención ideal para los y las profesionales que hemos entrevistado es la utilización de redes sociales como forma de comunicación.

¿Cómo sería un diseño ideal desde tu perspectiva?

Para mí ahora mismo entidades y personas, yo creo que la juventud ahora mismo se relaciona por redes sociales y por Internet donde no hay personas ni entidades. Después, por ejemplo, la de este año la vamos a basar en eso, fundamentalmente, en utilizar lo que utilizan ellos para relacionarse es

día la juventud se relaciona y se convoca y se ve a través de convocatorias que no son personalizadas y que no es a través de una discoteca, un bar; sino que mandan mensajes, mandan e-mail, se meten en determinadas redes sociales que si Facebook, ch5, lo que sea. Y, a partir de ahí, yo contacto con mis siete mil amigos que me he hecho ya de uno tras otro y entonces eso es una manera en la que confían, confían por qué porque son ellos mismos entonces está super demostrado que desde el ámbito preventivo para jóvenes lo mejor es la participación, que estén ellos desde el principio, que ellos se encuentren como parte activa, esa metodología es la que vamos a utilizar en las campañas de prevención.

(Profesional 12)

Discusión: ¿Para chicos o para chicas? Incluir la perspectiva de género en prevención

Las razones por las que es necesario abordar la prevención y el tratamiento de las drogodependencias desde una perspectiva de género son múltiples y aparecen en algunas de las investigaciones internacionales realizadas hasta el momento y entre los datos que hemos recogido (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia y Butler, 2000; Amaro et al., 2001; Blake et al., 2001).

Sabemos que diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre varones y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a éstas. Hasta el momento está ampliamente documentado que la gravedad de los problemas de adicción es superior entre las mujeres y que el impacto familiar y social de las adicciones femeninas es superior al de las masculinas. Las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse al tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo de drogas (Blake *et al.*, 2001).

Existen factores de riesgo específicos que favorecen el inicio del consumo de drogas o su continuidad. La adicción a las drogas tiene características diferentes en base al sexo.

Estos datos muestran como el contexto social y cultural en el que las mujeres usan drogas refleja las diferencias de género en los procesos de socialización, de construcción de la identidad y de asignación de roles. En las últimas décadas, se vienen observando cambios que han llevado a hablar de “feminización del uso de drogas”: Una es la disminución de las ratios que separan a varones y mujeres en el uso de drogas ilegales en las edades más jóvenes, y otra, un aumento progresivo del uso de drogas “legales” entre las mujeres. Estos cambios entre las más jóvenes quizás tengan relación con una nueva situación social en la que las adolescentes pueden acercarse a las conductas tradicionales de los varones y buscar nuevas formas de ocio generalmente en torno al uso de drogas legales.

Estos nuevos modelos de “convertirse en chicas y mujeres” lejanos a la tradicional pasividad femenina están necesitados de nuevas formas de intervención en salud pública sensitivas desde el género.

En base a nuestros resultados se observa que es preciso fomentar la formación y reflexión acerca de lo que supone la inclusión de la perspectiva de género entre los profesionales que trabajan en drogodependencias.

En los discursos recogidos se cree necesario diferenciar entre prevención universal y específica. En los programas universales no se marcan diferencias entre chicas y chicos. Esta diferenciación se haría sólo en las intervenciones específicas, llevadas a cabo con chicas. Se trataría de reducir daños, incluyéndose también los riesgos que afectan a las mujeres.

Los programas universales deberían incluir la perspectiva de género, trabajando con los factores de riesgo y protectores de manera diferencial entre varones y mujeres.

Las personas entrevistadas, cuando detallan lo que podría ser una intervención ideal en la que se incluyera la perspectiva de género, muestran la necesidad trabajar desde el tiempo de ocio, mejorar las prácticas deportivas y utilizar las nuevas tecnologías para llegar a las personas jóvenes con mayor facilidad.

Programas específicos selectivos e indicados incluirían la especificidad femenina a la hora de elegir las sustancias de consumo, los patrones de uso y las distintas consecuencias en base al sexo de la persona que consume.

Las mujeres son un colectivo lleno de fracturas. Es importante tener en cuenta la edad y otras variables que interaccionan con el género. No aparecen en los discursos de los profesionales que hemos entrevistado. Sin embargo, algunos autores señalan que es preciso tener en cuenta las diferencias culturales y étnicas que alcancen a poblaciones específicas (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia y Butler, 2000).

La evidencia existente indica que los siguientes factores de riesgo y protección son críticos para diseñar intervenciones sensitivas desde el punto de vista del género:

- (a) mejorar la imagen personal, incluyéndose la imagen del cuerpo y la confianza en una misma entre las chicas adolescentes;
- (b) desarrollar competencias y herramientas para la vida entre las chicas adolescentes en áreas como las competencias intrapersonales, la resolución de problemas o la comunicación interpersonal;

- (c) promover estilos de vida saludables;
- (d) mejorar el funcionamiento familiar fortaleciendo los lazos familiares, incluyéndose la mejora de habilidades de las adolescentes embarazadas o madres que pudieran estar en riesgo de consumo de drogas; y
- (e) tratar los efectos a largo plazo del abuso sexual entre las chicas adolescentes (Amaro et al., 2001).

Las diferencias de género en el uso, abuso y en el tratamiento de las drogodependencias indican la necesidad de incluir la perspectiva de género en las políticas preventivas. Sin embargo es escasa la evidencia científica en este campo. Nuestros resultados muestran que es necesario disponer de un mayor número de investigaciones que muestren cómo incluir la perspectiva de género por parte de los y las profesionales españoles. La reducción de daños por la igualdad pasa por trabajar con las chicas la no asunción del modelo masculino clásico y por los chicos por el cuestionamiento de este modelo. Ser hombre no implica arriesgarse y ser mujer ser cauta.

Bibliografía

AMARO, H., BLAKE, S. M., SCHWARTZ, P. M. Y FLINCHBAUGH, L. J. (2001): Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21, 256-293.

BLAKE, S., AMARO, H., SCHWARTZ, P. Y FLINCHBAUGH, L. (2001): A review of substance abuse prevention interventions for adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21, 294-324.

CONSELLERIA DE SANIDADE, GÉNERO Y DROGAS. *Documento marco, manual y guías. Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia*, Xunta de Galiza, Santiago de Compostela, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <http://www.who.int/topics/gender/en/index.html>

RESNICOW, K., SOLER, R., BRAITHWAITE, R., AHLUWALIA, J. Y BUTLER, J. (2000): Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28, 271-290. Rosenbaum, 1981.

ROMO, N. *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. Monográfico "Uso de Drogas y drogodependencias". (2004) Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica.

ROMO, N. *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*. Donostia: Gakoa, 2001.

ROMO, N., VEGA, A., MENESES, C., GIL, E., MÁRKEZ, I., POO, M. (2003): *Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres*. *Revista Española de Drogodependencias*; 28(4):372-80.

ROSENBAUM M. *Women on heroin*. (1982): California: Rutgers University Press, 1981. Cuskey, 1982

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, Office of Applied Studies. (April 2, 2009): *The NSDUH Report: Exposure to Substance Use Prevention Messages and Substance Use among Adolescents: 2002 to 2007*. Rockville, MD.

TAYLOR A. (1993): *Women drug users: an ethnography of a female injecting community*. Oxford: Clarendon Press.

Diferencias étnicas y de género en el consumo de drogas entre adolescentes¹

CARMEN MENESES FALCÓN

Resumen

Se analizan los consumos de drogas, así como algunos comportamientos de riesgo asociados al consumo de alcohol entre diversos grupos étnicos, teniendo en cuenta las diferencias de género. A través de una muestra de adolescentes estudiantes de secundaria encuestados en Madrid (n=2.538), que se autoidentificaron como gitanos, latinos y autóctonos no gitanos, se describen los consumos de drogas y comportamientos de riesgo asociados. El mayor o menor consumo de drogas (tabaco, alcohol y hachís) de cada grupo se relaciona con los contextos y pautas culturales de cada grupo, donde la presión del grupo de iguales o la influencia de la familia eran relevantes. Los programas de prevención universal y selectiva deberían incluir las diferencias étnicas y de género, ya que los mensajes homogeneizantes pueden ser poco preventivos.

Palabras clave

Adolescentes, género, etnicidad, consumo de drogas.

Una versión diferente de este trabajo fue presentada en el Congreso Familias, Adolescentes y Drogas, Bilbao 28, 29 y 30 de septiembre de 2011, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

1 Este trabajo forma parte del Proyecto Nacional de I+D+I, "Riesgo, Adolescencia y Etnicidad: comparando tres áreas geográficas de España", subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Referencia: CSO2009-07732.

Introducción

Los comportamientos de riesgo en los adolescentes, entre los que se encuentra el consumo de drogas, se han planteado en las sociedades occidentales como un elemento más que forma parte de la etapa adolescente. Pero a la vez se han señalado importantes diferencias en los comportamientos de riesgo entre los adolescentes en función de una serie de variables que estructuran la sociedad como pueden ser el género, la etnicidad, la religión, la clase social, la edad, o la orientación sexual, entre las categorías principales que podemos nombrar.

Algunos de los comportamientos de riesgo estudiados por su persistencia, intensidad, extensión y poco control pueden llevar a las personas, en este caso a los adolescentes, a que se conviertan en riesgo para ellos, o en un riesgo para los demás, por las implicaciones que pueden tener sus conductas.

La percepción, valoración y asunción del riesgo está mediada por muchas de las variables o categorías que hemos mencionado y que en este trabajo se centra en la etnicidad y el género.

¿Por qué profundizar desde la etnicidad?

La etnicidad hace referencia al sentimiento de pertenencia a un grupo étnico, es decir, a la identificación con uno o más grupos, y la exclusión de otros, relacionado con algún tipo de filiación (Kottak, 2006). Grupo étnico se denomina a un grupo social que se define a sí mismo en términos culturales y es reconocido por los otros como tal. Por tanto, la identificación, el sentido de pertenencia y la participación en las actividades del grupo son aspectos que se relacionan con la identidad étnica. Se trata de un concepto dinámico, que puede variar a lo largo del tiempo y que en la adolescencia se concreta en distintas etapas (Phinney y Kohatsu, 1999; Ying et al, 2008). Se ha mencionado que el riesgo y

los comportamientos de riesgo difieren en función de la etnicidad o identificación étnica, relacionados a su vez con otras categorías de análisis social.

- Se ha hablado del efecto “White male”, según el cual los varones blancos perciben y valoran los riesgos de forma diferente a las mujeres y otros grupos étnicos (Finucane *et al* 2000). Esto es debido a que aquellos con mayor poder y estatus socioeconómico perciben los riesgos de manera distinta que los grupos de menor poder y posición económica. Por tanto, la variable étnica sería central en la valoración y gestión de los riesgos.
- Se ha planteado que la identificación con diferentes culturas es ortogonal, es decir, no es un proceso de asimilación o integración en un grupo mayoritario de forma lineal, perdiendo la filiación o identidad con su grupo étnico o cultural de origen (Oetting y Beauvais, 1991). Los sujetos pueden vivir entre dos sistemas culturales, de tal forma que pueden mantener factores de protección en un grupo cultural o étnico y de riesgo en otro.
- Se ha señalado que los procesos de aculturación pueden ser un factor de riesgo, o de protección, en las conductas relacionadas con la salud, dependiendo del tipo de grupo y de circunstancias sociales, (Lara *et al*, 2005). En este sentido el proceso de integración, o relación con un grupo culturalmente mayoritario, puede aumentar o disminuir el nivel de consumo de drogas, dependiendo de los valores, creencias y comportamientos que predominen en cada grupo social (Marsiglia *et al*, 2008).
- Algunos estudios en la sociedad norteamericana han encontrado conductas de mayor riesgo en aquellos grupos de origen étnico identificados como *blanco inglés o irlandés*.

dés que los grupos identificados como *latinos o afroamericanos* (Stillwell *et al.*, 2004). Sin embargo, en otros trabajos encontraron una tendencia contraria, los adolescentes latinos mostraron algunas conductas de riesgo (actividad física, uso de drogas, violencia) para la salud en mayor medida que los no latinos (Carvajal *et al.*, 2002). Por tanto, la literatura da cuenta de dos posiciones distintas ¿Sucede lo mismo en el caso de la sociedad española y los grupos culturales o étnicos presentes en ella?

- En una investigación realizada con anterioridad, con muestras representativas en Madrid y Andalucía, encontramos que los adolescentes que se autoidentificaron en *otros grupos étnicos* (Latinos, gitanos, mestizos, asiáticos, etc.) presentaron conductas de riesgo en mayor proporción que aquellos que se identificaron con el grupo de *blancos*. De esta forma en el último año se habían peleado más los autoidentificados en *otros grupos étnicos* (39,3%) que los *blancos* (21,9%); también habían tenido relaciones sexuales completas en mayor medida (32%) que los clasificados como blancos (16,4%); no habían usado métodos de protección en las relaciones sexuales (15,8% vs. 8,9% respectivamente); se habían visto también implicados en algún accidente de tráfico (16,1% vs. 10,4%); fumaba el 20% de los clasificados en otros grupos frente al 13,1% de los clasificados como blancos y habían tenido relaciones sexuales no consentidas también en mayor medida el primer grupo frente al segundo mencionado (18,8% vs. 7,9%). Todas las relaciones fueron estadísticamente significativas y aquí solo hemos citado algunas de las situaciones o comportamientos de riesgo estudiados, pero fueron muchos más (Véase Meneses *et al.*, 2008b; Gil y Romo, 2008; Meneses *et al.* 2009).

Otros trabajos internacionales vienen señalando importantes diferencias entre adolescentes en las situaciones y conductas de riesgo en función de la etnicidad (Blum et al, 2000; Best et al, 2001; Weden y Zabin, 2005). La comprensión y conocimiento de estas diferencias son importantes dada la diversidad cultural en la sociedad española y la necesidad de intervenciones preventivas y educativas centradas en los diversos colectivos de jóvenes.

El objetivo de este trabajo es describir y analizar el consumo de drogas atendiendo a las categorías género y etnicidad, en concreto en adolescentes latinos, gitanos y autóctonos no gitanos, que interaccionan en un mismo contexto, y que nos permita sugerir líneas preventivas diferenciales.

Algunos datos obtenidos

Partimos de una muestra de 2.538 adolescentes procedentes de nueve centros educativos de educación secundaria obligatoria del municipio de Madrid. Dichos centros fueron seleccionados porque a priori teníamos la información² de que en ellos existía una mayor concentración de adolescentes latinos y gitanos. Como la identificación con el grupo étnico la realizaban los propios adolescentes, no los investigadores ni los profesores, nos pareció oportuno recoger el cuestionario a todos los chicos y chicas de la ESO de cada aula, en cada centro educativo. Somos conscientes de que había más chicos y chicas latinos y gitanos de los que se identificaron, pero hemos seguido en todo momento el criterio establecido. Los padres fueron informados, e incluso se les solicitó su autorización en aquellos centros que lo vieron oportuno. A todos los centros colaboradores se les hizo una devolución de todo el cuestionario mediante un informe

2 Dicha información fue facilitada por profesores, directores y jefes de estudios de centros educativos de la ESO y Secretariado Gitano Nacional principalmente.

monográfico sobre los comportamientos de riesgo encontrados en su centro. Los centros educativos estaban distribuidos de la siguiente manera: dos en la zona norte del municipio, uno en la zona este, otro en la zona centro y el resto en la zona sur. Reiteramos que la localización de los centros fue guiada por la mayor o menor presencia de adolescentes latinos y gitanos en los distritos de Madrid. Los datos han sido recogidos entre enero y junio de 2011.

El cuestionario estaba formado por preguntas relacionadas con comportamientos y situaciones de riesgo en seguridad vial, uso de drogas, relaciones sexuales y violencia. Por cuestiones de espacio solo exponemos algunos resultados. Dicho cuestionario fue validado en una investigación anterior y ante las correcciones introducidas en esta nueva investigación se volvió a validar en otro centro educativo. Se realizaron dos grupos de discusión con adolescentes para su revisión y adaptación. Los investigadores³ recogieron el cuestionario en las distintas aulas de los distintos centros educativos personalmente, ayudados por algunos encuestadores, pero conociendo de primera mano los comentarios, dificultades e incidencias que se dieron, todas ellas de tipo anecdótico.

Puesto que la variable principal de estudio es la etnicidad la distribución de la muestra fue la siguiente en función de la misma: latinos/as, 29,5% (n=748), Gitanos/as, 6,5% (n=164), autóctonos no gitanos o blancos, 49,1% (n=1.245), magrebíes, 3,1% (n=78), asiáticos, 3,5% (n=88), negros, morenos o mestizos 5,6% (n=143), no se autoidentificaron, 2,8% (n=72). En este trabajo solo se comparan los tres

3 En Madrid, fuimos tres investigadores (Dr. Jorge Uroz y Dr. Antonio Rúa) los que recogimos los cuestionarios en los diez centros educativos, uno de ellos como prueba pre-test no incluidos los datos en la muestra analizada. El Dr. Jorge Uroz y la autora de este trabajo realizamos los grupos de discusión con adolescentes. Dos de los grupos fueron para validar el cuestionario y recoger las opiniones de los adolescentes respecto a las preguntas y estructura del cuestionario, y cuatro grupos para recoger las percepciones, creencias y significados asociados a los comportamientos de riesgo estudiados. Los resultados de estos grupos se están analizando.

primeros grupos, habiéndose excluido del análisis el resto. El 51% fueron varones y el 49% mujeres; con una media de 15 años de edad ($DS=1,47$), en un intervalo de 13 a 18 años.

Las sustancias de mayor consumo fueron las drogas legales principalmente y el hachís. El resto de sustancias psicoactivas eran consumidas escasamente, debido fundamentalmente a que la edad de inicio de las sustancias ilegales suele comenzar al final de la ESO.

Tabla 1. Respuestas afirmativas al consumo en últimos 12 meses (%)

	Total	Latinos	Gitanos	No gitanos	<i>p</i>
Alcohol	56,5	58,9	64,0	54,4	0,032
Tabaco	34,4	37,8	40,0	31,9	0,015
Hachís	14,5	14,9	9,5	14,8	0,227
Café	60,1	72,6	59,3	53,1	0,000
Tranquilizantes	5,3	8,7	1,5	2,8	0,000
Analgésicos	20,3	24,4	22,4	17,7	0,002

Como se muestra en la tabla 1, el café fue la sustancia más consumida, seguida del alcohol y el tabaco, siendo los adolescentes latinos y gitanos los que presentaban mayores porcentajes de consumo. Cabe destacar que los autóctonos no gitanos y latinos mostraron los mismos porcentajes de consumo de hachís en los últimos doce meses, siendo inferior en el caso de los chicos y chicas gitanos, aunque no existían diferencias estadísticamente significativas. Podemos destacar un aspecto importante respecto al consumo de alcohol. Si mostramos el consumo en los últimos doce meses por curso nos encontramos que un tercio ya consumía en 1º de la ESO, y que en 4º de la ESO tres cuartas partes habían consumido alcohol. Por grupos étnicos estudiados encontramos la misma proporción dentro de cada grupo. Entre grupos parece que los autóctonos no gitanos van gradualmente incorporándose al consumo desde 1º a 4º, así como

los latinos, sin embargo no es comparativo con los chicos y chicas gitanos, dado que solo están presentes en 1º y 2º de la ESO, en 3º y 4º han desaparecido⁴.

Tabla 2. Consumo de alcohol por curso y grupo étnico (%)

Alcohol 12 últimos meses	Total	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	p
	53,5	31,3	52,0	64,5	75,2	0,000

	Latinos	Gitanos	No gitanos			
1º ESO	32,6	51,9	26,8			0,000
2º ESO	60,2	78,6	46,5			0,000
3º ESO	68,0	100	67,7			0,490
4º ESO	76,5	90,0	77,1			0,615

Concentrándonos en los consumos de tabaco y alcohol entre los tres grupos étnicos podemos señalar algunos datos interesantes por esta variable. En el caso de los adolescentes gitanos podemos señalar algunas características del patrón de consumo de tabaco: fumaban más los chicos gitanos que las chicas; la media de cigarrillos al día eran doce; con un tipo de consumo preferentemente diario; en su contexto inmediato fumaba el padre principalmente entre los dos progenitores; entre los amigos eran pocos los que no fumaban. Entre los autóctonos no gitanos parecía que las chicas fumaban más que los chicos. Respecto al consumo de tabaco en los padres y madres de los chicos y chicas autóctonos no gitanos, fumaban ambos pro-

⁴ Los investigadores hemos constatado como en todos los centros educativos que se recogió información los chicos y chicas gitanos solo acudían a clase en 1º y 2º de la ESO. En los últimos cursos la ausencia de los mismos en las aulas era algo patente, dicho por los equipos educativos y asumido por todos. Incluso en los dos primeros cursos de la ESO el nivel de absentismo escolar era alto. Esta sigue siendo la asignatura pendiente del sistema educativo español con los chicos y chicas gitanos.

genitores; sin embargo el consumo de tabaco de las madres fue más destacado comparativamente en el grupo de autóctonos no gitanos. También estadísticamente eran las parejas de los chicos y chicas autóctonos no gitanos las que más fumaban.

Tabla 3. Consumos de tabaco y alcohol por grupo étnico

	Latinos	Gitanos	No gitanos	<i>p</i>
Consumos de tabaco				
Fuman ellos	10,8	21,2	15,0	0,001
Media cigarros día*	1,68 (2,79)	12,04 (10,54)	6,04 (5,96)	0,000
Chicos	12,0	33,3	12,2	0,000
Chicas	9,7	4,9	18,0	0,000
Frecuencia				0,000
Nunca	64,2	64,3	68,5	
Algunas veces al año	15,5	7,7	9,9	
2 o 3 veces entre semana	11,8	3,5	7,7	
Solo fines de semana	3,7	2,1	2,6	
Diario	4,8	22,4	11,3	
Fuman sus padres	24,9	56,8	60,0	0,000
Fuma su padre	55,1	75,6	30,2	0,000
Fuma su madre	22,7	6,1	24,3	
Fuman ambos	22,2	18,3	45,5	
Fuma su pareja	14,7	26,6	24,4	0,001
Fuman los amigos				0,000
Ninguno	29,2	18,6	32,4	
Algunos	59,3	49,0	49,9	
Muchos	8,7	15,2	14,1	
Todos	2,9	17,2	3,5	
Consumo de alcohol				
Chicos	57,7	67,5	52,8	0,031
Chicas	60,0	58,6	56,1	0,502
Beber solo varias veces en los últimos 12 meses	9,8	15,6	10,3	0,132
He bebido con mi familia	19,9	52,7	19,7	0,000
Fuera de la familia	54,3	19,8	56,5	
En ambas circunstancias	25,8	27,5	23,8	
Frecuencia				0,000
Nunca	38,2	34,4	44,9	
Algunas veces al año	28,0	35,7	20,9	
2 o 3 veces entre semana	16,6	17,5	19,0	
Solo fines de semana	16,5	8,4	14,7	
Diario	0,7	2,1	0,5	

* Media y desviación típica.

En cuanto al consumo de alcohol no vemos las diferencias de género que encontrábamos en el caso del tabaco, pues no había diferencias entre las chicas de los tres grupos señalados. Cabe destacar que alrededor del 10% de la muestra había bebido solo/a varias veces en los últimos doce meses, siendo mayor este porcentaje entre los chicos y chicas gitanos. Se apreciaban dos contextos de consumo de alcohol: uno en el fin de semana, probablemente fuera de la familia, entre grupos de iguales, principalmente entre latinos y autóctonos no gitanos; y otro con la familia, que podría estar en relación con el consumo de algunas veces al año. Este consumo de alcohol con la familia puede ser un consumo de riesgo, o una oportunidad de aprendizaje, depende de cómo se produzca. No obstante recordamos que se trata, principalmente, de menores de 16 años, que tienen por ley prohibidos la adquisición y consumo de alcohol.

Por último presentamos algunos comportamientos de riesgo que fueron recogidos en los cuestionarios, muchos de ellos relacionados con el consumo de alcohol y que se pueden observar en la tabla 3. Los porcentajes mostrados corresponden a la frecuencia de *bastantes y muchas veces* (se les preguntó en cuatro opciones: nunca, alguna vez, bastantes veces y muchas veces, estas dos últimas han sido recodificadas en una y se presentan en la tabla). Como se puede apreciar los porcentajes obtenidos no son elevados, salvo en algún caso. En este sentido destaca entre chicos y chicas gitanos que casi un tercio había montado en coche con un conductor que hablaba por el móvil. El 10% de los chicos y chicas autóctonos no gitanos se había emborrachado en los últimos 12 meses, siendo inferior este porcentaje en los otros dos grupos étnicos, y fue también entre los autóctonos no gitanos donde se alcanzaba un porcentaje mayor de embriaguez durante todos los fines de semana, aunque el porcentaje es pequeño.

Tabla 4. Situaciones y conductas de riesgo en los últimos 12 meses. Frecuencia presentada muchas veces %.

SITUACIONES de RIESGO (bastantes y muchas veces)	Latinos	Gitanos	No gitanos	p
1. Hacer botellón (plazas, calles, parques...) y montar en moto después	9,0	5,0	5,9	0,066
2. Conducir una moto cuando se ha consumido hachís u otras drogas	0,3	1,4	1,0	0,090
3. Tener sexo estando muy bebido o habiendo consumido alguna droga	4,5	4,3	2,2	0,002
4. Pasarse con alguna droga y perder el sentido	1,0	1,4	0,5	0,290
5. Emborracharse	8,8	7,9	10,3	0,000
6. Vender hachís u otras drogas	1,4	0,7	1,3	0,863
7. Mezclar muchas drogas algunos fines de semana	0,8	0,7	0,8	0,687
8. Pelearme con otros habiendo bebido alcohol	1,7	2,1	1,3	0,000
9. Tomar medicamentos con alcohol	0,1	1,4	0,6	0,155
10. Fumar me ayuda a no engordar	1,5	4,3	1,3	0,019
11. Me he emborrachado y he perdido el sentido	1,8	1,4	1,6	0,001
12. En el último mes me he emborrachado todos los fines de semana	1,5	1,4	3,3	0,000
13. Han intentado abusar de mi cuando había bebido	1,0	0,7	0,5	0,704

Podemos concluir que en general las conductas que pueden suponer un riesgo son minoritarias, a pesar de que puedan algunas de ellas destacar en alguno de los grupos étnicos estudiados.

Sugerencias para la Intervención

Los comportamientos de riesgo presentados (uso de drogas, principalmente) comienzan a producirse en la etapa adolescente, y alguno

de ellos se ha configurado como un elemento más en la adolescencia de algunos jóvenes. El consumo de drogas podrá tener una mayor o menor prevalencia durante la Educación Secundaria Obligatoria, dependiendo de los contextos en los que los adolescentes vivan, pero muchos de ellos tenderán a ir aumentando hasta cierta edad, y a partir de entonces o bien desaparecen o permanecerán. Una acción informativa preventiva en un curso y momento determinado puede tener poco impacto preventivo, tal y como han planteado numerosos especialistas educativos, y sobre todo si es generalista y con mensajes homogéneos. Para que la prevención sea eficaz y oportuna necesita estar adaptada a las circunstancias y contextos de los adolescentes, y entre ellas destacamos el género y la etnicidad. Son escasos tanto los estudios como los programas de prevención que tengan en cuenta esta especificidad. Si existen diferencias entre chicos y chicas y entre distintos grupos étnicos o culturales, ¿por qué no diseñamos e intervinimos en función de sus necesidades, circunstancias y significados? Éste es un asunto pendiente en prevención. La actuación diferencial y de discriminación positiva a veces es necesaria para corregir las desigualdades que generan las diferencias. Desde los resultados obtenidos queremos insistir en dos aspectos:

En primer lugar, dada la extensión del consumo de alcohol entre los escolares de la ESO se hace necesario trabajar con ellos el consumo de esta sustancia desde 1º hasta 4º. Incluso este equipo cree que debería comenzarse en primaria, a partir del segundo ciclo. La cultura del alcohol y la tolerancia hacia el uso intensivo permean en toda la sociedad y los modelos que les ofrecemos a los jóvenes no son siempre los más saludables. Los adolescentes y jóvenes hacen lo que ven en sus mayores y una parte de los consumos de alcohol se producen en el entorno familiar. Este tipo de consumo debe ser estudiado en mayor profundidad. Dos objetivos deberían trabajarse; primero, el no consumo en los más pequeños, es decir, aquellos que todavía no han comenzado, intentando retrasar al máximo su inicio. Es importante fomentar que el alcohol no sea importante para los adolescentes, que los

significados asociados no sean tan positivos ni relevantes, pues solo así se podrá trabajar el no consumo. Segundo, la disminución de riesgos en los que ya consumen alcohol; pues trabajar con ellos la abstinencia no tiene sentido y es un objetivo poco realista. Se debería trabajar con ellos y ellas la embriaguez, los límites, el control y los motivos y significados de beber, y especialmente analizar el evento del botellón. Todo ello en una tarea coordinada entre padres y profesores, implicando a los propios protagonistas, para que ellos y ellas sean los que desarrollen y diseñen el propio proyecto de prevención para evitar los efectos indeseados del consumo de alcohol.

En segundo lugar, nuestros resultados apuntan a que la variable etnicidad influye en los consumos y comportamientos de riesgo, siendo las conductas en unos grupos más sobresalientes que en otros, y que muy probablemente esté relacionado con aspectos culturales de cada grupo. Por ejemplo, el menor consumo de tabaco en las adolescentes y madres gitanas está relacionado muy probablemente con los modelos y roles de género que se desarrollan en la cultura gitana. No está bien visto el consumo de tabaco en las mujeres gitanas. En este sentido las adolescentes y madres autóctonas no gitanas muestran una mayor convergencia en comportamientos de consumo de tabaco con los adolescentes chicos y padres. Sin embargo, en el caso del alcohol dichas diferencias parecen no producirse. Creemos que las claves explicativas están en los elementos culturales, valores, creencias y significados que se dan tanto en la cultura gitana como en la autóctona no gitana mayoritaria. La aculturación puede proteger un comportamiento y ser un riesgo para otro. Por tanto, desde todo lo expuesto la educación intercultural en la diversidad debe empezar a ser tomada en cuenta en los programas preventivos de consumo de drogas. Para ello es preciso recoger las diferencias para adecuar las actuaciones y mensajes en función de las claves culturales.

El riesgo y los comportamientos de riesgo en los adolescentes deben ser una oportunidad de aprendizaje, de conocimiento de lími-

tes y de control, y está en manos de los educadores, padres y profesores, que les enseñemos y transmitamos cómo vivir el riesgo sin dañar ni comprometer su futuro.

Algunas de las acciones preventivas que podemos sugerir son las siguientes:

1. Es necesario informar a los padres en la tarea educativa y preventiva, ofreciéndoles datos e implicándoles en las situaciones de riesgo que pueden causar daño. A veces los padres necesitan orientación, pues no saben cómo actuar con sus hijos en esta etapa adolescente. Especialmente debemos centrarnos en trabajar con familias gitanas y familias de origen latinoamericano, con características socioculturales diferentes, así como concepciones e informaciones sobre las drogas muy diversas. La formación de grupos de familia de debate y orientación puede ser una alternativa para dar pistas a los padres y madres en la tarea preventiva con sus hijos. En algunas asociaciones o Ayuntamientos existen grupos de padres y madres, o escuelas dirigidas con este fin, en las que sería interesante que se incluyese la dimensión cultural y étnica de forma integrada.
2. El trabajo específico con los adolescentes inter e intracultural no puede ser olvidado, implicando a los propios adolescentes, chicos y chicas, a que generen para ellos y sus compañeros un proyecto de prevención, donde ellos mismos pongan los mensajes, las acciones a realizar, y cómo ayudar a sus propios compañeros en situaciones y conductas de riesgo.
3. Por último, deberíamos reforzar los comportamientos saludables y positivos, evitando los mensajes negativos y las prohibiciones. En los grupos de discusión realizados por

este equipo de investigación con adolescentes hemos recogido muchas veces y durante diversos años la siguiente frase: “si algo te lo prohíben, da por hecho que lo haremos”. Por tanto, los mensajes nunca deben ser prohibitivos, sino buscar el lado positivo y saludable de sus conductas contrarias a las de riesgo que causan daño y reforzarlas. En este sentido deberíamos reforzar los factores de protección diferenciales por sexo y por etnicidad.

Bibliografía

- BEST D, RAWAF S, ROWLEY J, FLOYD K, MANNING P, STRANG J. (2001): *Ethnic and Gender Differences in Drinking and Smoking among London Adolescents*. *Ethnicity & Health*. 6(1):51-57.
- BLUM R.W., BEUHRING T, SHEW M.L., BEARINGER LH, SIEVING R.E. RESNICK M.D. (2000): *The Effects of Race/Ethnicity, Income, and Family Structure on Adolescent Risk Behaviors*. *Am J. Public Health*. 90(12):1879-1884.
- CARVAJAL S, HANSON C, ROMERO A, Y COYLE K. (2002): *Behavioural Risk Factors and protective Factors in adolescents: A comparison of latinos and No-latinos White*. *Ethnicity & Health* 7(3): 181-193.
- FINUCANE M.L., SLOVIC P, MERTZ C.K., FLYNN J, SATTERFIELD T.A. (2000): *Gender, race, and perceived risk: the 'white male' effect*. *Health, Risk & Society*. 2(1):159-172.
- GIL E Y ROMO N, (2008): *Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces*. *Miscelánea Comillas* 66 (129):493-509.
- KOTTAK C.P. (2006): *Antropología Cultural*. Madrid: Mac Graw Hill (Undécima edición).
- LARA M, GAMBOA C, KAHRAMANIAN M.I., MORALES L, Y HAYES D. (2005): *Acculturation and latino health in the United States: A review of the literature and its sociopolitical Context*. *Annu. Rev. Public Health*. 26:367-97.
- MARSIGLIA F, KULIS S, LUENGO M.A., NIERI T Y VILLAR P. (2008): *Inmigrant advantage? Substance use among Latin American immigrant and native-born youth in Spain*. *Ethnicity & Health* 13(2):149-170.

- MENESES C, UROZ J Y GIMÉNEZ S. (2008b): *Comportamientos de riesgo en los adolescentes madrileños*. Miscelánea Comillas 66(129):461-492.
- MENESES C. (2008a): *Influencia del consumo de drogas y sugerencias para la intervención, en Salas R. Procesos médicos que afectan al niño en edad escolar*. Barcelona. Elsevier Masson.
- MENESES C, ROMO N, UROZ J, GIL E, MARKEZ I, GIMÉNEZ S Y VEGA A. (2009): *Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas de España*. Trastornos Adictivos 11(1):51-63.
- MENESES C., GIL E Y ROMO N. (2010): *Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial*. Atención Primaria, 42(9): 452-462.
- MENESES, C. (2011): *Asumir riesgos para madurar en la adolescencia, en de la Torre, J. (Ed.) Adolescencia, menor maduro y bioética*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas.
- OETTING E.R. Y BEAUVAIS F, (1991). *Orthogonal Cultural Identification Theory: The Cultural Identification of Minority Adolescents*. The International Journal of the Addictions 25(5a & 6b):655-685.
- PHINNEY J Y KOHATSU E, (1999): *Ethnic and Racial Identity development and mental health, en Schulenberg J, Maggs JL y Hurrelmann (ed). Health Risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge University Press.
- STILLWELL G, BOYS A Y MARSDEN J. (2004): *Alcohol use by young people from different ethnic groups: consumption, intoxication and negative consequences*. Ethnicity & Health 9(2):171-187.

WEDEN MM, Y ZABIN LS. (2005): *Gender and Ethnic Differences in the Co-occurrence of Adolescent Risk Behaviors*. *Ethn Health*. 10:213-234.

YING YW, HAN M Y WONG S. (2008): *Cultural orientation in Asian American Adolescents. Variation by age and ethnic density*. *Youth & Society* 39(4):507-523.

VVVV. (2000): *Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Manual de prevención. Madrid. FAD y PMCD.

Hacer prevención de riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto recreativo nocturno. Una aproximación conceptual, estructural y funcional

MONTSERRAT JUAN JEREZ
MARIÀNGELS DUCH MOYÀ
AMADOR CALAFAT FAR

Resumen

Los jóvenes españoles que frecuentan contextos recreativos nocturnos presentan de forma consistente prevalencias más altas de consumo de alcohol y otras drogas que las encontradas en la población general. Por un lado, esos consumos tienen consecuencias en la salud, la seguridad y los estilos de vida de estos jóvenes. Por otro lado, el modelo de diversión es cada vez más hegemónico y centrado en esos consumos, y ya no se encuentra delimitado en áreas y locales específicos, sino que se ha ido expandiendo hacia otros espacios tanto públicos como privados. Ese modelo de diversión, tan popular entre los jóvenes, constituye un poderoso espacio de socialización y formación de valores fundamentales en su desarrollo. Por todo ello es necesario comprender qué hacemos como sociedad para prevenir tanto las causas como las consecuencias de dicho consumo.

La prevención se encuentra estructurada en estrategias que tienen en cuenta el alcance, los colectivos que la realizan y los espacios donde ésta se lleva a cabo. Lograr estándares de calidad en preven-

ción requiere revisar y repensar la funcionalidad de esas estrategias y avanzar en la complejidad hacia una prevención multifuncional de alcance colectivo y medioambiental.

Palabras clave

Alcohol, drogas recreativas, diversión nocturna, jóvenes, prevención

Keywords

Alcohol, recreational drugs, nightlife, young people, prevention

Dimensión conceptual.

Comprender el porqué de la prevención.

El consumo de drogas en menores

El consumo de drogas en menores es reflejo del tipo de sociedad que tenemos y de nuestras profundas contradicciones. En la teoría muchos defendemos una sociedad formada por individuos responsables, solidarios, moderados en consumo, que sepan gestionar adecuadamente los riesgos. Pero, al mismo tiempo, promocionamos también una diversión sin límites, una extensión de la industria recreativa, la libertad individual por encima de la colectiva y queremos ver desterrada la palabra control. El desarrollo de la prevención de alcohol y otras drogas deberá tener en cuenta estos intereses contrapuestos. La sociedad es compleja y lo cierto es que, a muchos, no les importa correr riesgos o tener problemas si a cambio se accede a consumos o situaciones que creen importantes para ellos, o para divertirse. Pero cuando se trata de valorar las conductas de riesgos de los jóvenes, y más en concreto de los menores de edad, hay que ser muy cauto. Veamos por qué.

El MDH y su extensión

Los espacios de la diversión nocturna se han popularizado entre los jóvenes deviniendo en poderosos espacios de socialización y educación, y como formadores de valores. Los entornos recreativos se han ido convirtiendo, a lo largo de las últimas décadas, en espacios sociales y comunitarios, con un impacto creciente en la socialización de los adolescentes. En esos espacios tiene lugar una parte de la formación de actitudes y hábitos en áreas fundamentales para la salud como el uso de drogas, la conducta sexual, el afrontamiento de la violencia o de la conducción, por citar algunos; pero también la gestión de algunos ideales tales como la diversión, la amistad, los encuentros sexuales y la formación de la personalidad de los jóvenes. Es por ello que resulta necesario, de una forma crítica y coherente, disponer de un abordaje

complejo y creativo de estos espacios, entendidos no sólo como espacios de diversión sino también de socialización, adquisición de valores y aprendizaje de conductas fundamentales.

El modelo de diversión nocturno no ha dejado de expandirse hasta convertirse en el modelo de diversión hegemónico en buena parte de los países, y el nuestro ha tenido un protagonismo central en ello (Collins 1997). En nuestra sociedad, la diversión nocturna vinculada al consumo de sustancias ha pasado de encontrarse en locales específicos a extenderse a la mayoría de locales nocturnos; de concentrarse en algunas áreas concretas a la proliferación de áreas recreativas en la mayoría de ciudades; de hallarse en espacios privados a extenderse a públicos -con la práctica del botellón como imagen característica; todo ello acompañado de una edad de inicio de consumo más temprana, ligada a una prematura participación en las actividades recreativas nocturnas; en las que algunos adultos también participan buscando 'rejuvenecer' mediante la imitación de estilos estereotipados de conductas juveniles. Otros espacios de diversión como las fiestas populares, patronales u otras celebraciones puntuales adoptan formas y estrategias de la diversión nocturna o se ven afectadas por prácticas como el botellón. España se ha convertido, además, en un destino turístico internacional de ocio nocturno, que ofrece paquetes de viaje para celebraciones concretas de fin de semana (fiestas de cumpleaños o de despedida de soltero/a), así como destinos turísticos vinculados a la escena clubbing (con promociones de discotecas y DJs). De esta forma, la expansión forma parte del proceso de globalización. Ese modelo de ocio no solo se ha extendido a países desarrollados, sino que se encuentra en pleno proceso de expansión en países en vías de desarrollo de América Latina, Europa del Este, Sureste asiático y Oceanía.

A pesar de esta ramificación, son muchos los jóvenes que participan del ocio nocturno de forma moderada, como una práctica más de su estrategia de diversión, sin abusar de los consumos o sin consumir sustancias. Por tanto, como principal estrategia preventiva, debemos

cuestionar tanto los estereotipos que implican que todos los jóvenes lo hacen como todas las conductas que los potencian. Muchos jóvenes son capaces de identificar tanto los riesgos como el componente manipulador que conllevan las ideologías que promueven el consumo de sustancias. En el caso de los menores que se inician en el consumo, en especial de alcohol y tabaco, en edades tempranas el tema resulta más preocupante ya que a esas edades no tienen aún la madurez física ni racional para gestionar dichos consumos.

El consumo de drogas como epicentro de otras conductas de riesgo

En nuestra sociedad, en el siglo XXI, hablar de drogas es ir al epicentro de muchos de los riesgos que afectan a los menores. El vínculo de estas sustancias, tanto con los riesgos como con la diversión, las convierte en una referencia para conocer mejor nuestra sociedad. Algunos jóvenes llegan al consumo a través de ideologías que promueven el poder mágico de dichas sustancias en la consecución de logros valiosos o bien por encontrarse inmersos en problemas y carencias. Pero el consumo es también el camino de acceso a otros riesgos tanto físicos como sociales. La violencia, la sexualidad de riesgo y la conducción temeraria son algunas de las consecuencias más visibles pero también se dan otras relacionadas con el aprendizaje, el fomento de las desigualdades y, muy en especial, gran poder de control social que algunos entes adquieren sobre los adolescentes y sus ideales. Prevenir esos riesgos constituye una cuestión de salud pública.

La violencia es uno de los riesgos vinculados al consumo de drogas más preocupante. El alcohol y las otras drogas afectan al funcionamiento cognitivo, reducen el autocontrol, perturban la capacidad de procesar la información y reducen la capacidad de reconocer las señales de aviso ante situaciones potencialmente generadoras de violencia (Plan Nacional Sobre Drogas 2007). Se sabe que la violencia, en esos contextos recreativos, se organiza alrededor de una relación compleja entre

consumo, características personales, ambiente, pautas tradicionales de consumo, y características del local, tales como la iluminación, el tipo y volumen de la música, o el espacio disponible (Hughes *et al* 2007) así como la conducta de los empleados en dichos locales (Hadfield 2007). El poder desinhibidor de las sustancias facilita las conductas de riesgo. Para algunos consumidores ésa es una de las consecuencias no deseadas; el problema surge con aquellos que buscan la violencia como finalidad dado que la consideran un ingrediente más de la diversión. La violencia en ambientes recreativos es responsable, según la oficina europea de la OMS, de 73.000 muertes anuales en la región europea y de entre 20 a 40 veces más de personas que requieren tratamiento hospitalario, mientras que muchos casos no son registrados. El alcohol es la sustancia que mantiene una relación más estrecha con la violencia y los expertos se muestran unánimes ante ello (Plant y Harrison 2003, Zhu *et al.* 2006). En España tenemos evidencia de cómo aumenta la violencia en la población juvenil (Gil Villa 2007), pero los datos existentes no explican la etiología de esa violencia ni tampoco exploran la relación entre esa violencia y el consumo de drogas en el contexto recreativo. El problema de la violencia ligada al consumo de alcohol y de otras drogas no es sistemáticamente registrado por la estructura sanitaria, policial o judicial, por lo que se trata de una relación un tanto invisible.

El sexo inseguro o ‘no deseado’ constituye otro de los riesgos muy vinculado al consumo de drogas y a la diversión nocturna (Bellis *et al.* 2008, Calafat *et al.* 2008). Para algunos jóvenes, hombres y mujeres, el consumo de sustancias forma parte integral de su estrategia de acceso al sexo. Incluso han elaborado un imaginario de los efectos que cabe esperar de cada droga sobre la sexualidad.

La conducción es otro de los riesgos estrechamente vinculado al consumo. El automóvil se ha convertido en muchas ciudades en un medio de transporte frecuente cuando se sale de marcha. De acuerdo con una encuesta realizada en 2007, a 440 jóvenes sobre sus hábitos cuando salen de marcha, que fueron entrevistados en tres ciudades

españolas (Alicante, Santiago de Compostela y Palma de Mallorca), el 23,2% había conducido en estado de embriaguez, el 23,5% bajo el efecto de drogas, y un 52,2% había viajado en un coche conducido por alguien embriagado o bajo los efectos de las drogas (Calafat *et al.* 2008).

Por todo lo expuesto, prevenir los riesgos del consumo de drogas es fundamental. Gestionar la prevención de riesgos es también atender a las causas que los provocan. En nuestro ámbito la prevención pasa por una mejor gestión del modelo de diversión hegemónico centrado en el ocio nocturno; también supone atender a cuestiones culturales para eliminar los consumos como elemento vital de la diversión; hay que desterrar algunos mitos como que consumir es propio de los jóvenes, o desvincularlos de la pátina contracultural que mantienen algunos consumos. En definitiva, poner en marcha la prevención es actuar en un complejo entramado formado por individuos, contextos, políticas, culturas, economías, evidencia científica, relaciones sociales, y profesionales que, todas en conjunto, conforman un mapa cuya orografía nos proponemos comprender para cambiar. El resultado debería ser una mejora de la salud pública como reflejo de unos estilos de vida más benéficos para los menores.

Dimensión estructural y funcional de la prevención

La prevención se estructura según su **alcance** (universal o prevención del riesgo), **ámbito** (escuela, comunidad, familia, contexto recreativo) y **colectivo** (jóvenes, padres, profesionales, industria, medios). Aquí nos vamos a centrar únicamente en la prevención que se hace in situ, en los lugares donde sabemos que los jóvenes, y en especial los menores, consumen; es decir, en la prevención que se hace en los contextos recreativos nocturnos (áreas recreativas, espacios públicos como el botellón, eventos privados o fiestas populares y patronales). Los colectivos principales a quienes van dirigidas las

acciones preventivas son los **jóvenes** (los usuarios de esos lugares), y aquellos que constituyen y crean la **industria** (directivos, camareros, relaciones públicas, personal de seguridad, industria alcohólica y de otras bebidas, industria musical, promotores de fiestas, mercado para jóvenes). También debemos tomar en consideración a los **vecinos** de dichas áreas recreativas o ciudades. Quienes actúan en prevención son normalmente técnicos o profesionales de entidades especializadas y suelen contar con el apoyo de alguna Administración (ayuntamientos, gobiernos autonómicos, central o europeo).

También encontramos actuaciones propias de las administraciones (policía, sanidad, planes de drogodependencias de los ayuntamientos). La prevención se ha desarrollado, en la mayoría de ocasiones, como un conjunto de **acciones unidireccionales** siendo muy pocas las ocasiones en que se han elaborado estrategias más complejas, multidireccionales o **multicomponente**. Valoremos a través de la experiencia de las dos últimas décadas, y desde una perspectiva internacional, lo que conocemos sobre la prevención, su funcionalidad y vigencia, y qué orientaciones prometedoras deberíamos considerar.

Veamos de forma muy sintética a través de un esquema iniciativas preventivas que se han desarrollado y aún se desarrollan.

Tipo de intervenciones orientadas a prevenir riesgos

Acciones y su función	A quién va dirigido	Dónde	Quién actúa
Campañas de sensibilización y persuasión	Clientes del ocio nocturno	A nivel Local, CCAA, Nacional	Administración pública y otras entidades
Información sobre sustancias y riesgos relacionados para la reducción de daños mediante folletos, actividades entre iguales, web, móvil	Clientes del ocio nocturno (jóvenes)	Locales recreativos, conciertos, plazas públicas	Agentes sociales (ONG, Ayuntamientos)
Promoción de actividades de ocio alternativo	Jóvenes en general	Espacios públicos	Agentes sociales (ONG, Ayuntamientos)
Incremento de la edad mínima para el consumo de alcohol	Población en general	A nivel Local, CCAA, Nacional	Administración pública
Formación en dispensación responsable de bebidas (DRB) y promoción de normas de la casa	Personal de los locales (camareros, gerentes, etc.)	Locales recreativos	Gerencia de los locales
Gestión del entorno físico y contextual. Control de horarios, aforo, ruido, seguridad	Personal de los locales (de seguridad y puerta, gerencia, DJs)	Locales recreativos	Gerencia de los locales
Control de la publicidad y de las promociones de alcohol	Clientes del ocio nocturno	Locales recreativos	Gerencia de los locales, Administración pública
Regulación de las condiciones físicas y de licencia de los locales. Aplicación y cumplimiento de las leyes	Locales recreativos	Locales recreativos	Inspecciones de la Administración pública y policía
Tratamiento de intoxicaciones u otros daños a la salud	Clientes del ocio nocturno	Locales o áreas recreativas	Servicios sanitarios
Control del ruido, basura, tráfico, violencia y mantenimiento del orden público	Vecinos y visitantes de las áreas recreativas	Vecindario	Administración pública y policía
Actuaciones de control de venta de alcohol a menores, botellones, control de alcoholemias en conductores, violencia y consumos ilícitos. Aplicación y cumplimiento de las leyes	Menores y población en general	Locales o áreas recreativas. Vecindario	Inspecciones de la Administración pública y policía
Actuaciones para facilitar los desplazamientos a la salida de los locales	Clientes del ocio nocturno	Áreas recreativas	Administración pública y policía. Transporte público

En IREFREA a lo largo de la última década venimos analizando cómo se hace prevención en el contexto recreativo nocturno (Calafat *et al.* 2009). En un primer estudio (Calafat *et al.* 2003), con una muestra de cuarenta programas de prevención concernientes a ambientes y actividades recreativas nocturnas de diez países europeos, no se encontró ninguna iniciativa basada en la evidencia. El principal objetivo del 80% de las intervenciones era proporcionar información sobre drogas y reducir el daño asociado a su consumo. Se encontraron dos programas centrados de forma explícita en la reducción del consumo de drogas. La mayoría se dirigían tanto a consumidores como a no consumidores de forma inespecífica; el 72% utilizaba folletos, opúsculos, comunicaciones con franqueo pagado o carteles. La distribución de la información se hacía casi siempre de forma directa. En otros casos se colocaba en locales públicos (puestos en discotecas, bares, tiendas de ropa y otros lugares frecuentados por jóvenes). Nueve programas tenían página web propia. El asesoramiento de profesionales se incluía en casi el 30% de los programas y aproximadamente el 40% de ellos contenía propuestas alternativas (deportes, talleres) a los contextos de ocio nocturno como factor de protección contra el consumo de drogas. El 24% de los programas recurría a iguales (peer education), sobre todo en la distribución de la información.

Veamos por actuaciones qué hemos aprendido de la experiencia, sus controversias y posibilidades:

Función	Valoración de cada estándar
<p>Campañas de información, sensibilización y persuasión ante los riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su eficacia aislada es muy reducida o inexistente (Graham, 2000). • Las intervenciones en los medios de comunicación (mensajes breves y repetidos para informar y estimular a los individuos a abstenerse o reducir el consumo de alcohol y/o tabaco) son a veces muy eficaces, sobre todo cuando se conjugan con acciones comunitarias (Faggiano <i>et al.</i> 2008).
<p>Ocio alternativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se define como programas y eventos que excluyen el alcohol, el tabaco y las drogas y en los cuales la participación es voluntaria. Hay muchas variantes y componentes. Normalmente incluyen la transmisión de conocimientos y actitudes, la capacitación de destrezas, actividades prosociales, la relación entre iguales y el desarrollo de relaciones positivas con adultos o la supervisión a cargo de adultos. • En España se han popularizado en algunas ciudades. La valoración de uno de estos programas principales no mostró ninguna influencia en el consumo de drogas o en el cambio de actitudes/conductas con relación al grupo de control (Fernández-Hermida y Secades, 2003). Un inconveniente es que pueden inducir la participación de menores en la vida recreativa, deviniendo así anti-preventivos, ya que admiten a preadolescentes y no evitan que los participantes acudan después de la actividad a los locales de ocio nocturno habituales.
<p>Incremento de la edad mínima legal para el consumo de alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fijar una edad mínima legal para el consumo de alcohol supone prohibir su consumo a una parte de la población. Hay abundante literatura que muestra la efectividad de establecer y hacer cumplir la edad mínima legal en la reducción de problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo la mayoría de estos estudios se centran en EEUU y en la evitación de accidentes de tráfico sobre una población en la que la edad mínima para consumo se ha fijado en los 21 años.
<p>Formación del personal en dispensación responsable de bebidas (DRB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se acompaña de un apoyo fuerte y activo de la dirección de los locales resulta eficaz en la reducción del nivel de embriaguez de los clientes (Shults 2001). • La formación del personal no produce efectos o produce efectos muy limitados (Graham 2000, Homel 2001).
<p>Formación del personal de seguridad y puerta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La formación del personal muestra su eficacia en la reducción de la violencia (Wallin y Andréasson, 2005). • No hay evidencia fiable de que las intervenciones en los locales que sirven alcohol sean eficaces en la prevención de la violencia (Ker y Chinnock, 2008) • Uno de los problemas fundamentales es que, con el tiempo, las intervenciones dejan de hacerse; de ahí que las intervenciones obligatorias o las que ofrecen incentivos surtan mayor efecto.

Función	Valoración de cada estándar
<p>Normas de la casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Países como Australia, Reino Unido y Suecia han generado iniciativas y normas, generalmente de forma voluntaria. Se trata de un primer paso importante, pues con él la industria reconoce que tiene un papel que jugar y una responsabilidad en la prevención del daño. Pero no es suficiente. • En varios países europeos se ha ensayado la colaboración entre la industria del ocio y las autoridades locales; es el caso del Reino Unido, Países Bajos, Alemania, Bélgica, Suecia, República Checa, Italia, Francia o Lituania, en muchos casos siguiendo el modelo británico del «safer dance» (EMCDDA, 2009).
<p>Control de horario, aforo y ruido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La cooperación de la gerencia de los locales es difícil de conseguir, a menos que sea obligatoria o que exista una fuerte presión social. Según Graham (2000) los dueños de los bares, los gerentes y el personal no suelen cambiar voluntariamente, casi nunca cooperan al cien por cien con las intervenciones y cuando lo hacen no mantienen los cambios después de las intervenciones. • Estos despropósitos se deben en parte a factores como la competencia y las exigencias de los clientes.
<p>Gestión del entorno físico y contextual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La limitación del horario de apertura es una forma tradicional de regulación. El cierre tardío de los establecimientos se relaciona con tasas más elevadas de alcohol en sangre y conductas de riesgo. Una revisión actual (Stockwell y Chikritzhs, 2009) concluye que la ampliación de horarios lleva a un aumento del consumo y de los problemas relacionados.
<p>Regulación de las condiciones físicas y de licencia de los locales. Aplicación y cumplimiento de la ley</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos estudios muestran que la densidad de los locales es una cuestión de mucha importancia. Sostienen que las agresiones se relacionan estrechamente con la concentración de los mismos; es decir, a mayor densidad, mayores niveles de agresión (Warburton y Shepard, 2005). • El tipo de música tiene gran influencia en el comportamiento de los clientes de locales recreativos; por ejemplo, produciendo diferencias en los niveles de consumo de alcohol y otras drogas, en la actividad sexual y en la violencia registrada. Es aconsejable, por tanto, que la política musical se incorpore a los cursos de formación para el personal de servicio en los locales nocturnos (Forsyth, 2009).
<p>Aumento del precio de las bebidas alcohólicas. Impuestos especiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La industria de bebidas alcohólicas de la UE ha puesto en práctica algunas iniciativas voluntarias para reducir el daño provocado por el alcohol (ejemplos de dichas iniciativas pueden verse en páginas web tales como www.europeanspirits.org, www.efrd.org o www.drinkaware.co.uk). • A la industria le preocupan los efectos de la imposición de una política legislativa más restrictiva. Por ello, se muestra interesada en demostrar su disposición a cooperar. Sin embargo, apoya medidas que no han probado su eficacia; y se muestra contraria a medidas clásicas y de eficacia probada como el aumento de los impuestos. El precio de las bebidas alcohólicas es más asequible en todos los países de la UE (excepto Italia) desde 1996 (Rabinovich <i>et al.</i> 2008).

Función	Valoración de cada estándar
Actuaciones en el vecindario	<ul style="list-style-type: none"> • Gran parte de los problemas, tales como ruido, basura, violencia, agresiones, robos se producen fuera de los locales recreativos. Una buena iluminación aporta mayor seguridad. • La educación de los clientes es un reto de la ciudadanía que hay que promocionar.
Actuaciones policiales de control. Aplicación y cumplimiento de la Ley	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los estudios demuestran la eficacia de hacer cumplir las leyes y de la intervención policial. • Las nuevas TIC permiten un fluido sistema de comunicación entre locales y los agentes de policía durante la noche. En nuestro país esa colaboración, que sepamos, es aún inexistente. • Los programas obligatorios de control de alcoholemias han contribuido a una reducción significativa del papel del alcohol en los accidentes de tráfico mortales (Brady <i>et al.</i> 2009)
Tratamiento de intoxicaciones u otros daños para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas discotecas grandes cuentan con salas «médicas» para atender a individuos intoxicados, lesionados o con problemas de salud. • Dada la falta de preparación del personal que trabaja en dichas salas, en algunos casos los clientes no han sido atendidos correctamente. Se ha elaborado un conjunto piloto de pautas y una formación adecuada que ha permitido diagnosticar a los clientes que sufren intoxicaciones por drogas recreativas (Wood <i>et al.</i> 2008).
Facilitar los desplazamientos en transporte público	<ul style="list-style-type: none"> • Estas iniciativas tienen interés porque previenen riesgos derivados como la violencia <ul style="list-style-type: none"> • Taxis de fácil acceso • Autobuses nocturnos • Aparcamientos

Prácticas innovadoras y prometedoras

La evidencia indica que las acciones preventivas aisladas no obtienen eficacia, al menos en sociedades como la nuestra, en la que el consumo de drogas se encuentra enraizado en ideales tan esenciales como es la diversión. La prevención, por tanto, debe atender a cuestiones contextuales, culturales, económicas, legales, educativas y tecnológicas. El trabajo preventivo debe desarrollarse entre todos los colectivos sociales, cada uno desde su responsabilidad. Pero, ¿cómo integrar todas esas dimensiones y colectivos en una dinámica que se presenta extremadamente compleja? Éste constituye el reto principal de los profesionales y técnicos de la prevención en el futuro.

Por otro lado, encontramos aún pocas experiencias acreditadas en nuestro país que nos puedan servir de modelo. En el plano internacional, las actuaciones globales llamadas también multicomponente, han demostrado su eficacia en la limitación del acceso de los menores al alcohol, la reducción de pautas conflictivas de consumo de alcohol, los accidentes involuntarios con o sin vehículos y la violencia (Treno *et al.* 2005). Algunos ejemplos exitosos los tenemos en California, Australia, Reino Unido y Suecia. Entre ellos, el mejor evaluado ha sido el de STAD, Estocolmo Previene los Problemas de Alcohol y Drogas en sus siglas en inglés, puesto en marcha por el municipio y que combina la movilización comunitaria con un programa de dispensación responsable de bebidas y una estricta vigilancia para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente. En esta iniciativa participan representantes de la oficina de licencias, de la policía, de la administración del condado, del consejo de sanidad nacional, del ayuntamiento de Estocolmo, de las asociaciones de propietarios de bares y restaurantes, de los sindicatos de trabajadores implicados y de los propietarios de los establecimientos.

Desde su implementación, ha conseguido ir reduciendo los delitos relacionados con el consumo, al tiempo que se ha ido incrementando el rechazo a servir alcohol a menores o gente demasiado ebria.

Aunque la investigación indica que este enfoque comunitario resulta más eficaz que la implementación de intervenciones aisladas (Holder *et al.* 2000), el problema de este tipo de proyectos comunitarios es conseguir la continuidad tras la fase inicial, ya que para mantenerlos hay que tener en cuenta los inconvenientes que surgen a medio plazo tales como el liderazgo, la participación de la comunidad o la financiación. Sólo un sistema de cooperación desde los diversos enfoques y competencias puede cumplir con los cuidados y necesidades de la prevención de drogas. Los profesionales de la prevención deben elaborar un cambio de paradigma en sus objetivos preventivos, actuaciones y habilidades.

Las claves

- Aprender de la evidencia. Investigación sistemática y adaptaciones conceptuales (análisis de procesos, investigación de resultados).
- Aprender de los demás. Las redes como una estrategia.
- La sociedad civil es uno de los componentes claves en la prevención. Los colectivos que deben implicarse son aquellos que representan a la industria recreativa, a las familias y a los jóvenes por ser los más cercanos a la problemática.
- Las nuevas tecnologías de la información pueden devenir aliadas en la prevención facilitando el trabajo en red.
- Aprender de la respuesta ambiental a la prevención y sus efectos.

- La prevención de drogas es un espectro de enfoques diversos y en cada caso hay que elegir el más apropiado. No existe un modelo universal.
- Una red integrada de actuaciones tiene más oportunidades para satisfacer las necesidades de la prevención y hacer un mejor uso de los recursos disponibles.
- La educación sistemática y continua y la aplicación de normas de calidad mínimas constituyen la mejor garantía para asegurar contextos de diversión seguros y saludables.

Hemos mencionado que las actuaciones multidireccionales son un reto para los profesionales que trabajan en prevención. Estos profesionales deben plantearse un cambio que les lleve de trabajar en una prevención centrada en el individuo a una prevención centrada en la gestión de organizaciones. Eso supone cambios en la adquisición de habilidades y destrezas interactivas. Por ello, los nuevos profesionales vamos a necesitar:

- Habilidades y herramientas para gestionar redes, coaliciones (representantes de asociaciones muy diversas, que incluyan técnicos de la administración, representantes de la industria y de la sociedad civil).
- Habilidades y herramientas para evaluar procesos y resultados de las experiencias preventivas y que permitan aprender de los errores, mejorar e innovar.
- Habilidades y herramientas de difusión de procesos y resultados (saber escribir y presentar, y hacerlo pedagógicamente).
- Capacidades comunicativas para la interacción con personas que lideran o representan otras entidades.

Bibliografía

- BELLIS, M., HUGHES, K., CALAFAT, A., JUAN, M., RAMON, A., RODRÍGUEZ, J.A. *et al.* (2008): *Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities*. BMC Public Health, 8:155 doi:10.1186/1471-2458-8-155.
- BRADY, J.E., BAKER, S.P., DIMAGGIO, C., MCCARTHY, M.L., REBOK, G.W. Y LI, G. (2009): *Effectiveness of mandatory alcohol testing programs in reducing alcohol involvement in fatal motor carrier crashes*. American Journal of Epidemiology, 170, 775-82
- CALAFAT, A. (2010): *Prevention Intervention in recreational settings*. Strasbourg: Council of Europe. Pompidou Group.
- CALAFAT, A., ADROVER, D., JUAN, M. Y BLAY, N. (2008): *Relación del consumo de alcohol y drogas con la siniestralidad vial de los jóvenes españoles durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007*. Rev Esp Salud Publica, 82, 323-331.
- CALAFAT, A., FERNANDEZ, C., JUAN, M., ANTILA, A., ARIAS, R., BELLIS, M. A. *et al.* (2003): *Enjoying nightlife in Europe. The role of moderation*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- CALAFAT, A., FERNÁNDEZ, C., JUAN, M., BELLIS, M. A., BOHRN, K., HAKKARAINEN, P., KILFOYLE-CARRINGTON, M., KOKKEVI, A., MAALSTÉ, N., MENDES, F., SIAMOU, I., SIMON, J., STOCCO, P. AND ZAVATTI (2001): *Risk and control in the recreational drug culture*. Palma de Mallorca, Irefrea.

- CALAFAT A., ADROVER D., JUAN M. Y BLAY N. (2008): *Relación del consumo de alcohol y drogas con la siniestralidad vial de los jóvenes españoles durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007*. Revista Española de Salud Pública 82
- CALAFAT, A., JUAN, M. & DUCH, M.A. (2009): *Preventive interventions in nightlife: a review* Adicciones, 21 (4), 387-414
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E. Y MANTECÓN A. (2008): *Que drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos*. Adicciones, 20, 37-48.
- CHATTERTON P Y HOLLANDS R (2003): *Urban Nightscapes. Youth Cultures, Pleasure Spaces y Corporate Power*. Ed. Critical geographies. Nueva York: Routledge.
- COLLINS M. (1997): *Altered State. The history of Ecstasy Culture and acid house*. London, serpent's tail
- EMCDDA (2009): *Trends and availability of responses to drug use in recreational settings in Europe*. Poster downloadable in http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78666_EN_RES%2020.pdf
- FAGGIANO, F. Y VIGNA-TAGLIANTI, F. (2008): *Drugs, Illicit – Primary Prevention Strategies*. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah (editors). International Encyclopedia of Public Health, Vol 2. San Diego: Academic Press.
- FERNÁNDEZ-HERMIDA, J R, Y SECADES, R. (2003): *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos.

- FORSYTH, A.J.M. (2009): *Lager, lager shouting': The role of music and DJs in nightclub disorder control*. *Adicciones*, 21, 327-345.
- GIL VILLA (2007): *Juventud a la deriva*. Barcelona; Ariel.
- GRAHAM, K. (2000): *Preventive interventions for on-premise drinking: a promising but under researched area of prevention*. *Contemporary drug problems*, 27, 593-668.
- HADFIELD P (2007): *Bar Wars. Contesting the Night in Contemporary British Cities*. Oxford: Oxford University Press.
- HOLDER, H.D., GRUENEWALD, P.J., PONICKI, W.R., TRENO, A.J., GRUBE, J.B., SALTZ, R.F. *et al.* (2000): *Effect of community-based interventions on High Risk drinking and alcohol-related injuries*. *JAMA* 284, 2341-47.
- HOMEL, R., McILWAIN, G. Y CARVOLTH, R. (2001): *Creating safer drinking environments*. In: HEATHER N, PETERS TJ, STOCKWELL T, eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley & Sons, 721-40
- HUGHES K, HUNGERFORD D.J., ANDERSON Z, Y BELLIS M.A. (2007): *VPA Working Group on Youth Violence, Alcohol y Nightlife Youth Violence, Alcohol y Nightlife*. Global Campaign for Violence Prevention 1-6.
- KER, K. Y CHINNOCK, P. (2008): *Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries*, *Cochrane Database Systematic Review*, 16, 3.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2007): *Alcohol. Informes de la Comisión Clínica*. Ed. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.

- PLANT M Y HARRISON L (2003): *Prevention and harm minimisation in the UK*. London: Alcohol Concern
- RABINOVICH, L., BRUTSCHER, P., DE VRIES, H., TIESSEN, J., CLIFT, J. Y REDING, A. (2008): *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge: Rand.
- SCHULTS, R., ELDER, R.W., SLEET, D.A., NICHOLS, J.L., ALAO, M.O., CARRANDE-KULIS, V.G. *et al.* (2001): *Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcohol-Impaired Driving*. American Journal of Preventive Medicine, 21, 4S.
- STOCKWELL, T. AND CHIKRITZHS, T. (2009): *Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking*. Crime Prevention and Community Safety, 11,153-70.
- TRENO, A.J., LEE, J.P., FREISTHLER, B., REMER, L.G. Y GRUENEWALD, P.J. (2005): *Application of evidence-based approaches to community interventions*. In Stockwell, T., GRUENEWALD, P.J., TOUMBOUROU, J.W., LOXLEY, W. (Eds), *Preventing Harmful Substance Use: the Evidence Base for Policy and Practice*. West Sussex: John Wiley & Sons
- WALLIN, E. Y ANDRÉASSON, S. (2005): *Effects of a community action program on problems related to alcohol consumption at licensed premises*. In Stockwell, T., GRUENEWALD, P.J., TOUMBOUROU, J.W., LOXLEY, W. (Eds), *Preventing Harmful Substance Use: the Evidence Base for Policy and Practice*. West Sussex: John Wiley & Sons.

- WARBURTON. A.L. Y SHEPARD, J.P. (2005): *Tackling alcohol related violence in city centres: effect of emergency medicine and police intervention*. Emergency Medical Journal, 23,12-17.
- WOOD. D.W, GREENE. S.L, ALLDUS. G., HUGGETT, D., NICOLAOU, M., CHAPMAN, K. *et al.* (2008): *Improvement in the pre-hospital care of recreational drug users through the development of club specific ambulance referral guidelines*. Substance abuse treatment, prevention and policy, 3: 14. doi: 10.1186/1747-597X-3-14.
- ZHU L, GORMAN DM, Y HOREL S (2006): *“Hierarchical Bayesian spatial models for alcohol availability, drug “hot spots” y violent crime.”* Int J Health Geogr. 7: 5-54

La alfabetización audiovisual y digital en la promoción de la salud en los centros educativos: La experiencia de Aragón

JAVIER GÁLLEGO DIÉGUEZ

Resumen

La alfabetización audiovisual y digital deben estar relacionadas con las iniciativas de educación para la salud, para tener una mirada crítica a todas las informaciones que llegan a través de las diferentes pantallas (televisión, ordenadores, móviles, internet). Se presentan dos experiencias desarrolladas en Aragón.

La primera es *Pantallas Sanas*, una iniciativa para promover un uso moderado y saludable de las TIC. Cada curso escolar participan unos 300 profesores y más de 7.000 alumnos de 60 centros educativos. Un 87,5% del profesorado considera que ha servido para aumentar la capacidad crítica del alumnado sobre el uso adecuado de las TIC.

La otra iniciativa es *Cine y Salud*, que busca apoyar la educación para la salud que realiza el profesorado de educación secundaria mediante el uso del cine. Ha tenido una buena acogida en sus diez años de funcionamiento, participando unos 1.800 profesores y más de 40.000 alumnos de 170 centros educativos. El 81% del profesorado considera que los recursos didácticos facilitados son útiles para cumplir con los objetivos de educación para la salud. Mediante el *Festival de cortometrajes y spots de Cine y Salud* se estimula la elaboración de trabajos audiovisuales por parte del alumnado de educación se-

cundaria. En las nueve ediciones celebradas se han presentado 232 videos, de los que 125 han sido seleccionados para la proyección en el Festival.

Finalmente se analiza el spot *Abora decido yo. Abora soy yo*, elaborado por el IES Pilar Lorengar de Zaragoza, como ejemplo de alfabetización audiovisual y educación para la salud.

Palabras clave

Alfabetización digital, alfabetización audiovisual, educación para la salud, promoción de la salud.

Abstract

Digital and Media literacy should be related to health education initiatives, to take a critical look at all the information coming through the different screens (television, computers, phones, internet). I expose two experiences in Aragon.

The first is “Healthy Screens”, an initiative promote a moderate and healthy use of ICT. Each year, it involves around 300 teachers and more than 7,000 students from 60 schools. 87.5% of teachers considered to have served to increase students’ critical skills in the proper use of ICT.

The other initiative is “Cinema and Health”, which aims to support health education performed by secondary school teachers through the use of films. It has been well received in its ten years of operation. It involved some 1,800 teachers and over 40,000 students from 170 schools. 81% of teachers considered learning resources provided are useful to meet the objectives of health education. The “Festival of short films and spots Cinema and health” stimulates the production of audiovisual works by students of secondary education. In the nine previous editions have been presented 232 videos, of which 125 have been selected for screening at the Festival.

Finally we analyze the spot “Now it’s really me” developed by the Secondary School Pilar Lorengar de Zaragoza, as an example of media literacy and health education.

Keywords

Digital and Media literacy, health education, health promotion.

Introducción

La alfabetización audiovisual y digital es un componente importante que debe formar parte de las iniciativas de promoción de la salud que se desarrollan en los centros educativos. La promoción de la salud, de acuerdo con lo establecido en la carta de Ottawa de 1986, es el proceso mediante el cual las personas y grupos sociales pueden aumentar el control sobre los determinantes de la salud, para así mejorarla. Esta concepción es diferente del modelo “preventivo” que se dirige a reducir los efectos de las enfermedades actuando sobre los factores de riesgo o promoviendo un diagnóstico y tratamiento que permita disminuir la morbilidad o mortalidad causada por determinadas enfermedades. La promoción de la salud se desarrolla mediante cinco estrategias fundamentales (OMS, 1999):

- 1) Establecer una *política pública saludable*;
- 2) Crear *entornos que apoyen la salud*;
- 3) Fortalecer *la acción comunitaria para la salud*;
- 4) Desarrollar las *habilidades personales*; y
- 5) Reorientar los servicios sanitarios.

La promoción de la salud es una estrategia que va más allá de las intervenciones realizadas desde el sistema sanitario y debe estar acorde con los siguientes principios (Rootman et al, 2001:4):

- *Empoderamiento*, capacitar a los individuos y a las comunidades para que asuman un mayor control sobre los factores medioambientales, socioeconómicos y personales que afectan a su salud.
- *Participación*, implicar a las personas participantes en todas las etapas de la iniciativa: en la planificación, desarrollo y evaluación

- *Holístico*, visión integral para fomentar la salud física, mental, social y espiritual.
- *Intersectorialidad*, colaboración de las instituciones en los sectores relevantes.
- *Equidad*, orientación por los determinantes sociales de la salud y la justicia social.
- *Continuidad*, provocar cambios que los individuos y las comunidades puedan mantener una vez que la financiación inicial haya terminado.
- *Multiplicidad de estrategias*, utilizar una variedad de estrategias y métodos combinados (desarrollo de políticas, cambio organizativo, desarrollo comunitario, legislación, educación y comunicación).

La promoción de la salud en los centros educativos se dirige a mejorar la salud y el bienestar de la comunidad escolar, teniendo en cuenta las políticas y reglamentos escolares, el entorno físico y social del centro, el desarrollo de la educación para la salud, las relaciones con las familias y la comunidad, y los servicios de salud (St Leger, 2010).

Alfabetización y educación para la salud

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud (OMS, 1999). La Educación para la Salud se concibe como un medio de capacitación para realizar opciones conscientes y por lo tanto responsables en lo relativo a la salud individual y colectiva.

Desde esta perspectiva los objetivos de la educación para la salud son:

1. Comprender que la salud es una responsabilidad compartida desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunta de soluciones.
2. Contextualizar la salud en las situaciones sociales y en las condiciones de vida que influyen en ella.
3. Incorporar conocimientos, actitudes y procedimientos que capaciten para la gestión de la salud.
4. Adquirir un método que desarrolle una mentalidad crítica para identificar y eliminar los riesgos para la salud.

El resultado de la educación para la salud es el grado de alfabetización sanitaria (*Health Literacy*) alcanzado. La OMS considera que está *constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud*. Supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y colectiva, mediante un cambio en los estilos y condiciones de vida personales. La alfabetización sanitaria está interrelacionada con los niveles más generales de alfabetización, si ésta es baja puede afectar a la salud de las personas directamente porque limita su desarrollo personal e impide el desarrollo de la alfabetización sanitaria.

El significado inicial del término alfabetización hacía referencia a la capacidad de saber leer y escribir desde un punto de vista más instrumental. Ahora se considera a la capacidad de interpretar y analizar críticamente los diferentes tipos de textos. También se consideran las

alfabetizaciones múltiples, que tienen que ver con diversos ámbitos (sanitaria, ciudadana, económica) como con diversos medios (audiovisual, digital, mediática). La OCDE considera que la alfabetización es la capacidad para identificar, conocer, interpretar, procesar, comunicar y crear materiales escritos y gráficos con la finalidad de resolver problemas en diversas situaciones.

El mundo audiovisual y de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) tiene una amplia extensión y consumo en toda la sociedad y ejerce una influencia creciente en el modelado de valores, actitudes, percepciones y comportamientos sociales. Esta repercusión es muy importante en lo que tiene que ver con la imagen y conductas relacionadas con la salud, en aspectos como la valoración del cuerpo, la sexualidad, las relaciones interpersonales, los usos y consumos de tabaco, alcohol y otras drogas, la alimentación, etc. El mundo audiovisual siempre ha tenido un importante papel en la socialización de la infancia y adolescencia, pero ahora con la presencia de internet, todos esos contenidos se han englobado en un mundo digital, que ha aumentado las posibilidades de acceso y de interacción. Por consiguiente la alfabetización audiovisual y digital son elementos fundamentales de las iniciativas de educación para la salud. La alfabetización digital o multimedia (Gutiérrez, 2003) es aquella que capacita a las personas para utilizar los procedimientos adecuados al enfrentarse críticamente a distintos tipos de texto, y para valorar qué sucede en el mundo y mejorarlo en la medida de sus posibilidades.

Existe un interés creciente por definir cuáles son las competencias que se deben alcanzar para convivir en el entorno digital. En Estados Unidos, la ISTE ha propuesto unos estándares para el alumnado¹, como *lo que deberían saber y ser capaces de hacer para aprender efectivamente y vivir productivamente en un mundo cada vez más digital*, que son los siguientes:

1. *Creatividad e innovación*: Los estudiantes demuestran pen-

samiento creativo, construyen conocimiento y desarrollan productos y procesos innovadores utilizando las TIC.

2. *Comunicación y colaboración*: Los estudiantes utilizan medios y entornos digitales para comunicarse y trabajar de forma colaborativa, incluso a distancia, para apoyar el aprendizaje individual y contribuir al aprendizaje de otros.
3. *Investigación y manejo de Información*: Los estudiantes aplican herramientas digitales para obtener, evaluar y usar información.
4. *Pensamiento crítico, solución de problemas y toma de decisiones*: Los estudiantes usan habilidades de pensamiento crítico para planificar y conducir investigaciones, administrar proyectos, resolver problemas y tomar decisiones informadas usando herramientas y recursos digitales apropiados.
5. *Ciudadanía digital*: Los estudiantes comprenden los asuntos humanos, culturales y sociales relacionados con las TIC y practican conductas legales y éticas.
6. *Funcionamiento y conceptos de las TIC*: Los estudiantes demuestran tener una comprensión adecuada de los conceptos, sistemas y funcionamiento de las TIC.

1 NETS for Students (National Educational Technology Standards for Students), Second Edition, 2007, ISTE (International Society for Technology in Education), www.iste.org. Existe traducción en español por Eduteka en <http://www.eduteka.org/pdfdir/EstandaresNETSEstudiantes2007.pdf>

Iniciativas de educación y promoción de la salud en la escuela en Aragón

En Aragón desde 1986, según la Ley de Salud Escolar, la educación para la salud *constituye la acción sanitaria fundamental, encaminada a promover la incorporación y maduración de informaciones, actitudes y hábitos positivos para la salud, buscando desarrollar la responsabilidad y participación de la comunidad escolar en la gestión colectiva de la salud*. Las actuaciones de educación y promoción de la salud en los centros educativos se coordinan desde la *Comisión Mixta de Salud y Educación* que está impulsada por la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa del Gobierno de Aragón. Esta Comisión define las líneas de promoción de la salud en la etapa escolar. La educación para la salud, como en el resto de España, está integrada de manera transversal en el currículum de la educación obligatoria. Para los centros educativos que quieran potenciar la educación para la salud, se ofrece al inicio de cada curso escolar un programa de salud para Educación Primaria y otro para Educación Secundaria que incluyen una serie de recursos didácticos que cada centro educativo puede elegir de acuerdo con sus necesidades y prioridades. Los componentes de alfabetización audiovisual y digital están integrados fundamentalmente en los recursos de *Cine y Salud* y *Pantallas Sanas*.

Pantallas Sanas

Dirigida a toda la comunidad educativa, es una iniciativa donde se aborda la fenomenología de las pantallas y las TIC desde el punto de vista de la promoción de la salud, con el objeto de abordar aspectos relacionados con las habilidades personales, la sociabilidad, los consumos y las adicciones en el entorno digital. La iniciativa *Pantallas Sanas*, pretende promover un espacio positivo para la salud especialmente en la infancia y adolescencia. A través de las TIC llega una gran cantidad de información que necesita ser mediada por los

adultos. Información en ocasiones difícil de analizar y comprender, y que puede transmitir valores y modelos que están en contradicción con las pautas de la escuela y de la familia (fomento de hábitos no saludables, incitación a los consumos, exaltación de la violencia, del machismo,...). *Pantallas Sanas* es una propuesta de salud pública para que exista un entorno más seguro y aprovechar los efectos positivos que tiene internet para la promoción de la salud. *Pantallas Sanas* se propone los siguientes objetivos:

1. Analizar el fenómeno del consumo de pantallas y su influencia en la salud y en la educación.
2. Revisar las pautas educativas adecuadas para un uso “moderado” de las TIC y el consumo de las Pantallas.
3. Integrar la educación para la salud en las TIC y proponer orientaciones sobre conductas saludables, sociabilidad y adicciones.

Pantallas Sanas ofrece una propuesta didáctica dirigida a 3º y 4º de ESO para que el profesor pueda abordar en el aula un análisis crítico de las cinco pantallas propuestas: televisión, publicidad, internet, videojuegos y móviles. El material consta de una guía multimedia con soporte en DVD y CD - rom (García Serrano y Moreno Herrero, 2006). Además existen materiales² para las familias y diversas monografías y estudios (Aguaded et al, 2005), (Aisa et al, 2007), (Gabelas Barroso y Marta Lázaro, 2008). Cada curso escolar suelen participar unos 60 centros de educación secundaria de Aragón, contando con la implicación de 300 profesores y más de 7.000 alumnos. La evaluación del curso 2010 - 2011 indica que un 87,5% del pro-

2 Más información sobre *Pantallas Sanas* puede obtenerse en www.pantallassanas.com y la descarga de materiales puede realizarse en <http://bit.ly/sFEEmC>

sorado considera que trabajar el material didáctico de Pantallas Sanas en el aula ha aumentado la capacidad crítica del alumnado (mucho/bastante). En un 77,5% se ha abordado en el ámbito de las tutorías y el resto en otras áreas como lengua, educación para la ciudadanía y ética. Las pantallas más abordadas han sido: internet (75%), publicidad (45%) y televisión (35%). Anualmente se realiza el curso Pantallas Sanas, que sirve de análisis y revisión del estado de la cuestión. Recientemente se ha celebrado su octava edición (25 y 26 de noviembre de 2011) dedicada a la *web social y la educación para la salud*.

Cine y Salud

La iniciativa *Cine y Salud*: por una mirada auténtica se desarrolla desde el año 2001 y tiene por objeto tratar desde el lenguaje cinematográfico los aspectos relacionados con la promoción de la salud en la adolescencia, apoyando la tarea educativa que realiza el profesorado de Educación Secundaria (ESO, bachillerato y ciclos formativos). La utilización didáctica del cine como recurso de educación para la salud permite abordar los problemas de salud en la adolescencia centrandose su interés en el componente actitudinal, la clarificación de valores y las habilidades personales. Desde hace algunos años se usa el cine como apoyo didáctico en la educación en valores y temas transversales. El cine permite profundizar en el área emocional, en el desarrollo de habilidades personales y refleja situaciones de la vida cotidiana de los jóvenes para poder reflexionar sobre las mismas.

Los objetivos de Cine y Salud con el alumnado son los siguientes:

- Adoptar una actitud participativa y crítica, que no sea pasiva ni consumidora de imágenes, educando la mirada sobre los aspectos de salud planteados desde el lenguaje cinematográfico.

- Aumentar la responsabilidad personal sobre la propia salud y la de los demás para adoptar las actitudes y comportamientos más adecuados.
- Fomentar valores, habilidades y recursos positivos para la promoción de la salud.

El programa aborda los problemas de salud en la adolescencia desde tres dimensiones interrelacionadas: con uno mismo, con las personas del entorno y con el medio social y natural circundante. Estas tres dimensiones son: Dimensión personal (autoestima; creatividad; alimentación); dimensión relacional (relaciones y emociones; consumos de tabaco, alcohol y otras drogas; convivencia; resolución de conflictos; educación sexual) y dimensión ambiental (desarrollo sostenible; entornos saludables; y globalización).

El Programa *Cine y Salud* incluye tres áreas de actividad³:

A. Utilización del cine en el aula.

Una película bien seleccionada es una buena herramienta de trabajo que, por una parte motiva al alumnado y por otra facilita al profesorado la integración curricular de los objetivos de educación para la salud. A los centros y profesores que deciden participar en el programa se les proporciona una serie de material didáctico para facilitar el trabajo en el aula. El material didáctico que se ofrece incluye: cuadernos monográficos, guía didáctica para el profesorado sobre el tema y película elegidos, cuadernos para el alumnado y película en formato DVD. *Cine y Salud* ha tenido una gran acogida en los centros educativos en sus diez años de desarrollo. En los últimos años participan unos 170 centros de educación secundaria, con la implicación de

3 Para obtener más información sobre Cine y Salud en www.cineysalud.com, la descarga de materiales puede hacerse en bit.ly/tk3oiy. Para visualizar los videos de Cine y Salud en el canal de youtube del SARES www.youtube.com/SARESARAGON

1.800 profesores y más de 40.000 alumnos. En un 80% *Cine y Salud* se trabaja en tutorías y el resto en otras áreas (lengua, biología, ética). La evaluación indica que el material es útil para lograr los objetivos de la educación para la salud (81% del profesorado), que facilita el interés y la participación del alumnado (80,9% del profesorado) y que la satisfacción del profesorado es buena (85,3%).

B. Creación de mensajes audiovisuales por el alumnado sobre temas de salud.

La realización del *Festival de cortometrajes y spots Cine y Salud* estimula a los centros educativos a producir materiales audiovisuales realizados por el alumnado con el apoyo de sus profesores. La participación en la elaboración de un video es una manera muy importante de mejorar la alfabetización audiovisual y también digital. El alumnado que toma parte en la elaboración de cortos y spots mejora la comprensión del lenguaje audiovisual, favorece la creatividad, aprende a trabajar en equipo, y promueve la corresponsabilidad en los mensajes. Los trabajos finalistas se editan en formato DVD y se usan como recurso didáctico para trabajar en educación secundaria, acompañado de un material didáctico para el profesorado y el alumnado. En 2011 se ha celebrado el *IX Festival de Cortometrajes y spots Cine y Salud*. En las nueve ediciones se han presentado 240 trabajos audiovisuales realizados por jóvenes menores de 18 años, de los que se han seleccionado 125 para la proyección en el Festival: 89 cortometrajes, 27 spots y 9 informativos. La investigación realizada sobre la creación de cortometrajes como proceso de promoción de la salud de los adolescentes (Gabelas Barroso, 2010) ha valorado e identificado el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y emocionales en el alumnado que ha participado en la producción de los videos presentados al *Festival de Cine y Salud*.

C. Actividades de formación e intercambio de experiencias.

A través de la red de formación del profesorado se realizan cursos sobre *Cine y Salud* dirigidos al profesorado implicado y a otros

educadores sensibles a la incorporación de la educación para la salud por medio del cine, tanto en las áreas curriculares como en otros espacios de formación y encuentro. Sus objetivos son motivar y dinamizar la participación en la iniciativa *Cine y Salud* y facilitar su aplicación práctica. También se realizan jornadas de actualización y cursos de creación de cortometrajes para fomentar la realización de nuevas experiencias. Las nuevas experiencias realizadas por el profesorado con otras películas elegidas por ellos mismos, han sido publicadas para que sirvan de ayuda y referencia a los que se acercan, por vez primera, al trabajo de promoción de la salud y el cine. *Cine y Salud* es una experiencia que despierta interés fuera de Aragón y de España. Fue presentado en un taller de trabajo de la 20ª Conferencia Mundial de la Unión Internacional de Educación y Promoción de la Salud (UI-PES) celebrado en julio de 2010 en Ginebra. En noviembre de 2011 se ha realizado una colaboración con el Gobierno de Uruguay que se ha materializado en un curso de formación para los responsables del programa de educación sexual del sistema educativo uruguayo.

Análisis de un spot de Cine y Salud

Para reflexionar sobre la relación entre la alfabetización audiovisual y la educación para la salud presentamos el spot *Ahora decido yo. Ahora soy yo*⁴, elaborado por alumnado de educación secundaria del IES Pilar Lorengar de Zaragoza. Fue presentado al *IX Festival de cortometrajes y spots Cine y Salud* de 2011 obteniendo el *premio especial de prevención de adicciones* en colaboración con la iniciativa Drojnet 2. Tam-

⁴ El spot *Ahora decido yo. Ahora soy yo* puede verse en www.youtube.com/watch?v=MBMtStEoxOg, en su versión en inglés se titula *Now its really me* y puede verse en la web de la iniciativa de la OMS Europa smokefree.euro.who.int/video/now-its-really-me. También puede visualizarse en el DVD que incluye los trabajos premiados en el *IX Festival de cortometrajes y spots Cine y Salud* de 2011, la guía didáctica para el profesorado de los cortos y spots puede descargarse en bit.ly/vP5lkQ donde se encuentra la ficha completa de este spot. El correo-e para contactar con el profesor coordinador del spot Andrés Minguez es: amingueza@gmail.com

bién ha sido seleccionado por la iniciativa *I'm in charge. I'm smoke free*, un concurso de videos de prevención del tabaquismo impulsado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) de Europa, en el que ha resultado ser el video más votado por el público entre los diez trabajos audiovisuales seleccionados por la OMS de Europa.

El spot de 2 minutos de duración ha sido elaborado por un grupo de nueve alumnos (ocho alumnas y un alumno de educación secundaria) en el taller de publicidad del grupo PROA del IES Pilar Lorengar coordinado por el profesor Andrés Mingueza. Dicho Instituto está ubicado en el barrio de la Jota, en la margen izquierda del Ebro de Zaragoza.

El spot es una narración autobiográfica de una chica de 16 años que cuenta a través de un viaje interior su experiencia con el tabaco y el alcohol y cómo su poder de decisión y voluntad le ayudaron a ser ella misma. El sonido es la voz en off de la protagonista que relata su experiencia, a su vez el texto está subtulado para reforzar el dramatismo de su experiencia. La imagen juega con la metáfora de un bote de cristal que simboliza el encerramiento y falta de libertad que le producen el abuso de alcohol y el consumo de tabaco. Dentro del bote de cristal se proyectan las vivencias de la joven que le han hecho recorrer ese itinerario. Analizamos los contenidos expresados en el spot de acuerdo con la estructura narrativa de presentación, nudo y desenlace en la tabla adjunta.

Tabla Estructura narrativa del spot *Ahora decido yo. Ahora soy yo*

Estructura	Texto	Imágenes
Presentación (0-33")	La primera vez que cogí un cigarrillo tenía doce años. Bueno no, once. Empecé el instituto con once años y mi vida estaba empezando a cambiar. Llevaba toda la vida diciendo que jamás sería víctima del alcohol y el tabaco. Pero ahora sentía curiosidad. Estaban ahí mis nuevos amigos, ofreciéndome aquel pitillo de buen rollo. Ni me lo pensé, lo probé y no me gustó. Pero las miradas de los que me rodeaban me hacían sentir importante con el cigarro encendido entre mis dedos.	Acercamiento (zoom) al bote de cristal (primer plano). Suelo, entrada al patio del instituto. Compañeros. Oferta del primer pitillo.
Nudo (33"-1'27")	Empecé comprando cigarrillos sueltos y sin darme cuenta terminé comprándome un paquete cada dos días. Fumar era un hábito más. Formaba parte de un grupo. Pensaba a veces en dejar de fumar, pero me daba miedo que me dejaran de lado. Al mismo tiempo empecé con los botellones. Comencé con una sangría un simple día de pilares y terminé haciendo botellón cada fin de semana. Esas noches sólo sirvieron para hacer estupideces de las que hoy me arrepiento. Mis vicios estropeaban mi salud y mi bolsillo. Suspendía los exámenes de resistencia y nunca tenía dinero para mis caprichos.	Entrada de humo (tabaco) en el bote. Compra de cigarrillos. Chicas charlando con cigarrillo en primer plano. Suelo (andar). Botellón en el parque. El bote comienza a llenarse de líquido (alcohol). Suelo (andar), chicas corriendo. Chicas con bolsas de compra
Desenlace (1'27"-2')	Empecé a plantearme dejar de fumar y beber. Lo intenté varias veces y no pude. Con fuerza de voluntad conseguí dejarlo tras tardes comiendo sin parar y noches sin dormir. Ahora estoy sana. No bebo, no fumo. Soy dueña de lo que acepto y rechazo. Fuera de todos y de todo. Ahora decido yo. Ahora soy yo.	Bote lleno de líquido con restos de cigarrillos y corchos de botellas. Alejamiento (zoom) del bote, manos de la chica cogen el bote, lo abren y lo vacían. Aparece el texto y un corazón en el bote de cristal.

El spot pretende llamar la atención sobre los consumos de tabaco y alcohol desde una perspectiva adolescente. El hecho de que haya sido elaborado por jóvenes de educación secundaria hace

que la reflexión realizada por la protagonista asuma muchos de los argumentos, valores y situaciones vividos por muchos adolescentes que están viviendo su transición al mundo adulto. Es destacable que se presente la percepción de la integración en el grupo de iguales como principal factor en el inicio del consumo. Los peligros y riesgos son sobradamente conocidos pero no significan una motivación en el cambio que se produce de la infancia a la adolescencia. Se resalta que fumar y beber son comportamientos sociales que pueden llegar a ser criterio de pertenencia en el grupo de iguales. El “botellón” es contemplado como un espacio de sociabilidad entre los amigos y de inicio de nuevas relaciones. El spot plantea la importancia que tiene para los adolescentes la búsqueda de su identidad y cómo se entrecruza con los inicios de los consumos. Se destacan los efectos indeseados del tabaco y el alcohol a los ojos de los adolescentes, que no son los problemas de salud a largo plazo, sino los relacionados con la atadura a dichos consumos que repercuten en la forma física, en el “bolsillo” y por tanto no poder disponer de dinero para otros gastos, y en realizar comportamientos inadecuados (“hacer estupideces”). Pone de relieve el poder de la decisión y la voluntad para romper con la dependencia de los consumos, la capacidad de destapar el bote lleno de malos humos y desperdicios, y resalta el importante valor de la libertad, para conocerse a uno mismo y ser dueño de las propias acciones. Este valor de la libertad es la principal atracción para librarse de los consumos que crean ataduras. Por eso el final reivindica la libertad personal con el eslogan: *Fuera de todos y de todo. Ahora decido yo. Ahora soy yo.*

Producir este video ha resultado muy satisfactorio y estimulante al equipo, además de haber realizado un gran trabajo de alfabetización audiovisual y digital. Además este spot servirá para reflexionar sobre estos hechos en otros institutos que trabajen Cine y Salud, donde son muy bien recibidos los trabajos audiovisuales realizados por otros jóvenes como ellos.

Conclusiones

La experiencia desarrollada en Aragón indica que la integración de la alfabetización digital y audiovisual en las iniciativas de educación para la salud en el ámbito educativo conduce a una potenciación mutua. La educación para la salud desarrolla los valores, las actitudes y una mentalidad crítica frente al contexto que permitan la gestión autónoma de la propia salud. La alfabetización audiovisual permite analizar los mensajes, los canales de información y la intencionalidad de las fuentes, siendo todo ello fundamental para interpretar las percepciones y modelos culturales que influyen sobre la salud. La prevención de las drogodependencias en el marco de la promoción de la salud requiere actuar sobre la clásica triada persona, contexto y sustancia, haciendo un énfasis en el empoderamiento personal y colectivo para lo cual el uso crítico de las TIC es una buena herramienta. Por supuesto también será necesario desarrollar políticas que fomenten la igualdad de oportunidades y la equidad en salud frente a las desigualdades de género y socioeconómica.

La prevención de las adicciones dirigida a los jóvenes debe tener en cuenta su contexto para conseguir una mayor efectividad en la disminución de las consecuencias negativas del consumo de sustancias. Como demuestra el spot analizado, la prevención no se resalta insistiendo sobre los efectos indeseables de los consumos, por otra parte ya conocidos, sino proponiendo un conocimiento crítico del proceso de socialización en la adolescencia. La búsqueda de la identidad, la sociabilidad y el uso de la libertad personal son los principales factores ligados a la experimentación y consumos de las diversas sustancias. Todos estos elementos pueden ser analizados a través del cine y otros recursos audiovisuales, que con la mediación de un educador, permiten reflexionar y tomar posturas sobre los contextos, los consumos, las motivaciones y las actitudes más saludables en la sociedad actual.

La alfabetización sobre las TIC no se centra en el componente instrumental, sino que sirve para examinar e indagar la realidad, promover la comunicación y el trabajo colaborativo, y potenciar la creatividad y el pensamiento crítico. Todos estos aspectos son muy importantes para la prevención de adicciones y la educación para la salud. Es importante profundizar en la alfabetización audiovisual y digital de los jóvenes, aunque por su edad sean considerados “nativos digitales” y tengan conocimiento de los aspectos tecnológicos, eso no implica tener las competencias adecuadas para saber convivir en el entorno digital. La finalidad es educar la mirada de los jóvenes frente al consumo masivo de imágenes en las diferentes pantallas (televisión, móviles, internet, etc.) y desarrollar un comportamiento proactivo hacia los aspectos que promueven el bienestar y la salud personal y colectiva, todo ello englobado en el concepto de ciudadanía digital en la sociedad de la información.

El entorno digital que promueven las TIC no es solo un espacio de riesgos y problemas como habitualmente es contemplado, sino que se puede convertir en un activo para la salud, desarrollando habilidades personales, facilitando la interacción y las relaciones y promoviendo la participación social. El uso de las TIC, la elaboración de videos y otros productos audiovisuales por parte de los jóvenes facilita la apropiación de herramientas de comunicación y creación, el trabajo en equipo, y el aprendizaje de valores, actitudes y comportamientos que promueven el cuidado de la propia salud y de la de los demás.

Por último, la participación de los jóvenes es un elemento esencial en las iniciativas de prevención de adicciones y educación para la salud, porque permite integrar su visión en el análisis de la realidad y en la formulación de las propuestas, y potencia su autonomía y responsabilidad en la gestión de la salud. El grado de participación de todas las personas implicadas es un criterio de calidad de las intervenciones de promoción de la salud.

Bibliografía

AGUADED, J.I. *et al* (2005): *Pantallas Sanas: TIC y educación para la salud*. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Accedido el 9-12-2011 en bit.ly/rKYvQA

AISA *et al* (2007): *Seminario Pantallas Sanas: TIC, salud y vida cotidiana*. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Accedido el 9-12-2011 en bit.ly/rMboqn

GABELAS BARROSO, J.A. (2010): *La creación de un cortometraje: un proceso de mediación en la promoción de la salud del adolescente*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense. Accesible el 9-12-2011 en eprints.ucm.es/11632/

GABELAS BARROSO, J.A. Y MARTA LÁZARO, C. (2008): *Consumos y mediaciones de familias y pantallas: Nuevos modelos y propuestas de convivencia*. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

GARCIA SERRANO, J.A. Y MORENO HERRERO, I. (2006): *Guía multimedia Pantallas Sanas*. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Accedido el 9-12-2011 en bit.ly/uZZhuO

GURPEGUI, C. Y TEJERO, C. (coordinadores) (2008): *Guía SARES 2008 Multimedia*. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Accedido el 9-12-2011 bit.ly/tFiOgZ

GUTIERREZ MARTÍN, A. (2003): *Alfabetización digital, algo más que ratones y teclas*. Barcelona: Gedisa.

OMS (1999): *Glosario de promoción de la salud*. Traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Accedido el 9-12-2011 en www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf

ROOTMAN, I; GOODSTADT, M; MCQUE EN, D; POTVIN, L; SPRIGETT, J. AND ZIGLIO, E (edit) (2001): *Evaluation in health promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen: WHO (EURO). Accedido el 9-12-2011 en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf

ST LEGER, L; YOUNG, I; BLANCHARD, C; PERRY, M. (2010): *Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la Acción*. UIPES. Paris. Acceso 9-12-2011 www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/PSeE_deEvidenciaalaAccion_ES_WEB.pdf

Piensa la noche: Estrategias de intervención educativa en reducción de riesgos en ocio nocturno

CRISTINA NÚEZ VICENTE

JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA

SABINE PROTAT NIAUX

LAURA PÉREZ GÓMEZ

Resumen

Drojnet 2 es un proyecto europeo de prevención y reducción de riesgos a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La Rioja incorpora dentro del proyecto la estrategia de reducción de riesgos y daños partiendo de una perspectiva pragmática según la cual el objetivo es disminuir el impacto negativo del consumo de drogas en los individuos y sus entornos, mediante estrategias de intervención y canales de comunicación diferentes a los tradicionales de la salud pública. Son acciones que se realizan en entornos de consumo.

Piensa la noche es un programa de intervención educativa en el contexto del ocio nocturno. Educadores de calle se acercan a los jóvenes en sus espacios de consumo (botellón y chamizos) y establecen con ellos un diálogo basado en la información objetiva, práctica y desde posturas no paternalistas.

El programa se ha centrado en los consumos abusivos de alcohol en adolescentes, al realizar estos un consumo en atracón y ser más receptivos a la intervención. Además de los riesgos propios

del consumo se trabajan comportamientos de riesgo asociados como conducción, violencia y relaciones sexuales no protegidas.

La evaluación cualitativa se ha realizado a través de grupos de discusión y reuniones con los técnicos municipales de prevención en municipios riojanos y la cuantitativa a través de las fichas de observación rellenas por los educadores en las que se han recogido indicadores de actividad tales como el número de jóvenes con los que se ha dialogado, número de mensajes enviados a través de Bluetooth, folletos informativos entregados, pruebas de alcoholemia y de cooximetría realizadas, etc. También se va a realizar una encuesta en varios institutos de La Rioja con el objetivo de valorar la opinión que los jóvenes tienen del programa.

Teniendo en consideración la evaluación cualitativa y cuantitativa (a falta de la implementación de la encuesta en los institutos) podemos concluir que la aceptación de esta estrategia de intervención es alta y también lo es la percepción de la utilidad que los jóvenes tienen del programa.

Palabras clave

Jóvenes, adolescentes, botellón, drogas, reducción de riesgos, noche

Keywords

Young people, teenagers, binge drinking, drugs, risk reduction, night

Introducción

En el II Plan de Salud La Rioja 2009-2013 varios objetivos generales hacen referencia a la disminución de la incidencia y prevalencia, y retraso en la edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población de La Rioja, especialmente entre la población juvenil. El servicio de drogodependencias y otras adicciones es el órgano encargado de gestionar, planificar y organizar todas las actuaciones en materia de prevención y asistencia de las drogodependencias y desde 2001 ha establecido las TIC y la búsqueda de nuevas estrategias de intervención como líneas estratégicas de trabajo en este ámbito.

Según los datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2008) realizada a 890 alumnos de estas enseñanzas en nuestra comunidad conocemos la situación de consumo en este sector de población:

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes, 64,8% lo han hecho en los últimos 30 días, 60,5% de los chicos y 68,7% de las chicas. El consumo de las bebidas alcohólicas se produce fundamentalmente durante el fin de semana, siendo los combinados o cubatas las bebidas más consumidas. Los lugares más habituales donde compran bebidas alcohólicas son bares o pubs, supermercados e hipermercados. Si hablamos de los lugares más habituales para consumirlo vemos que son bares o pubs, calles o plazas y discotecas y si preguntamos por la forma en la que han conseguido el alcohol vemos que principalmente lo consiguen ellos directamente y a través de otras personas no familiares y mayores de 18 años. El 34,9% de los jóvenes riojanos declara haberse emborrachado en los últimos 30 días.

La segunda sustancia más consumida entre los jóvenes de nuestra comunidad es el tabaco, un 32,7% ha fumado en el último mes

(31,7% de los chicos y 33,5% de las chicas) aunque encontramos que este consumo ha disminuido respecto a los últimos años. No obstante, es la sustancia con mayor consumo diario (15,0%) mientras que el 3,7% de los jóvenes declara consumir alcohol diariamente. La edad de inicio de consumo de tabaco se sitúa en 13,5 años. En el caso del alcohol la edad media de inicio es de 13,7 años, siendo los chicos quienes se inician antes en los dos tipos de consumos.

El cannabis sigue siendo con diferencia la droga ilegal más extendida, 31,5% declararon haber consumido esta sustancia los 12 meses previos a la encuesta (36,4% de chicos y 27,1% de chicas) y 22% en los últimos 30 días (25,1% de chicos y 19,2% de chicas). Para todas las drogas ilegales la proporción de consumidores es mayor en los chicos que en las chicas. Sin embargo ellas consumen con mayor frecuencia alcohol, tabaco y tranquilizantes.

Las sustancias que los jóvenes riojanos asocian con los mayores problemas de salud son el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis. En el lado opuesto están alcohol, cannabis, tabaco y tranquilizantes, como las sustancias asociadas a menores problemas y que por otra parte son las más consumidas. Tabaco y alcohol son, con gran diferencia, seguidos por cannabis y tranquilizantes las drogas que perciben como más accesibles. El 35,1% de los estudiantes declararon salir para divertirse durante el último año con una frecuencia de 2 noches a la semana. En general, los chicos salen por la noche para divertirse más frecuentemente que las chicas. La hora de regreso a casa más frecuente durante la última salida en fin de semana fue entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana. No hay diferencias importantes en el horario por sexos pero claramente vemos que la hora de regreso a casa depende de la edad.

En conocimiento de esta preocupante situación de consumo y fruto de nuestros objetivos y del interés por el uso de las nuevas tecnologías surgió en 2006 el proyecto europeo Drojnet (Drogas, Ju-

ventud y Nuevas Tecnologías), una iniciativa piloto de servicio de información sobre drogas adaptado a la realidad juvenil y a su contexto de comunicación, utilizando todas las posibilidades que entonces ofrecían las tecnologías de la información y la comunicación.

Partiendo de las conclusiones de Drojnet, en septiembre de 2009 se decidió poner en marcha Drojnet 2, proyecto europeo de innovación en servicios de información sobre drogas (prevención y reducción de riesgos) dirigidos a jóvenes mediante la utilización de las TIC, con el que pretendemos remarcar la importancia de la utilización de la red como instrumento de transmisión e implantación de programas preventivos buscando para ello la participación de los jóvenes en la creación, recepción y difusión de mensajes de texto (SMS) y mensajes multimedia (MMS) a través de un foro de una página web.

Todo esto unido a la importancia que la noche tiene para los jóvenes como tiempo de diversión, de ruptura con el tiempo cotidiano, de nuevas experiencias y de asumir ciertos riesgos y el saber que los consumos en los espacios de ocio no son un fenómeno pasajero (Valverde, Pi y Colom, 2003) hace que desde el servicio de drogodependencias se plantee la importancia de las actuaciones de reducción de riesgos y daños y de trabajar en el contexto del ocio nocturno. Para ello se parte de un enfoque pragmático desde la perspectiva de la salud pública, siendo la idea central que “los riesgos y daños asociados al consumo son tanto o más importantes que la adicción a una sustancia per se” (Marlatt, 1998) por lo que adoptamos como reducción de riesgos toda acción individual, colectiva, médica o social orientada a disminuir, administrar y autogestionar la probabilidad de daños, consecuencias negativas e indeseadas asociadas al consumo de drogas y otras prácticas como sexualidad insegura y situaciones de violencia (Mino, www.reducciondedanos.cl)

Piensa la noche es un programa de intervención educativa en el contexto del ocio nocturno de municipios riojanos. Educadores de

calle se acercan a los jóvenes en sus espacios de consumo (botellón y chamizos) y establecen con ellos un diálogo basado en la información objetiva, práctica, desde el respeto y sin posturas paternalistas ni censuras hacia lo que hacen. Y que en base a las teorías de Oriol Romaní, 1998 pretende trabajar con la microcultura del grupo desde un modelo participativo, viendo así las posibles vías de prevención en base a sus intereses. El programa se ha centrado en el consumo de alcohol en adolescentes. Además de los riesgos propios del consumo se trabajan comportamientos de riesgo asociados como conducción, violencia y relaciones sexuales no protegidas.

Metodología

Objetivos

El objetivo general de este programa es disminuir comportamientos arriesgados asociados al consumo de alcohol en entornos de consumo de La Rioja a través de estrategias educativas.

Los objetivos específicos son:

- 1.- Transmitir información objetiva y consejos útiles de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol.
- 2.- Facilitar el desarrollo de competencias en los jóvenes para gestionar las conductas adecuadas a cada situación.
- 3.- Promover el consumo menos perjudicial de alcohol.
- 4.- Conocer la realidad de consumo en espacios de ocio juvenil en La Rioja.
- 5.- Elaborar un mapa de consumo en espacios abiertos y entornos de ocio privados.

- 6.- Conocer las motivaciones de los jóvenes para acudir a estos espacios.
- 7.- Disminuir la implicación por parte de los jóvenes en comportamientos asociados al consumo: conducción, violencia, relaciones sociales (problemas con los amigos, vecinos,...) y relaciones sexuales no protegidas.

Justificación

En base a actuaciones que se desarrollaron en el ámbito comunitario y que ahora relatamos se obtuvieron las conclusiones necesarias para poner en marcha el programa Piensa La Noche.

Desde que comenzó el proyecto Drojnet 2 ha habido una verdadera revolución de las tecnologías de la información y la comunicación con cambios constantes tanto en las propias tecnologías como en los usos que hacemos de ellas. Son los jóvenes quienes siempre van por delante de las administraciones en dicha utilización y así lo estamos viendo en nuestro proyecto; comenzamos enviando SMS, ellos pedían imágenes y videos, creamos un foro para la creación de contenidos para los SMS y MMS y resulta que ahora son las redes sociales el vehículo de transmisión de la comunicación con sus iguales; enviamos mensajes a través de bluetooth y no lo suelen tener conectado por el alto gasto de batería que genera y porque la amplia mayoría de los jóvenes poseen móviles inteligentes con WhatsApp, chats y otras aplicaciones.

Y no sólo ha habido cambios en la forma de comunicarnos con los jóvenes sino también en los contenidos que transmitimos, si Drojnet era un proyecto meramente preventivo en Drojnet 2 empezamos a trabajar con la reducción de riesgos y daños.

Durante el verano de 2010 se realizaron intervenciones en las fiestas de algunos municipios riojanos (Alfaro, Arnedo, Calahorra,

Cervera, Haro, Logroño, Nájera, Rincón de Soto y Torrecilla): se enviaron mensajes vía bluetooth, se proporcionó información, asesoramiento,... Para ello contamos con la colaboración del Instituto Riojano de la Juventud, los técnicos municipales de prevención y el Servicio de Atención al Ciudadano.

El Instituto Riojano de la Juventud pone a disposición de los jóvenes autobuses (Bus Joven) para que puedan acudir a las fiestas de los municipios sin coger el coche. Realizamos un video que se proyectó durante los trayectos de ida en el cual se informaba acerca del proyecto Drojnet 2, la página web y se avisaba a los jóvenes para que activasen el bluetooth en el caso de que quisieran recibir mensajes que incluían contenidos de reducción de riesgos y de formas de actuación en caso de coma etílico, etc.

Los técnicos de prevención de Alfaro, Arnedo, Calahorra, Haro y Rincón de Soto organizaron durante las fiestas una campaña de control de alcoholemia denominada "Campaña 0.0". Desde la carpa donde se hacían los controles de alcoholemia se emitieron mensajes vía bluetooth. En municipios como Cervera del Río Alhama, Nájera y Torrecilla en Cameros, también se emitieron los mensajes vía bluetooth a través del Servicio de Atención al Ciudadano, y en Logroño además de eso a través de la red Infokiosko y durante el Festival Actual 2011.

La programación era de un envío cada cuarenta y cinco minutos o una hora y se mandaron cuatro mensajes distintos: una presentación animada del proyecto, un video animado sobre situaciones de riesgo asociadas al consumo de alcohol, un fondo de pantalla de Drojnet 2 y un mensaje con pautas a realizar en el caso de encontrarse con alguien en situación de coma etílico.

Tras los resultados obtenidos con esta actuación (el 18.5% de la gente había recibido los mensajes cuando la media en este tipo de envíos es del 8-9%), el servicio de drogodependencias y otras

adicciones se planteó la continuación de las intervenciones en zonas de ocio nocturno. Pero considerando insuficiente la intervención a través del envío de mensajes vía bluetooth (sin feedback acerca de la opinión de los jóvenes y de la influencia que tenían en su consumo y percepción de riesgo) se consideró relevante contar con el apoyo de educadores de calle. El objetivo era que estuviesen en contacto directo con los jóvenes, consumidores o no, en sus espacios de ocio nocturno y les informasen acerca de los daños y riesgos asociados al consumo y cómo reducir esos comportamientos arriesgados.

Para ello el 25 de marzo de 2011 se realizó en Logroño una jornada de formación para mediadores en espacios de ocio nocturno cuyo objetivo fue la formación y entrenamiento en reducción de riesgos, daños y mediación a profesionales que realizan una labor preventiva en dichos espacios. Esta jornada fue impartida por la responsable de gestión de proyectos de prevención de IREFREA, Instituto y Red Europea para el estudio de los Factores de Riesgo en la Infancia y la Adolescencia y constó de dos sesiones teórico-prácticas. Los asistentes fueron educadores de calle que trabajan con poblaciones en riesgo y menores vulnerables, monitores de ocio y tiempo libre, técnicos municipales de prevención y técnicos del servicio de drogodependencias y otras adicciones.

Con la finalidad de conseguir mensajes atractivos, de calidad y cercanos a los jóvenes se convocó un concurso entre el alumnado de bachillerato artístico del IES Batalla de Clavijo y la Escuela Superior de Diseño de La Rioja para que fuesen ellos mismos los creadores.

Temporalización

En junio de 2011 desarrollamos en Logroño un estudio piloto del programa de intervención educativa en reducción de riesgos y daños asociados al consumo de alcohol entre los jóvenes “Piensa la Noche”. Durante cuatro fines de semana consecutivos, dos equipos de dos educadores de calle se acercaron a los jóvenes en las zonas de con-

sumo nocturno entre las 20:00 y las 24:00 horas, dividiendo la ciudad en dos zonas: norte (Parque del Ebro, Parque de La Ribera, entorno de la Calle Mayor, Plaza del Mercado y la Glorieta) y sur (Plaza de la Concordia, Parque de San Miguel y entorno de la calle Vitoria). Cada intervención se centró en una temática: la primera en las molestias que puede provocar el botellón, a través de sus teléfonos móviles los educadores enseñaron vídeos sobre dichas consecuencias y las comentaron con los jóvenes. La segunda intervención tuvo por objetivo concienciar a los jóvenes sobre el consumo de tabaco y cannabis, en esta ocasión los educadores les ofrecían la posibilidad de soplar en un cooxímetro para medir el nivel de CO en el aire expirado. En la tercera actuación los educadores llevaban alcoholímetros que utilizaban para intercambiar opiniones sobre los riesgos del consumo de alcohol para la salud y otras áreas (violencia, conducción, relaciones,...) y en la última actuación se trabajó la sensibilización del ocio sin consumo de sustancias psicoactivas. En todas las actuaciones se les proporcionaban folletos informativos.

Una vez analizados los resultados de este estudio piloto, que veremos más adelante, se decidió continuar con esta intervención de reducción de riesgos y daños basada en estrategias educativas. Hasta diciembre de 2011 se han realizado intervenciones durante los fines de semana en los que parejas de educadores (un chico y una chica, intentando que uno de ellos sea menor de treinta años y otro mayor) con amplia experiencia en intervención social y con jóvenes han intervenido en zonas de consumo de Logroño y otros municipios riojanos (Haro, Alfaro, Arnedo y Lardero). Han estado presentes en zonas en las que se realiza botellón y también en, los denominados en La Rioja, chamizos o cuartos. Dichos lugares son espacios alquilados por un grupo de amigos en los que se reúnen para compartir su tiempo libre, conversar y, en ocasiones, consumir alcohol y otras drogas. Las intervenciones educativas se han basado en la interacción con los jóvenes y en facilitarles información práctica, objetiva y desde posturas no paternalistas a través de personas

con formación. Durante las intervenciones los educadores contaban con algunas de las herramientas ya utilizadas en el estudio piloto y otras: alcoholímetro, cooxímetro, carteles para poner en los chamizos, folletos informativos de alcohol, tabaco, preservativos, bolsas de basura y sustituimos el bluetooth por un tablet PC en el que proyectaban videos. Tras cada intervención los educadores se han reunido para valorar las fichas de registro y las observaciones de cada salida y realizar con todo ello el informe de actuación que han entregado al servicio de drogodependencias en las reuniones de coordinación semanal.

Las zonas de actuación, así como los días, las horas y el número de educadores a intervenir se han decidido en base a las celebraciones juveniles, los informes de los educadores de salidas previas y otras motivaciones que hacen que no todos los fines de semana los jóvenes se reúnan en los mismos espacios. Se decidió que en grandes festividades municipales, regionales y nacionales no se iban a realizar intervenciones debido a la dificultad de poder entablar con ellos interacciones que cumplieran los objetivos previstos.

En estos momentos estamos trabajando en la evaluación, tanto cualitativa a través de grupos de discusión como cuantitativa con indicadores internos y externos del programa y está previsto reanudar este programa en fechas próximas.

Resultados

Como acabamos de señalar dos son los tipos de evaluación que estamos realizando, cuantitativa y cualitativa. Presentamos a continuación los datos que hasta estos momentos poseemos. Comenzamos con la evaluación cuantitativa.

En la campaña de envío de mensajes vía bluetooth durante el verano 2010, 800 mensajes fueron descargados y el video presentan-

do la actuación se proyectó en un total de 30 autobuses con destino a las fiestas de Cervera, Alfaro, Calahorra, Torrecilla, Logroño y Arnedo.

Asistieron 33 profesionales a la jornada de formación para mediadores en espacios de ocio nocturno.

En el concurso de elaboración de mensajes multimedia en la Escuela Superior de Diseño de La Rioja se presentaron un total de 12 trabajos, de los cuales 3 fueron premiados y en el bachillerato artístico del IES Batalla de Clavijo se presentaron 9, de los cuales 5 eran conjuntos de imagen y video y 4 eran videos, 5 fueron los premiados. Se realizó un acto público de entrega de premios en la ESDIR el 6 de abril de 2011 del cual los medios informativos locales se hicieron eco y difundieron el proyecto.

En lo que respecta al estudio piloto presentamos resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos de los informes realizados por los educadores. En cuanto a la acogida del programa por parte de los jóvenes señalar que fue muy positiva, expresaban que veían en los educadores un elemento de ayuda, un punto de referencia. Trabajaron con 827 jóvenes, 455 eran chicos y 372 chicas de edades comprendidas entre los 14 y 19 años. Los consumidores más jóvenes consumían en horario más temprano y en cantidades más importantes. La explicación que ellos dan a este hecho es que al tener horarios de salida limitados, beben de golpe para así conseguir los efectos del alcohol lo antes posible y que se les pasen antes de volver a casa. Los mayores de 18 años expresaron su preocupación acerca del consumo de los menores. Las bebidas que suelen consumir son destiladas de mala calidad mezcladas con refrescos, confesando que hacen sus propias mezclas sin tener mucha idea de las cantidades que ponen en las botellas. También hay que destacar que no todos los jóvenes con los que contactaron bebían alcohol, una parte importante de ellos busca en el botellón un espacio donde relacionarse y estar con sus amigos.

Vistos y analizados estos datos se decidió continuar con las intervenciones educativas en espacios de ocio nocturno en Logroño y otros municipios riojanos hasta final de año.

Para la evaluación cuantitativa del programa “Piensa la noche” se elaboraron fichas de observación que han ido rellenando los educadores de calle en cada intervención. Con la información contenida en ellas han realizado un informe sobre cada actuación en el que se reflejan diversos aspectos de interés: perfiles de consumidores y lugares, aceptación general del programa, riesgos percibidos, conductas de reducción de riesgos y necesidades percibidas por su parte.

Perfiles de consumidores y lugares de consumo

En Logroño se diferencian los espacios claramente por edad y lugar. Los menores de 16 años se agrupan en el parque del Ebro, bajo el nuevo frontón del Revellín y los mayores de 16 años en la plaza de la Concordia y zona anexa de parque. Esporádicamente se han encontrado grupos de jóvenes en otras zonas del parque del Ebro, en el entorno del estanque, en la plaza detrás del ayuntamiento, plaza de La Paz. Se han encontrado en las zonas de botellón jóvenes de otras culturas por ejemplo iberoamericanos, en ocasiones en grupos separados y otras veces integrados con los demás.

Por otro lado se ha intervenido en los chamizos. La mayor concentración se ha encontrado en la zona oeste de Logroño, en el entorno de la calle Luis Barrón; y en la zona este en los barrios Madre de Dios y San José. Se ha intervenido también en el entorno de la discoteca light (para menores de 14 a 18 años) y Glorieta del Doctor Zubía. Generalmente se han encontrado más chicas que chicos.

En los pueblos la edad del consumidor es algo mayor, en torno a los 16 años y el género se decanta por el ligero predominio del masculino.

El fenómeno del botellón como tal sólo lo hemos encontramos en Logroño y en Lardero en fiestas, donde los jóvenes se reúnen en una zona concreta, en gran número y alrededor del consumo de alcohol. En Arnedo y Alfaro el consumo se establece en los “cuartos” o “chamizos” y en Haro en la calle, pero en grupos separados y de pocos miembros. El consumo en la calle está caracterizado por dos rasgos comunes: el económico y el relacional. Con pequeñas cantidades de dinero pueden consumir grandes cantidades de alcohol, al que por dinero y algunos por edad no pueden acceder en los bares. Por otro lado, tanto los que consumen como los que no lo hacen (en casi todos los grupos hay no consumidores, incluso algún grupo entero), van porque van los demás, acuden a relacionarse, a estar con los amigos...

En Logroño el consumo en los chamizos está motivado por la búsqueda de espacios privados, más íntimos y resguardados, donde pueden dar rienda suelta a lo que no pueden hacer en otros lados (beber, fumar, tener relaciones sexuales, etc.), en ellos la intervención está siendo más complicada puesto que suelen estar ocupados por jóvenes mayores de 18 años y en la búsqueda de su intimidad les resulta invasiva esta actuación. En los pueblos, aunque pueda tener la misma utilidad práctica, responde más a una costumbre arraigada, inherente al hecho de pertenecer a una cuadrilla, lugar de encuentro de jóvenes de todas las edades y son utilizados como centros sociales y acogen con agrado la presencia de los educadores.

Consumo de sustancias

En Logroño los menores de 16 años consumen mayoritariamente alcohol de media y alta graduación, los licores y el ron o vodka mezclados con refrescos y bebidas energéticas; tabaco casi exclusivamente rubio, en bajo porcentaje, parece ser que en desuso entre los más jóvenes. Se da un uso localizado de las cachimbas, ha sido habitual encontrar dos o tres grupos consumiendo de esta forma. Los mayores de 16 años consumen más bebidas de menor graduación (cerveza

y calimocho), aunque tampoco dejan de beber las de mayor grado. Diferencialmente en los pueblos se ha observado mayor consumo de tabaco y porros, diferenciados además por género, fumando las chicas más tabaco y los chicos más porros. Se encuentra en los pueblos mayor porcentaje de cerveza y calimocho, intercaladas con todo tipo de bebidas de mayor grado que varían dependiendo de las fiestas y el dinero disponible.

Riesgos percibidos

El aumento de la percepción del riesgo del abuso de alcohol es uno de los objetivos del programa y ha resultado ser uno de los más difíciles de trabajar. En general se magnifican los beneficios: “me ayuda a ligar”, “me desinhibe”, “me divierto”... y sólo cuando se les pregunta sobre los riesgos empiezan a tomar conciencia. Perciben con mayor claridad los siguientes riesgos: violencia y agresividad, conductas en torno a las relaciones y el sexo (hacer algo de lo que luego se arrepientan: engañar a su pareja, sexo sin protección, tener relaciones con alguien con quien no quieren...); por último en la percepción de los jóvenes aparecen los riesgos para la salud, el coma etílico y las intoxicaciones, el daño en órganos como el cerebro, hígado, pulmones... (estos últimos tienen más incidencia con el tabaco, tienden a verlo como más perjudicial y se impresionan con los resultados de la prueba del cooxímetro). Las chicas perciben más los riesgos relacionados con las relaciones sexuales y los chicos con la violencia.

Conductas de reducción de riesgos

Otro de los objetivos importantes del programa es promover las conductas de reducción de riesgos. Se ha detectado en todos los lugares de intervención una gran distancia entre la información que reciben y la capacidad para organizarla, tener conciencia de ella y aplicarla. Mezclan la información proveniente de la cultura popular y de sus iguales con la información más técnica recibida en los colegios o institutos. De este modo, ante un coma etílico o una intoxicación, por ejemplo, muestran todo tipo de ideas más o menos ilógicas. Especial-

mente los menores de 16 años muestran mayor dificultad a la hora de integrar la información y retener los mensajes. Sin duda el cambio de conductas y hábitos encaminados a un menor riesgo en el consumo es una tarea ardua y a largo plazo, aunque hemos observado que desde que comenzó el programa los jóvenes tienen información más clara, mayor conciencia y percepción de los riesgos y se han detectado intenciones y conductas en la dirección de la disminución de los riesgos (“yo no bebo porque llevo la moto”, “hemos traído algo para comer”, “estoy fumando menos e incluso dejando”...).

Necesidades percibidas

Demandan un lugar donde juntarse y relacionarse con libertad y valoran como positiva la atención y presencia de educadores que les informan, escuchan sin juzgar y canalizan sus inquietudes. En todos los lugares los jóvenes demandan actividades adecuadas a la edad y el horario aunque en ocasiones les cuesta formular alternativas. La oferta recibida no les satisface por escasa en muchos lugares, cara en otros y porque acaba siendo ocupada por chicos y chicas más pequeños (en torno a los 14 años): centros jóvenes, “Por fin es sábado”, discoteca light, etc. En algunos lugares (Arnedo y Alfaro), estos espacios parecen estar ocupados por menores de otras nacionalidades y culturas.

Aceptación general del programa

En general es satisfactoria, los educadores son percibidos como elemento de ayuda, accesibles, los jóvenes les demandan información y establecen con ellos conversaciones educativas y no impositivas. Podemos afirmar que la figura del educador ha sido a la vez normalizada, aceptada y demandada en el entorno por los propios jóvenes, y sigue siendo por otro lado algo atractivo que llama la atención y suscita interés. Se aprecia una mayor receptividad por parte de las chicas. Los instrumentos utilizados (cooxímetro y etilómetro), las pulseras y las tarjetas informativas les resultan atractivos y son útiles para cuestionar mitos sobre el consumo y conductas.

La siguiente tabla refleja los datos de intervención del programa a fecha 17 de diciembre de 2011:

**Tabla 1: Datos de las intervenciones del programa
Piensa la noche (2011)**

LUGAR	CHICOS	%	CHICAS	%	TOTAL
Logroño	1044	48,9	1091	51,1	2135
Alfaro	256	69,8	111	30,2	367
Arnedo	221	54,2	187	45,8	408
Haro	178	71,2	72	28,8	250
Lardero	77	46,4	89	53,6	166
TOTAL	1776	53,4	1550	46,6	3326

Los datos provienen de la observación de los educadores durante la intervención. El número total no coincide con el número total de jóvenes intervenidos, ya que se contabiliza la suma de todas las intervenciones en las cuales muchos jóvenes pueden repetir.

El número de intervenciones realizadas desde el 3 de junio al 17 de diciembre de 2011 ha sido 33, repartidas de la siguiente manera: Logroño 19, Arnedo 5, Haro 4, Alfaro 4 y Lardero 1.

En estos momentos se está diseñando la parte de la evaluación cuantitativa externa más objetiva del programa que se va a realizar a través de una encuesta en varios institutos de La Rioja con el objetivo de valorar la opinión que los jóvenes tienen del programa.

A día de hoy no tenemos todos los datos de evaluación del programa pero serán presentados en las XXXIX Jornadas de Soidrogalcohol de Tarragona en el mes de marzo.

En cuanto a la evaluación cualitativa hemos realizado dos grupos de discusión, el 9 y 16 de diciembre de 2011. Durante las intervenciones nocturnas los educadores pidieron a los jóvenes los números de teléfono de aquellos que estaban dispuestos a participar en

los grupos para evaluar el programa. Facilitaron el dato de contacto 64 jóvenes. Se contactó con diez - doce de ellos en cada caso con el objetivo de formar dos grupos de seis a diez personas.

El primero se realizó el 9 de diciembre y acudieron nueve personas (seis chicas y tres chicos; siete españoles, una chica brasileña y un chico colombiano) de entre 14 y 16 años. Al segundo grupo, compuesto de jóvenes de 16 a 18 años no acudió ningún joven. Cuando se volvió a convocar el 16 de diciembre solamente fueron dos personas (un chico y una chica, ambos españoles). Ambos grupos se realizaron en Logroño y fueron dirigidos por educadores del programa.

Los resultados que presentamos a continuación se basan sobre todo en el primer grupo compuesto por jóvenes de 14 a 16 años, del segundo es complicado extraer conclusiones relevantes debido a la baja afluencia de jóvenes.

Aunque el ambiente creado fue bueno, se mostraron bastante dispersos y se distraían con facilidad, les costaba expresarse en voz alta a todos y profundizar en cualquier tema, aún así se obtuvieron algunos datos muy interesantes:

Opinión sobre el programa

Es positiva aunque varios han estado presentes en pocas actuaciones. Valoran que aunque hay informaciones que les dan en los institutos con los educadores tienen confianza para hablar, preguntarles y opinar. Cuentan que al principio al ver a los educadores se sorprendían pensando que eran policías, pero enseguida los veían como cercanos y accesibles, pasando a ser agentes de ayuda y valoran el buen trato recibido por ellos.

Sobre la cantidad o frecuencia de las intervenciones opinan que les parece bien que sean cada fin de semana y se realicen en su espacio de reunión y ocio, afirmando que no les molestan, al contrario,

que pueden servirles de apoyo, información o ayuda. Destacan, más que la labor educativa, la posibilidad de ayuda en los momentos de crisis, como figuras responsables si ocurre algo.

Comentan que no han entrado en las páginas web recomendadas, tan sólo una chica había entrado en alguna página buscando información.

Sobre lo que habían aprendido

Sobre todo recuerdan la intervención en caso de intoxicaciones graves. Afirman que han tenido un cambio de actitud en este sentido, observan las actitudes perjudiciales en los demás y han aconsejado a compañeros. Tienen más presente el tema del alcohol y la conducción, aunque ninguno está en edad de poder tener el carnet. No recuerdan claramente otras recomendaciones acerca de cómo reducir los riesgos, pautas preventivas de consumo, pero sí recuerdan el etilómetro y el cooxímetro que les han ayudado a reflexionar sobre los consumos. En el primer grupo no habían comentado la campaña con otros compañeros, padres, o profesores; en el segundo lo habían hecho con sus padres, mostrándoles que en este espacio de consumo hay figuras responsables.

Propuestas y participación: demandan sobre todo un espacio para ellos, donde poder estar en general, hacer lo que hacen siempre, también beber, fumar... sin proponer otras alternativas de ocio diferentes. Se muestran dispuestos a colaborar con los educadores en posibles acciones futuras y en general se muestran contentos y agradecidos por haber contado con ellos para esta actividad. Les parece interesante que estemos presentes en las redes sociales, ellos utilizan sobre todo Tuenti.

Discusión

Una vez implementado y evaluado cualitativa y cuantitativamente, en parte, el programa Piensa La Noche varios son los hallazgos que

hemos ido encontrando y que a lo largo de toda la andadura del programa nos han ido dando las claves para ir modificando actuaciones con el fin de conseguir nuestro objetivo general, disminuir comportamientos arriesgados asociados al consumo de alcohol en entornos de consumo de La Rioja a través de estrategias educativas.

Parece que se ha comprobado que el envío de mensajes a través de bluetooth no es eficaz para el fin de aumentar la percepción de riesgo del consumo abusivo de alcohol. Los jóvenes no suelen tener activado el bluetooth, dicen que gasta mucha batería y no se fían de lo que se les pueda enviar (piensan que es publicidad o algo así). Por esta razón, al principio del programa se enviaban mensajes utilizando esta vía y se decidió cambiar el modo de transmisión de información debido a su baja incidencia.

Nuestra intención inicial era dirigir el programa a mayores de 18 años pero al comenzar sus intervenciones los educadores vieron que los consumos más problemáticos ocurrían en jóvenes menores, consumían bebidas de alta graduación y en atracón habitualmente; además eran los más receptivos a conversar y escuchar las informaciones de los educadores. Con todos los jóvenes las intervenciones más productivas se produjeron en las primeras horas de la noche, al ser entonces los grupos de menos personas y no haber consumido mucho alcohol.

En cuanto al objetivo general de disminuir los comportamientos arriesgados debidos al consumo los educadores han ido observando cómo algunos grupos tienen en cuenta los consejos de reducción de daños y riesgos que les han facilitado en intervenciones anteriores: por ejemplo en un grupo comentan que hacen las mezclas bien, para que tenga buen sabor y beberlo a gusto y no emborracharse pronto. En cuanto a los riesgos que los jóvenes perciben, los educadores planteaban situaciones durante sus intervenciones: conflictos con los vecinos, la violencia – peleas y las relaciones, sociales y sexuales, no

seguras. Vieron que a los mayores de 16 años les cuesta asumir que consumir alcohol tiene ciertos riesgos, aseguran que controlan, que son los pequeños los que más se pasan.

También hemos observado que aunque los jóvenes habitualmente muestran su descontento por los espacios y actividades de ocio con los que cuentan, sin embargo, cuando les hemos preguntado por otras alternativas no siempre encuentran respuesta. Aunque, como ya hemos señalado con anterioridad, no todos los jóvenes que acuden al botellón o a los chamizos lo hacen con el objetivo de beber, siendo más bien espacios de relación y de encuentro con amigos.

Señalar que a través de las distintas evaluaciones sabemos que el programa ha tenido una buena acogida pero hay que ser conscientes de la dificultad de evaluar el impacto de este tipo de intervenciones. Al ser actuaciones dirigidas a lugares de ocio nocturno es muy complicado obtener resultados en tan sólo seis meses de actuación. Hay que tener en cuenta la importancia de la continuidad de estos programas para conseguir los objetivos.

Lo que se constata sin ningún género de dudas es la necesidad de los adolescentes de hablar con adultos de estos temas desde un punto de vista que no implique censura y prohibición, sino escucha, aceptación y atención a sus necesidades y demandas y consideramos que es en esta parte donde Piensa La Noche está interviniendo, aún a sabiendas de que todavía nos queda mucho camino por recorrer. Los jóvenes reconocen y agradecen la presencia de los educadores en los entornos de consumo pero como figura de ayuda, a la que puedan acudir en caso de necesidad. Les parece importante el contacto “cara a cara”, con una persona joven y formada que les dé confianza para hablar de ciertos temas. Una vez establecido el contacto cara a cara y la relación de confianza sí que plantean la posibilidad de poder contactar con esa persona a través de las redes sociales, a modo de un “tutor de salud” al que poder realizarle consultas.

Conclusiones

El acercamiento a los jóvenes en sus entornos de consumo para ejercer una intervención educativa sobre la reducción de riesgos y daños es bien aceptado y valorado. Aunque quedan pendientes evaluaciones más pormenorizadas, parece que la percepción de la utilidad de esta estrategia es mayor que la ofrecida por los sistemas tradicionales de prevención e información.

Los colectivos que más parecen beneficiarse de la intervención y para los que puede ser de mayor utilidad son especialmente los jóvenes del segmento entre 14 y 16 años, percepción corroborada por los propios jóvenes de mayor edad en esos entornos de consumo. Esto por las formas de consumo compulsivo y el desconocimiento de los riesgos del consumo abusivo; así como el desconocimiento también de la legislación en esta materia y las consecuencias de sus actos.

La presencia del educador/a como una figura cercana, de confianza, percibido/a como un “igual”, en actitudes no paternalistas y como competente en la materia, ha abierto la comunicación de los jóvenes hacia los temas de la salud que más les interesan. Este hecho es necesario tenerlo en cuenta para futuras estrategias de intervención.

Si bien estos son algunos de los puntos fuertes del programa señalar que somos conscientes de la dificultad que tiene evaluar el impacto de este tipo de intervenciones, sobre todo sabiendo que algunos de nuestros objetivos específicos como facilitar el desarrollo de competencias en los jóvenes para gestionar las conductas adecuadas a cada situación, promover el consumo menos perjudicial de alcohol y disminuir su implicación en comportamientos de riesgo asociados al consumo (conducción bajo los efectos del alcohol, relaciones sexuales sin protección, etc.) necesitan ser evaluados a largo plazo. En general la evaluación debe ser rigurosa y combinar

medidas cualitativas con otras cuantitativas, ya que no siempre la aceptación de una estrategia conlleva repercusiones en los indicadores de la evaluación como son la disminución de las urgencias por alcohol en urgencias sanitarias. Sin embargo la aceptación de la estrategia es una condición “sine qua non”, ya que sin ella no se puede continuar.

Los retos futuros apuntan a un mejor conocimiento de las variables que pueden operar en que la estrategia de acercamiento a los entornos de consumo sea más eficaz en términos de reducción de riesgos y daños. Tales como variables de frecuencia de acercamiento de educadores, horarios, lugares e incentivos para la participación; pero también la combinación de esta estrategia con la intervención simultánea con las familias de los jóvenes, o acuerdos para implicar a la hostelería para reducir al máximo el consumo en la vía pública.

Bibliografía

- BELLIS, M.A. Y HUGHES, K. (2003): Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones*, vol. 15, Supl. 2.
- COMAS, D. (2003): *Jóvenes y estilos de vida*. Madrid: FAD/INJUVE.
- GOBIERNO DE LA RIOJA (2008): *Encuesta sobre consumo de drogas en jóvenes de La Rioja, 2008*. Logroño: Gobierno de La Rioja.
- GOBIERNO DE LA RIOJA (2009): *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Logroño: Gobierno de La Rioja.
- GOBIERNO DE LA RIOJA (2009): *II Plan de Salud La Rioja 2009-2013*. Logroño: Gobierno de La Rioja.
- GORDO, A. J. (2006): *Jóvenes y cultura messenger*. Madrid: FAD/INJUVE.
- INSÚA, P. Y GRIJALVO, J. (2000): Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del psicólogo*, nº 7, pp. 33-45.
- MACHÍN, J. (2009): Propuesta heurística hacia un modelo teórico de la reducción de daños asociados al consumo de drogas.
- MÁRKEZ, I. Y PÓO, M. (1998): Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento. *Psiquiatría pública*, vol. 10, Nº 6, noviembre-diciembre.
- MARLATT, G. (1998): Reducción del daño: principios y estrategias básicas. Ponencia presentada en el V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz.

MEGÍAS, E. Y ELZO, J. (2006): Jóvenes, valores, drogas. Madrid: FAD.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2008): Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Madrid.

PORTERO, P. CIRNE, R. Y MATHIEU, G. (2002): La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Revista española de salud pública*, nº 5, 76: 577-584.

ROMANÍ, O. (2008): Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Buenos Aires: Salud Colectiva*, 4 (3):301-308, septiembre-diciembre.

VALVERDE, C., PI, J. Y COLOM, J. (2003): Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, vol. 15, Supl. 2.

Programa “Tú decides”.

Prevención y dinamización juvenil en contextos de ocio nocturno

JUAN FRANCISCO MONTALVO ORTEGA

Resumen

El Programa “Tú decides” está financiado por la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y el Ayuntamiento de Tarancón y puesto en marcha a través del Plan Municipal de Drogas. Tiene su génesis en 2005 y continúa actualmente, aunque su cobertura ha variado por cuestiones presupuestarias. Así se ha pasado de una cobertura anual a una cobertura que va de los meses de mayo a septiembre (5 meses). Se trata de un dispositivo itinerante en zonas de ocio nocturno. Las intervenciones en medio abierto las realizan cuatro educadoras que fueron seleccionadas tras un curso de formación y que trabajan en parejas cada fin de semana. El programa se realiza los viernes y sábados en horario de tarde y noche y está dirigido a jóvenes de 14 a 30 años.

Los objetivos que nos planteamos son: prevención de consumos de drogas en espacios de ocio nocturno, dinamización juvenil, reducción de riesgos y daños en población juvenil, intervención comunitaria con menores y sus familias y potenciar el trabajo en red con recursos públicos y privados.

Tras la finalización del programa se efectúa una evaluación de las intervenciones para determinar sobre todo los aspectos metodológicos, de diseño y de aplicación a corregir.

En 2011 se llevaron a cabo 1.290 intervenciones con 2.597 usuari@s.

Palabras clave

Prevención, medio abierto, espacios de ocio nocturno, dinamización juvenil, menores en riesgo, reducción de riesgos y daños

Abstract

The programme “Tú decides” (You decide) it is an itinerant device in areas of night leisure, which is carried out by four educators trained for this kind of work.

This resource is directed to young people from 14 to 30 years old. The educators offer information and advice about some substances and their risk of consumption. They also give information about associated risks (for example healthy sexuality, driving, fights...), detection and derivation of under-18s in risk situation, information about different options of healthy leisure, training and support depending on their needs, requests, alternative activities promoted by themselves, etc. This device also intends to give information about the matter to the staff of clubs, pubs, discos or even leisure and culture centres. The objectives we have are risk and harm reduction, community intervention with implication of young people and their families and team work with local resources on issues such as health, social integration, specially with public resources but also with private help.

Keywords

Prevention, open environment, nightlife spaces, dynamic young, children at risk, risk and harm reduction

Breve reseña

En este documento hemos pretendido hacer un balance de la evolución del programa “Tú decides” desde los momentos anteriores a su

génesis (2006) hasta la situación actual (2011), centrándonos en su puesta en funcionamiento.

Con este recorrido y sobre todo con la descripción de su nacimiento, pretendemos potenciar la implantación de otros programas o intervenciones dentro del ámbito de la educación de calle en espacios de ocio nocturno.

Fundamentación

El marco para nuestra acción viene determinado por dos aspectos esenciales, a saber: la realidad social a la que hacer frente y nuestras decisiones en torno a los cómo y porqués de la acción a llevar a cabo. Con respecto al primero de ellos, partimos de las constataciones que nos ofrecen los estudios sobre ocio, tiempo libre y juventud, así como del conocimiento acumulado tras años de experiencia por nuestro propio equipo de trabajo y por los técnicos municipales de otras áreas. Con respecto al segundo, explicaremos el fundamento teórico-práctico de nuestra proyección a partir del marco de la educación social y el desarrollo comunitario.

En función de ambos aspectos definiremos la finalidad de nuestro programa.

Realidad Social

Revisamos brevemente los dos factores principales para orientar la acción a realizar: consumo de drogas entre los jóvenes y contextos y recursos de ocio juvenil en Tarancón.

El consumo de drogas entre los jóvenes

En el caso concreto de Tarancón, contamos con los datos de la investigación realizada a través de un convenio de investigación I+D+I entre la Universidad de Castilla La Mancha y el Plan Municipal de Drogas de Tarancón, con el objetivo de conocer en profundidad la realidad de los y las jóvenes en relación con el consumo de drogas (Yubero S. et al. 2004). Se centra en chicos y chicas de 12 a 18 años y de ella pueden extraerse los siguientes apuntes:

- El alcohol es la sustancia que más han probado los jóvenes y cerca del 60% lo han hecho antes de los 15 años. Las otras sustancias más probadas son el tabaco y los porros.

- Las razones para probar por primera vez el alcohol son, mayoritariamente, de tipo social (les han invitado, ha sido en una fiesta, etc.) A edades más avanzadas (16-18 años) cobra fuerza la idea de divertirse (35% de los encuestados).
- La peligrosidad para la salud que se atribuye a las drogas es, en aproximadamente un 25% de los encuestados, baja. Un 22% la consideran bastante, un 52% alta. En el tramo de mayor edad (16-18 años) esta consideración de peligrosidad desciende con respecto a la media de forma notoria.
- La sustancia que se percibe como más peligrosa es la cocaína, seguida de las pastillas, los porros y el tabaco. Se atribuye poca peligrosidad al alcohol.
- El alcohol es la droga más consumida, normalmente en fines de semana. El tabaco se consume en menor medida pero a diario.
- A mayor edad (16-18 años frente a 13-15) se duplican y triplican los porcentajes de consumo de las distintas sustancias.
- Los consumos se producen de forma muy predominante en los lugares de diversión (salvo el tabaco, habitual también en casa y en el instituto).
- La mitad de los y las jóvenes de entre 16 y 18 años dice que podrá dejar las drogas que consume con toda facilidad. La mitad de los encuestados cree que no tendrá ningún problema en el futuro por consumir alcohol (70% en el grupo de 16-18 años y 30% en el de 13-15 años).

- Los problemas más destacados por el consumo de alcohol son riñas y discusiones (10%), conflictos con los padres (6%), peleas y agresiones (5%) y absentismo escolar (3%). Para un 35,9% de los jóvenes no hay ningún problema asociado. Sólo el 2,6% apuntan problemas de salud y el 1,6% accidentes de circulación.
- Cuando se les pregunta sobre su propio consumo, la percepción que muestran es menor que el consumo que realizan. Los consumidores esporádicos se sitúan a sí mismos en consumir poco; los habituales en consumir lo normal.

Este último dato es muy llamativo porque muestra que los y las jóvenes adscriben al consumo de drogas un estatus de normalidad que como es obvio contribuye a frenar la modificación de estas conductas.

Y en este mismo sentido es importante tener en cuenta, como conclusión, que a pesar de los esfuerzos de los programas de prevención:

- Existen muchos jóvenes que experimentan con consumos.
- Sigue siendo necesario dar información objetiva sobre efectos positivos y negativos.
- Es importante orientar a estos jóvenes sobre estrategias de reducción de riesgos y daños, ya que algunos problemas asociados al consumo pueden evitarse con un trabajo informativo.
- Muchos jóvenes no conocen recursos especializados y/o no los utilizan.

Contextos y recursos de ocio juvenil en Tarancón

La otra línea que da forma a la necesidad del proyecto de trabajo que aquí se plantea hace referencia a la realidad del ocio juvenil en Tarancón, especialmente en cuanto a las posibilidades existentes y los hábitos de diversión más comunes, el fenómeno de las *peñas* y a las zonas habituales de ocio. Las tres cuestiones han de tenerse en cuenta para comprender la idoneidad de la actuación que planteamos, y también habrán de estar muy presentes en cada fase de ejecución del proyecto.

En cuanto a las posibilidades de ocio puede afirmarse que, salvo en la época de verano, la oferta de la que disfrutaban los jóvenes hacia un ocio diferente, tanto pública como privada, es muy escasa; existen pocas actividades que realizar y no resultan atractivas para que los jóvenes se involucren en ellas. Así, los hábitos de diversión (ya aludidos en el epígrafe anterior) se concentran en diferentes zonas, bares, discotecas y pubs de la población; en ellos, como se ha dicho, se consumen diversos tipos de sustancias, legales o no.

Estas zonas habituales de ocio son varias en Tarancón, y en cada una de ellas se ubicaría, de forma itinerante, el dispositivo de mediación y dinamización juvenil de este proyecto. En su primera fase se definirán al detalle las zonas, hábitos de los y las jóvenes, y horarios, a la vez que comenzaremos a tener presencia en ellas para así posibilitar el logro de nuestra finalidad.

Estrechamente relacionado con todo ello, las *peñas*. Fenómeno que tiene una larga tradición en Tarancón, como forma que tienen los jóvenes de la localidad de pasar entre amigos y amigas el periodo de fiestas patronales. Es muy común que en tal periodo, mes de septiembre, todos los jóvenes de la localidad de edades comprendidas entre los 12 y los 25 años consigan o alquilen casas antiguas, a las que denominan *Peñas* al igual que a la propia agrupación de chicos y chicas, para disfrutar y montar sus propias fiestas privadas, al margen de la fiesta organizada por el Ayuntamiento.

Aunque en principio dichas *peñas* son sólo alquiladas por los jóvenes en la época de fiestas, en muchas ocasiones pueden disfrutar de ellas durante todo el año. Así, en la actualidad estimamos que existen un total de cinco a diez *peñas* abiertas durante todo el año. Los chicos y chicas de Tarancón acuden a cualquier hora del día a ellas. Algunas veces las aprovechan para dejar de ir a clase, otras veces para pasar las tardes con sus amigos o para empezar la fiesta antes de salir de juerga los fines de semana.

Se convierten en espacios privados para estos jóvenes, en donde crean su mundo, sus formas de comunicarse, su ocio, buena parte de su conocimiento y creencias sobre las relaciones, la sociedad, etc. Allí están solos con sus amigos y suelen pasar el tiempo escuchando música, charlando y gastando bromas. El consumo de tabaco, alcohol y otros tipos de sustancias es práctica relativamente normal.

Por tanto, son las *peñas* un contexto idóneo para nuestra actuación desde tres puntos de vista:

- Como mecanismo de difusión, información y prevención de los riesgos asociados a los consumos.
- Como lugar de enganche y conocimiento de los propios jóvenes, de sus intereses, ideas, preocupaciones y deseos.
- Y como elemento dinamizador de la necesaria promoción de nuevas alternativas de ocio y tiempo libre a partir de sus propios intereses.

Fundamentos teórico prácticos

Educación no formal y dinamización comunitaria en contextos de ocio

La propuesta que realizamos para trabajar en este contexto consiste en realizar una labor de educación social en medio abierto con

adolescentes y jóvenes. Con ellos se trabajarían objetivos de prevención del uso problemático de drogas, educación sexual y prevención de la violencia juvenil, desde la educación social “no formal”. También se realizaría una labor de “puente” entre el trabajo con el grupo en el medio abierto y su participación paulatina en recursos de la comunidad.

Entendemos que los mediadores (dinamizadores, educadores) sociales son factor clave en prevención comunitaria. Como agentes sociales de cambio, se convierten en figuras en las que la comunidad puede apoyarse para dar cauce a sus mejoras. Su fundamento está en un contacto estrecho, cercano y empático con la población objetivo, como forma de hacerle llegar los mensajes preventivos. La estrategia comprende no sólo la atención directa por parte del profesional, sino también la derivada a través de la formación e información con personas cercanas al colectivo con el que se quiere intervenir; así son estas personas las que hacen llegar, de forma muy comprensible, los mensajes preventivos. De esta manera, la realización de intervenciones adecuadas al contexto particular logra una mayor eficacia.

Entre las potencialidades de este tipo de estrategias encontramos:

- Un elevado conocimiento de las características del medio en el que actúan.
- La posibilidad de detectar intereses, necesidades, actitudes y capacidades de las personas con las que trabajan.
- La oportunidad de incorporar la prevención de forma cotidiana a las distintas actividades sociales naturales.

Bases teórico-prácticas en prevención desde los contextos de ocio

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta aquí, los mediadores/dinamizadores sociales encargados de desarrollar el proyecto

partirán de una serie de nociones profesionales que sustentan su trabajo. En función de variables como los objetivos de la intervención, el momento evolutivo, el nivel de conocimiento de las sustancias, el tipo de relación con ellas o el grupo diana, será importante contar con una base teórico práctica en materia de prevención. A saber:

- *Educación para la salud*: la información y la formación se utilizan en la educación para la salud como estrategias específicas en el proceso de aprendizaje de hábitos y comportamientos saludables. Ello contribuye a la prevención del uso problemático de drogas, así como de otras conductas de riesgo.

- *Modelo de competencia* (Costa y López, 1992): de manera general, las competencias hacen referencia a los hábitos, habilidades, actitudes, expectativas, capacidades para la solución de problemas y toma de decisiones que el individuo tiene. Desde ellas, un objetivo fundamental de la intervención son los recursos y oportunidades, su potenciación y redistribución en la población y las organizaciones y agentes sociales de la comunidad. La acción social y educadora se convierte así en rentabilizadora de las propias capacidades de la comunidad, promoviendo su difusión y aprendizaje por parte de las personas que la componen.
En el trabajo de los educadores con los menores, jóvenes y sus familias, la herramienta básica será la *educación social*, tanto de calle (medio abierto, contextos de ocio) como en los recursos y locales de trabajo. Esta acción se basa sobre todo en el modelo de competencia social, el cual concibe la ayuda como un proceso orientado al crecimiento y el desarrollo personal de forma que se vaya reduciendo la necesidad de la misma ayuda.

- *Teoría del aprendizaje* cognitivo social: explica la adquisición y mantenimiento del consumo de drogas mediante el

modelado, el refuerzo social que proporciona el entorno (amigos, moda...), las expectativas de resultado aprendidas (efectos esperados) y el efecto (agradable o aversivo) de las sustancias en el organismo.

- Para la prevención selectiva y la detección precoz, el modelo de *Reducción de Daños* y la *Teoría para la conducta de riesgo* de los adolescentes de Jessor (1991).
- Además, en el programa de prevención que proponemos se trabaja básicamente con una metodología comunitaria, ya que el programa estaría incardinado con la red de recursos sociales del municipio y se coordinaría estrechamente con los programas de salud, educación y juventud. La participación comunitaria es el proceso por el cual los miembros de una comunidad participan activamente en los programas o actividades que se llevan a cabo en interés de una comunidad (Turabián, J.L., 1991).
- La O.M.S. define la *participación comunitaria* como un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y sobre su capacidad de actuar en el desarrollo comunal. Implica que todos los sujetos de una comunidad pueden colaborar activamente e influenciar en el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo.
- *Prevención selectiva*: la intervención selectiva se basa en la premisa de que podemos identificar grupos vulnerables y realizar acciones que reduzcan el riesgo de llegar a cronificar sus problemas. De esta manera se reduce y previene de forma selectiva la necesidad de una intervención asistencial.

Desde ese conjunto de principios teóricos y prácticos, los mediadores sociales del Programa “Tú decides” desarrollarán su trabajo en tres líneas principales: prevención en los contextos de ocio, detección de casos de riesgo y dinamización comunitaria. Su finalidad y objetivos se exponen a continuación.

Objetivos

Poner en marcha durante el año 2006 un programa piloto de actuación en materia de prevención de riesgos asociados al consumo de drogas y dinamización comunitaria para la reducción de los mismos durante este primer año, posibilitando además su integración en la red de recursos, profesionales y naturales de la comunidad y su valoración al término para el ajuste y continuidad en años sucesivos.

Objetivos generales

- Prevenir los riesgos asociados al consumo de sustancias en el fin de semana, disuadir su consumo o retardar su inicio.
- Detectar casos de riesgo y trabajar con ellos y/o derivarlos a recursos apropiados.
- Dinamizar la comunidad para la prevención selectiva de consumos y riesgos asociados y para la promoción de nuevas alternativas de ocio, cultura y tiempo libre.
- Coordinar el programa con los demás recursos profesionales y/o formales de la localidad (centros educativos, recursos de salud, juventud, servicios sociales, asociaciones, etc.).

Objetivos específicos

- Ofrecer **información y orientación** relacionada con el consumo de drogas y otros riesgos, asociados a jóvenes en espacios de ocio nocturno.
- Reforzar la posición de **jóvenes no consumidores**.
- Favorecer un **uso responsable** de aquellos que deciden consumir.
- Ofrecer información sobre **alternativas de ocio saludable** desarrolladas por el Ayuntamiento de Tarancón o por otros colectivos o grupos.
- Propiciar la **difusión estable de materiales** relacionados con la prevención en los espacios frecuentados por los jóvenes.
- Detectar de forma precoz la situación de chicos y chicas en **situación de riesgo** por el consumo de drogas, establecer una relación constructiva con ellos y sus familias y habilitar los cauces apropiados para el afrontamiento de estas situaciones.
- Establecer **lazos de colaboración y trabajo conjunto** con las *peñas* (u otros grupos naturales de la comunidad potencialmente fuertes en la movilización del ocio juvenil) en materia de prevención de riesgos y consumos y creación de alternativas de ocio.
- Formar a **mediadores sociales naturales** para la prevención del uso de drogas.

- Desarrollar **materiales de información** (folletos, carteles, pegatinas, vídeos), con las aportaciones de jóvenes y mediadores del contexto comunitario.
- Sensibilizar a los **responsables y trabajadores** de locales nocturnos de las zonas de intervención.
- Acordar los **cauces de coordinación** adecuados con los recursos profesionales y formales de la localidad y zona de influencia.
- Diseñar estrategias de **acción conjunta**.

Todo ello cobrará un grado más significativo de operatividad en las páginas que siguen, así como en la primera fase de trabajo directo del proyecto.

Destinatarios

- Adolescentes y jóvenes de entre 14 y 30 años que frecuentan zonas de ocio durante los fines de semana; jóvenes consumidores (experimentales o de fin de semana) y jóvenes no consumidores.
- Otros jóvenes que, sin participar en esas zonas de ocio, quieran o puedan contribuir al desarrollo del proyecto.
- Jóvenes en situación de riesgo y sus familias.
- Trabajadores de bares y discotecas.
- Profesionales (en cuanto es preciso responder a la necesidad de coordinación permanente) de otros servicios, públicos o privados, de carácter social.

Temporalización

Inicio y presentación del proyecto (diciembre de 2005 - enero de 2006)

- La convocatoria del curso de formación y selección de l@s cuatro educadores-as/dinamizadores-as de calle se hizo en el mes de diciembre de 2005, previamente a la puesta en marcha del programa.
- Reuniones con los responsables del Plan Municipal de Drogas.
- Presentación del proyecto y acuerdos con los agentes sociales implicados (policía local, asociaciones juveniles, AMPAs, centro de salud, centro social, centros educativos con alumnado a partir de 12 años, Centro de Prevención, Orientación e Información Sociosanitaria...).
- Intervenciones de calle para iniciar los contactos con los grupos.
- Visitas a las *peñas* y otros grupos naturales de población.

Análisis previo de necesidades (enero y febrero de 2006)

- Revisión de la documentación disponible.
- Conocimiento de las “líneas base” que permitan evaluar el desarrollo del Programa en la evaluación final (casos de accidente o necesidad de recurrir al centro de salud u otros recursos por consumos, revisión de la encuesta sobre consumos, etc.).
- Contactos necesarios para conocer la realidad del ocio nocturno juvenil en el municipio de Tarancón y ajustar los obje-

tivos específicos, hacer una definición inicial de los operativos y determinar los espacios y horarios de la intervención.

- Contactos para conocer los recursos alternativos existentes.

Diseño y ejecución de las rutas del dispositivo (todo el año)

- Diseño de las rutas del dispositivo para el fin de semana de acuerdo al análisis previo de necesidades.
- Presencia del dispositivo en espacios festivos frecuentados por jóvenes.
- Transmisión de información a través de estrategias de educación social (sexualidad, conducción, drogas, reducción de riesgos...).
- Apoyo a los y las jóvenes para resolución de conflictos y situaciones difíciles.
- Detección de casos de riesgo y trabajo consecuente con ellos.

Sensibilización, creación de redes, promoción comunitaria (desde febrero/marzo hasta final de 2006)

- Sensibilización a los trabajadores de locales de ocio (bares y discotecas).
- Mantenimiento y profundización de los contactos con las *peñas*, generación de propuestas y concreción y ejecución para los últimos meses de 2006 o para 2007 y años sucesivos.
- Diseño y difusión de materiales preventivos relacionados con riesgos y su gestión por parte de los jóvenes, realizados por instituciones.

- Cuestionarios sobre drogas y riesgos asociados a su consumo entre jóvenes y adultos significativos de la comunidad y dispuestos a colaborar. Diseño de estrategias de sensibilización grupal (por ejemplo, *Método Delphi*).
- Búsqueda y formación de jóvenes mediadores que colaboren en la transmisión de información entre sus amigos y conocidos (efecto *bola de nieve*).
- Difusión de los materiales preventivos desarrollados por los jóvenes y mediadores.
- Asesoramiento sobre recursos especializados relacionados con los jóvenes.
- Recogida de información que permita el ajuste de las intervenciones y oriente una descripción actualizada sobre zonas de venta, ocio y consumo de drogas, nuevas pautas...

Evaluación intermedia (junio/julio de 2006)

- Reuniones con los distintos técnicos municipales y/o de la iniciativa privada para valorar el ajuste y desarrollo del programa en esta primera fase.
- Recogida de sugerencias de mejora.
- Trabajo en equipo de coordinación del programa.
- Elaboración de un breve informe y elevación del mismo.

Coordinación continuada (todo el año)

- Contactos con los distintos recursos y profesionales de interés para el programa.

- Establecimiento de calendarios y cauces de coordinación y colaboración.
- Reuniones según lo acordado.

Evaluación final y memoria (noviembre/diciembre de 2006)

- Reuniones con los distintos técnicos municipales y/o de la iniciativa privada para valorar el ajuste y desarrollo del programa en este primer año.
- Recogida de sugerencias de mejora y ajustes.
- Recogida de datos y comparación con “línea base”.
- Trabajo en equipo de coordinación del programa.
- Elaboración de la memoria final y entrega de la misma.
- Valoración de la continuidad del programa en función de criterios objetivos o de consenso sobre el mismo.

Metodología

Para lograr los objetivos es necesario partir de determinadas estrategias metodológicas propias de la educación social en medio abierto:

- Información veraz y objetiva sobre consumos, adaptada a las necesidades reales de los jóvenes. Información sobre los riesgos del consumo de drogas, sugerencias para detectar y evitar efectos adversos cuando se consume y dónde buscar atención especializada si es oportuno.
- Presencia y acceso a sus propios espacios.

- Transmisión de información a través de su grupo de iguales y mediadores sociales.
- Relación definida desde el respeto (sin juzgar) y la aceptación del joven como persona capaz de tomar decisiones.

Las herramientas con las que contaremos para el desarrollo de la intervención son:

- Diseño de las rutas y objetivos mensuales.
- Cuaderno de campo de cada educador.
- Ficha de evaluación del fin de semana.
- Informe de seguimiento mensual.
- Además y conforme vaya avanzando el trabajo será precisa la utilización de otra serie de fichas y registros: registro de reuniones, fichas de seguimiento personalizado, etc.
- Por otra parte contaremos con el diseño de acciones formativas en caso oportuno, así como con cualesquiera otras herramientas de programación, evaluación y ejecución que según vayan tomando forma las acciones de sensibilización y dinamización comunitaria vayan siendo necesarias.

Cuestiones organizativas

Localización y horarios

- Rutas diseñadas de acuerdo con el análisis previo de necesidades.
- Los lugares a visitar pueden ser: plazas, zonas de ocio nocturno, alrededores de discotecas y bares frecuentados por jóvenes.

- Eventos especiales.
- En principio la intervención en espacios de ocio nocturno se desarrollará los viernes y sábados en la tarde-noche.
- Las reuniones con agentes sociales se realizarían durante la semana en horario de mañana o tarde (adaptado a sus posibilidades según el análisis de la fase inicial del programa).
- Las visitas a las *peñas*, grupos de jóvenes, familias, etc., se organizarán también en función de esta realidad.

Periodo de ejecución y temporalización

Proponemos la ejecución de este proyecto, de forma piloto, durante un año. Transcurrido este periodo se realizará una evaluación que determinará la continuidad o no del proyecto, así como los ajustes pertinentes.

Los detalles de temporalización por fases y actividades ya se han desarrollado anteriormente.

Coordinación

Como se ha dicho anteriormente, ésta será continuada y basada en una cooperación estrecha entre recursos, así como en el establecimiento de redes y canales de apoyo y dinamización.

Coordinación institucional, según calendario, con los diferentes recursos (Centro Joven, Centro de Salud, Centro de Información y Orientación Sociosanitaria, Centro Social, Programa de Educación de Calle, centros educativos en su caso, policía...)

- Evaluación y revisión en las distintas fases y actividades y según operativización definida en la fase inicial de análisis de realidad.
- Realización de informes y Memorias.
- Resolución de problemas.

Recursos humanos y distribución de funciones

Para todas las tareas restantes, las no enumeradas en el apartado anterior (intervención directa con jóvenes, apoyo y orientación a familias, contacto y trabajo con las *peñas*, trabajadores de bares y discotecas, etc.), el equipo del programa repartirá sus funciones de forma equilibrada y tendiendo, especialmente en los seis primeros meses, al trabajo conjunto.

Este equipo estará compuesto por cuatro educadores / dinamizadores / mediadores sociales comunitarios. Trabajarán en parejas, alternándose los fines de semana, excepto cuando haya que cubrir grandes eventos (conciertos, etc.), que trabajarán l@s cuatro educadores/as. La distribución horaria de sus funciones es: viernes de 21:00 a 01:00 y los sábados de 21:00 a 03:00. A estos horarios hay que sumar las reuniones de coordinación a lo largo de la semana (como mínimo una por semana). Estos horarios se modificarán en función de la realidad en la que se interviene.

L@s educadores/as van identificad@s, así como “uniformad@s”, polo y/o sudadera y mochila naranja (de hecho el programa se define “como l@s de las mochilas”. Cuentan con un móvil para atender llamadas.

Además, como es obvio, el programa requiere de la colaboración y apoyo permanente de otros agentes sociales (servicios sociales, educadores de calle en horario de mañana y tarde (lu-

nes a viernes), policía local, animadores, profesorado, técnicos juveniles...).

Situación actual (2011)

En la actualidad y desde el año 2010, el programa “Tú decides” se redujo en el tiempo por cuestiones presupuestarias. Tras un análisis de la situación se decidió centrarlo en los meses de junio a septiembre, ambos inclusive, motivado por la mayor presencia de jóvenes.

Se sigue trabajando con cuatro educadoras de calle que trabajan por parejas y que se alternan los fines de semana.

La intervención, al igual que un árbol, ha generado otras ramificaciones, bien en derivaciones a otros servicios: Centro de Día: adolescencia y familia, Centro de la Mujer, Servicios Sociales, Oficina Municipal de drogas, Centro de Adultos, Centro de especialidades, etc.; bien en talleres y cursos formativos demandados por l@s propios jóvenes: talleres de escalada, fotografía, diseño de páginas web, talleres de cuero, curso de formador de formadores, etc.

El trabajo con familiares de menores consumidores no se ha podido llevar a cabo, ya que la ordenanza municipal de convivencia, que elaboró la Comisión técnica sobre Drogas, y donde se regulaba la implicación de los jóvenes y sus familias no fue aprobada en Pleno. Ésta era la herramienta que posibilitaba la participación de las familias en talleres informativos - formativos sobre drogodependencias, habilidades sociales, técnicas de control emocional, etc.

Análisis de resultados

Analizando las intervenciones podemos apreciar un gran impacto del programa en cuanto a usuarios y usuarias del mismo, intervenciones realizadas, participación, solicitudes de información, así como aceptación del mismo y de las educadoras, etc.

Entre las intervenciones realizadas destaca la informativa, favoreciendo así que l@s jóvenes puedan tomar sus propias decisiones sabiendo que disponen de la información que necesitan para ello. Los demás tipos de intervenciones directas llevadas a cabo por las educadoras, si bien son por su propio carácter mucho más minoritarias, demuestran también la necesidad de un recurso de estas características.

Otro dato relevante que se observa es que la mayoría de usuarios son chicos. Se ha trabajado más con población masculina que con población femenina. Se ha observado a lo largo del programa que las chicas resultan más cerradas a la intervención y menos confiadas.

Desde el programa se han recibido 308 solicitudes de información (por iniciativa propia de cada uno de los jóvenes), lo que muestra una gran aceptación del programa por parte de la población joven.

Merece también la pena destacar en los aspectos de dinamización el resultado conseguido con la conformación de asociaciones juveniles que pueden dinamizar la vida joven de la localidad, a la vez que minimizar las malas impresiones que sobre este sector de población pueden tener los restantes. Antes de la implantación del programa había 5 asociaciones juveniles, en la actualidad hay 18 y un Consejo de la Juventud. Además, es significativa la relación trabada con las *peñas*, que es también vehículo dinamizador de desarrollo del programa.

Equipo

El equipo está constituido por cuatro educadoras, que desempeñan las funciones establecidas en el programa. Su trabajo se ha distribuido de la siguiente manera:

- Fin de semana (noche viernes y sábado): itinerarios de noche (educación de calle), prevención, información y actividades puntuales. Este trabajo es llevado a cabo por las edu-

adoras de calle que trabajando por parejas se intercambian los distintos fines de semana.

El hecho de que el equipo esté formado por cuatro personas ha facilitado la consecución de algunos objetivos y ha aumentado la capacidad de acción y el número de personas atendidas por el programa, en el que se realiza el siguiente itinerario:

21:00 a 23:00 Av. Miguel de Cervantes, Parque de la piscina, Parque 1º de Mayo, calle San Isidro

23:00 a 24:30 Estación de autobuses (botellón)

24:30 a 2:00 Plaza Castilla la Mancha (botellón), *peñas*

2:00 a 3:00 C/ S. Isidro, *peñas*

Los horarios son aproximados al igual que los lugares ya que pueden variar dependiendo de las circunstancias de cada fin de semana e incluso dependiendo de las diferencias existentes entre el ocio nocturno que se lleva a cabo los viernes y los sábados.

- Lunes: reunión de evaluación del fin de semana.
- Viernes: diseño de la intervención del fin de semana.

Excepcionalmente en los Festivales de música (Caño - On y Girasoul) trabajan las cuatro educadoras. Se pone un stand en el recinto del concierto, atendido por dos educadoras y las otras dos trabajan en los alrededores del festival.

Pese a la propuesta inicial de hacer un equipo mixto el equipo está compuesto por cuatro educadoras.

Metodología

La intervención del programa conforme a lo previsto en el proyecto inicial se ha fundamentado en dos líneas metodológicas. Por un lado *metodología comunitaria*, introduciendo el programa en la red de recursos del municipio, pretendiendo la participación comunitaria, entendida como un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus necesidades y las de su comunidad. Por otro lado, *modelo de competencia y educación de calle*, basado en la presencia en los propios espacios y contextos compartidos por los jóvenes, en la creación de relaciones de cercanía y en la confianza en sus propias habilidades y recursos. Así, para la puesta en práctica se ha realizado una labor basada en la presencia en los espacios de encuentro, transmisión de información veraz y objetiva adaptada a las necesidades de cada joven o grupo, y a través de su grupo de iguales o mediadores sociales “naturales”. Se ofrece una atención directa mediante un contacto estrecho, cercano y empático, basado en el respeto y la aceptación. Desde esta perspectiva metodológica se ha realizado una labor de mediación entre diferentes sectores de la población, haciendo de todos ellos partícipes activos en la comunidad y su transformación.

Otro principio metodológico sobre el que se ha trabajado, y que se considera “fuerte” desde el programa, es el de *adaptabilidad o flexibilidad*, trabajando siempre en función de las necesidades de la comunidad y realizando todas las adaptaciones que ésta exigía.

Consideramos a día de hoy confirmada la validez y adecuación de todos estos principios para articular el proyecto y contribuir de forma eficaz al logro de sus objetivos de prevención y dinamización.

Conclusiones

Con todo lo expuesto, entendemos como muy positiva la valoración general del programa TÚ DECIDES. Establecemos las siguientes conclusiones:

- La aceptación por parte de los jóvenes ha sido muy buena, pudiendo generar en ellos la deseada participación comunitaria.
- Además en este proceso de prevención y transformación se ha involucrado a diferentes agentes sociales y recursos del municipio, aspecto fortalecedor para el programa y su continuidad.
- Se han corroborado las posibilidades de autogestión de distintos tipos de iniciativa juvenil, así como el interés de fomentar redes más o menos formales de apoyo y trabajo conjunto.
- Las intervenciones llevadas a cabo, por iniciativa de las educadoras o por solicitud de los jóvenes, alcanzan a un porcentaje muy significativo de éstos. Las chicas son menos partícipes del programa.
- El programa ha sido generador de otras intervenciones y de la creación de otros recursos: Consejo de la Juventud, Espacio Joven, actividades nocturnas en verano, ciclos de teatro y cine joven, etc.
- El programa, según datos de la Policía municipal, ha generado un descenso de los accidentes de tráfico (coche y/o moto) en los jóvenes. Este dato se debe también a la mayor implicación de la Policía y la Guardia civil, con una presencia (disuasoria) más notoria en los espacios de ocio nocturno.

- La participación activa de los hosteleros ha ido aumentando a lo largo de los años de implantación del programa. Han participado en los cursos de formación destinados a ellos (primeros auxilios, etc.).
- Entendemos que el trabajo realizado ha contribuido a fomentar la autoresponsabilidad y toma de decisiones con criterio de los chicos y chicas. Además se ha intervenido en ocasiones en situaciones específicas, ayudando así a una mejor resolución de las mismas.

Con lo anterior podemos apuntar hacia una continuidad del trabajo en las líneas actuales, siguiendo los cuatro ejes del programa: prevención, dinamización, detección de casos de riesgo, coordinación y trabajo en red. Con vistas a esta continuidad y como posibles mejoras, explicitamos algunas propuestas:

- Ampliar el equipo de trabajo y la carga horaria del programa, facilitando así un mayor alcance del mismo.
- Trabajar con mayor énfasis en la creación de una red de recursos y establecer líneas de comunicación y colaboración, posibilitando las actuaciones conjuntas y las derivaciones que se estimen convenientes.
- Realizar un estudio (actualizar el de 2004) cuantitativo y cualitativo con respecto a los consumos y riesgos asociados en la población joven, que facilite un mayor conocimiento sobre la materia y permita tanto ajustar los planes de acción como verificar de forma más objetiva sus logros. Analizar las razones de la menor participación y aprovechamiento de las chicas, para introducir (o no, según cuáles sean esas razones) las modificaciones que se estimen oportunas. Dentro del equipo pensamos que la menor participación de chicas

a la intervención directa de las educadoras puede deberse al hecho que las cuatro educadoras son chicas. Esta idea gana peso al constatar que en las actividades que genera el programa de calle la mayoría de participantes son chicas.

- Hemos fracasado en el intento de trabajar con las familias de los menores que presentaban un consumo reiterativo de drogas. El acceso a las familias ha sido muy difícil y su participación en actividades preventivas nula. La herramienta que se diseñó para fomentar la participación de las familias en el itinerario preventivo fue la Ordenanza de convivencia municipal, donde se recogía la sustitución de las sanciones por consumir drogas en medio abierto a los menores por la participación en programa educativo – preventivo del menor y su familia. Al no ser aprobada en el Pleno del Ayuntamiento esta Ordenanza, se nos ha dificultado acceder a las familias de menores consumidores.

Bibliografía

ACERO ACHIRICA, A. “*Guía Práctica para una prevención eficaz*”. 2003. PNSD. Madrid

COMAS ARNAU, D. “*Jóvenes y estilos de vida*”. 2003. INJUVE/FAD. Madrid

COSTA Y LÓPEZ, 1992. “*Manual del Educador Social*”. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid

JESSOR, R. “*Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes*”. 1991. Adolescencia y Salud. Nueva York

TURABIÁN, J.L. “*Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la Salud*”, 1991. Ed. Díaz de Santos. Madrid

VV.AA. “*Manual para la formación de Mediadores sociales*”. 2006. Instituto de adicciones. Madrid

YUBERO, S. *et al.* (2004): *Estilo de vida y conductas asociadas al consumo de drogas en los jóvenes de Tarancón*. Ayuntamiento de Tarancón

www.adicciones.org

www.edex.es

www.energycontrol.org

www.fad.es

www.lasdrogas.info

www.pnsd.msc.es

Programa de reducción de riesgos de consumo de sustancias psicoactivas en espacios de ocio nocturno “Proyecto creative”

ÁNGELES MONTERO GÓMEZ
PABLO GONZÁLEZ ROMERO

Resumen

La prevención del consumo de drogas estuvo tradicionalmente basada en mensajes sesgados mediante los cuales se trataba de decirle al sujeto qué es bueno o malo para él. De este modo, la prevención estaba en un estado precientífico, al guiarse más por buenas intenciones y prejuicios que por evidencias científicas. La reducción de riesgos y daños del consumo de sustancias psicoactivas parte de la realidad de que el consumo de drogas es un fenómeno continuo en la historia de la humanidad que no tiene visos próximos de acabarse y que es con esa realidad con la que se debe trabajar desde una fundamentación científica y no moralista. Desde este paradigma se considera que la persona es responsable de sí misma y libre para decidir qué es lo que considera mejor para ella. El Proyecto Creative, como programa de reducción de riesgos, trata de incidir en la responsabilidad individual a la hora de consumir sustancias psicoactivas, reforzando la abstinencia de quien no quiere consumir y fomentando y potenciando la información, así como ofreciendo las herramientas necesarias para que las decisiones puedan ser tomadas con criterio y conocimiento.

Palabras clave

Prevención, drogas, reducción de riesgos, adolescencia, consumo.

Abstract

The prevention on drug consumption was traditionally based on biased messages by which the individual was told what is good or bad for him. Thus, prevention was in a pre-scientific state, to be guided more by good intentions and prejudice than by scientific evidence. Reducing risks and harms of psychoactive substances from the fact that drug use is a continuous phenomenon in the history of humanity which shows no signs coming from over and that is with this reality that we must work from a scientific and not moralistic basis. From this paradigm is considered that the person is responsible for herself and free to decide what she thinks is best for her. The “Proyecto Creative” as risk reduction program, try to influence individual responsibility when consuming psychoactive substances, reinforce abstinence from those who refuse to consume and provide information and the tools needed in order to take decisions with judgment and knowledge.

Keywords

Prevention, drugs, risk-reduction, adolescence, consumption.

Este artículo también ha sido entregado en un congreso celebrado en Vigo en el año 2010.

Introducción

Hay una realidad innegable cuando se habla del fenómeno de las drogas y es que hay gente que consumió, consume y consumirá sustancias psicoactivas, y esto no es algo actual, sino que se lleva produciendo a lo largo de la historia de la humanidad y es muy probable que se siga haciendo hasta que el Hombre sea *homo sapiens sapiens*.

Ante esta realidad, la sociedad se posiciona en un espectro que va desde una postura prohibicionista hasta el extremo contrario que viene siendo la legalización de las drogas. La prevención no es una excepción dentro de este abanico de posibilidades, ya que existen preventólogos y paradigmas o corrientes preventivas que se posicionan dentro de un amplio abanico ante la llamada “problemática de las drogas”.

La reducción de riesgos es una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de las sustancias. Este modelo de entender el fenómeno de las drogas, categorizado cómo humanista y psicosocial, nace en contraposición a los modelos preventivos con una marcada base médica y ético-legal.

El concepto de reducción de riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas es definido de la siguiente manera por Newcombe (1992): “En esencia, reducción de riesgos se refiere a políticas y programas que inciden en reducir los problemas asociados al consumo de drogas. Una característica definitoria es que centran su acción en la prevención de daños relacionados con el consumo de drogas en vez de la prevención del uso de drogas *per se*”.

Por resumirlo en una frase, la reducción de riesgos trabaja “sobre lo que tenemos en nuestra sociedad, no sobre lo que deberíamos tener o lo que nos gustaría tener” (Marlatt, 1998).

De este modo, el enfoque de la reducción de riesgos “incorpora un abanico de estrategias que incluyen el uso seguro, el uso controlado y la abstinencia” (Hicarová, 2004), dando por sentado que existen personas que consumen drogas, que no tienen problemas derivados de su consumo y que no quieren dejar de consumir, lo que no se traduce en que esa gente no esté preocupada por su salud y por los efectos secundarios que el consumo de sustancias puede acarrearles.

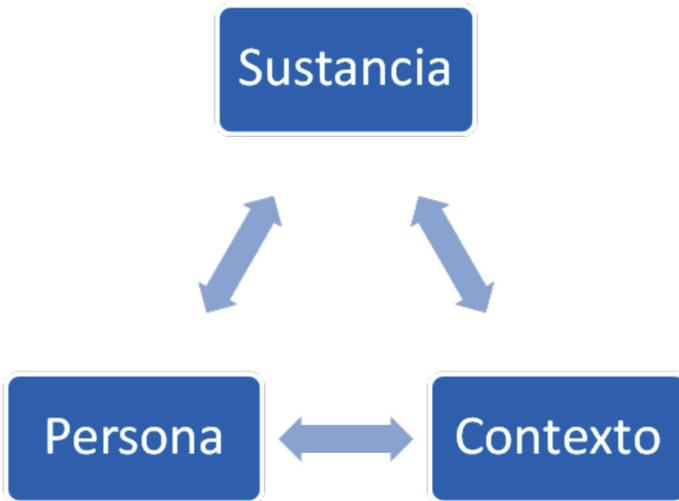
Dentro de este paradigma de reducción de riesgos y daños surgieron, a principios de los años 80 y ligados al emergente fenómeno “rave” en Gran Bretaña, una serie de estrategias y programas orientados a los consumidores de drogas en los espacios recreativos y/o de ocio, sobre todo para disminuir los efectos secundarios derivados del consumo de MDMA o éxtasis y partiendo de la premisa de que cuando se consume una sustancia existen efectos positivos que la gente va buscando, así como efectos secundarios o negativos que la gente quiere evitar.

Con posterioridad, este tipo de programas fueron extendiéndose y diversificándose, de modo que en la actualidad abarcan a un segmento muy amplio de la población, tan amplio como el número de personas que consumen drogas de manera no problemática (la inmensa mayoría), mostrándose como un paso más en la racionalización de las acciones preventivas.

El modelo de reducción de riesgos, al contrario que otros modelos en drogodependencias, tiene en cuenta la totalidad del contexto bio-psico-social del sujeto a la hora de abordar la intervención, ya que considera el resultado final de una experiencia con sustancias psicoactivas no dependiente de un único factor, sino de la interacción de varios de ellos.

De este modo Zimberg adaptó la teoría bio-psico-social de Engel (1977) al campo de las drogodependencias, concediéndole de

esta manera el mismo nivel de relevancia tanto a las características de la sustancia (tipo, dosificación, periodicidad del consumo, vía de administración,...) como a las características de la persona (rasgos de personalidad, características genéticas, expectativas, estado físico y psicológico,...) así como al contexto en el que la persona se encuentre a la hora de consumir una droga.



Adaptado de Zimberg (1984)

El “Proyecto Creative”

Existe un importante grupo de población que, sin haber desarrollado ningún problema de dependencia, sí es consumidora experimental, ocasional o abusiva de sustancias psicoactivas. Se trata de chicos y chicas que no se acercan a las Unidades Asistenciales de Drogodependientes porque de hecho no lo son.

En el año 2003 surge el “Proyecto Creative” con la intención de reducir los posibles riesgos asociados a esos consumos y de dar

respuesta a las necesidades que desde un punto de vista sociosanitario tenía un colectivo hasta ese momento desatendido en nuestra comunidad.

El programa se desarrolla en tres ámbitos de actuación primordiales que son: el ámbito recreativo, el ámbito escolar y el ámbito familiar.

En lo tocante al ámbito recreativo, la actividad se desarrolla desde un stand que se sitúa en las zonas de “marcha” de las principales ciudades y villas gallegas. En ese stand se atienden las demandas de los jóvenes con respecto a drogas y sexualidad, se reparte información escrita así como preservativos y se llevan a cabo análisis de sustancias con la finalidad de detectar posibles adulteraciones y de aumentar la conciencia del riesgo asociado al consumo.

No hay que olvidar que también se intentan modificar conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas, así como reforzar las actitudes de abstinencia y reducción del consumo. En caso de que alguien lo solicite también actuamos como enlace ante demandas de tratamiento, informando de los diversos recursos de los que dispone en su zona la persona interesada.

En el ámbito educativo se llevan a cabo talleres en centros de secundaria en los que se informa a los chicos de 3º y 4º de la ESO, bachillerato y módulos formativos sobre características de las drogas, efectos y riesgos asociados al consumo de las mismas. Esta actividad se lleva a cabo en coordinación con otras asociaciones insertas en el PLDAs (Plan Local de Drogodependencias y otras adicciones) de Vigo, de forma que los contenidos y desarrollo de los diversos talleres se llevan a cabo en función de la edad del alumnado.

Del mismo modo también se ofertan actividades formativas para padres, madres y profesores con los objetivos de:

1. Incrementar el sentido de competencia y su capacidad de resolución de problemas.
2. Aumentar el conocimiento que poseen sobre las sustancias psicoactivas.
3. Informar sobre los mitos que existen alrededor de las drogas para que las actitudes alarmistas sean más moderadas y objetivas.

Algunos datos

En el año 2008 se llevaron a cabo 340 sesiones de 4 horas de duración cada una en 37 centros educativos de Vigo y su área en las que participaron alrededor de 2150 alumnos.

En ese mismo año se realizaron un total de 71 salidas (esto es, intervenciones en los lugares de ocio nocturno), durante las cuales realizamos un total aproximado de 2000 intervenciones individuales y grupales, repartimos 8885 folletos informativos sobre las sustancias psicoactivas más consumidas en los espacios de marcha (alcohol, cannabis, cocaína, MDMA, anfetaminas,...) y repartimos un total de 1861 preservativos.

Instrumentos utilizados

Obtuvimos los datos mediante un cuestionario de elaboración propia en el cual se registran tanto datos sociodemográficos tales como edad, sexo, nivel de estudios y lugar de residencia como datos de consumo de drogas referidos al mismo momento en el cual se cumplimenta la encuesta. También se pregunta por la manera que tienen tanto de desplazarse a la zona como de abandonarla, así como número de horas que pasan de “marcha” y cantidad de dinero que gastan.

Resultados

Ya ciñéndonos a los resultados obtenidos en la encuesta, la edad media de los encuestados (1235 en total) fue de 19,4 años; 19,7 para los hombres (53,7% de la muestra) y 19 para las mujeres (46,4% de la muestra). Del total de encuestados, el nivel de estudios se repartió de la siguiente manera: el 5,7% estaba cursando estudios primarios, el 50,3% secundarios y el 44% estaba cursando estudios superiores. En lo que respecta a la cantidad de dinero gastada, el promedio es de 24,3 euros por salida nocturna, durando ésta un promedio de 7,1 horas.

A la hora de analizar los desplazamientos hacia la zona de ocio, observamos que el 55,1% de los encuestados se desplaza a la zona caminando, el 11,9% se desplaza conduciendo su propio vehículo y el 33% restante se desplaza a la zona en un vehículo sin ser él el conductor. A la hora de dejar la zona de “marcha” y regresar al domicilio el 46,3% de los encuestados va caminando, el 10,1% se va conduciendo su propio vehículo y el 43,6% restante vuelve en vehículo sin ser el conductor.

Analizando los resultados sobre consumos de drogas en el mismo momento de cumplimentar la encuesta, la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias es la que se puede observar en la siguiente tabla.

Se debe tener en cuenta que, de la totalidad de gente que cumplimentó la encuesta, el 13,2% no consumió sustancia psicoactiva alguna (no se tuvo en cuenta el tabaco); el 56,4% consumió un tipo de sustancia, el 21,1% consumió dos tipos distintos de drogas; 5,2% de los encuestados consumieron 3 tipos distintos de drogas y el 4,1%, 4 o más tipos distintos de drogas en la misma noche.

Discusión

Son bien sabidas las dificultades que supone evaluar los resultados de un programa de prevención de drogas, máxime cuando se trata de un programa con características tan particulares como las del Proyecto Creative. Aun así, y comparando los resultados del año 2007 con el año 2008 comprobamos que hubo un descenso del consumo de casi todas las sustancias psicoactivas, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

	2007	2008	Variación
Alcohol	89,3	84,8	<4,5
Cannabis	31,5	27,1	<3,4
Cocaína	7,9	7,9	=
MDMA	5	5	=
Anfetaminas	3,7	3,3	<0,4
Psicodélicos	4,1	3,2	<0,9
Psicofármacos	1,7	1,5	<0,2

A parte de estos datos objetivos contamos con el feedback de los técnicos de los diferentes ayuntamientos en los que realizamos nuestra labor, destacando que cada año que pasa son más los ayuntamientos interesados en que hagamos nuestras “salidas” en sus lugares de ocio nocturno, sin olvidarnos del feedback tan positivo que nuestros usuarios nos dan, siendo ellos los principales evaluadores del programa.

A modo de conclusión podríamos señalar que detectamos una preocupación en la juventud consumidora sobre los efectos que las drogas pueden tener a nivel orgánico, sobre todo a nivel cerebral. Cuando se les explican los efectos y consecuencias de las drogas sin prejuicios mantienen la atención e interés abriéndose a la discusión y a contrastar la información con los profesionales. Así, detectamos

que tienen grandes lagunas en el conocimiento de los efectos de las drogas, incluso de las más consumidas, basándose sobre todo en creencias erróneas y en el boca a boca entre conocidos o amigos que valoren como con más experiencia en el consumo.

La percepción de riesgo más baja se detecta sobre todo hacia drogas, por otro lado muy consumidas, como el cannabis y, sobre todo, el alcohol, valorando esta última como si no fuera una droga o una droga “blanda” (“es legal”, “la consume todo el mundo” dicen como justificación). Algunos manifiestan su disconformidad y no comprensión del tratamiento legal de las distintas drogas, refiriéndose sobre todo a la ilegalidad del cannabis y la legalidad del alcohol y el tabaco.

Las dos drogas más consumidas asociadas a entornos de ocio y diversión son el cannabis y el alcohol, justificándolo como “lo que se tiene que hacer si nos queremos divertir”, “somos jóvenes, tenemos X años y esto es lo que hacen los jóvenes”. Además les sirve como disculpa para minimizar los daños que puedan tener por su consumo el hecho de realizarlo solo los fines de semana, sin valorar como riesgo la elevada dosis en cada consumo u otros riesgos, como accidentes, otros problemas (legales, sobredosis,...) como una posible consecuencia de su consumo abusivo.

Para concluir diremos que el acercamiento con una estrategia de reducción de riesgos nos permite acercarnos a los jóvenes venciendo su desconfianza y resistencias y realizar una labor preventiva muy importante a la hora de reducir, tanto el número de consumidores como la cantidad consumida, además de concienciar de los riesgos asociados al consumo de drogas transmitiendo una información útil y beneficiosa para la salud de nuestra juventud.

Agradecimientos

Xunta de Galicia. SERGAS. Subdirección Xeral De Saúde Mental e Drogodependencias, Caixa NOVA y Concello de Vigo (entidades que patrocinan el Programa “Proxecto Creative” de ACLAD Alborada).

Bibliografía

ENGEL, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129.

HICAROVÁ, T. (2004). *Introduction to harm reduction course. Teachers manual*. Banská Bystrika: Matej Bel University Press.

NEWCOMBE, R. (1992). *The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and reseach*. En O´Hare et al. (Eds.) *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.

MARLATT, G. A. (1998). *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high risk behaviours*. New York: The Guildford Press.

PROXECTO CREATIVE (2009). *Memoria Proxecto Creative ano 2008*. Vigo: autor (inédito).

ZIMBERG, N. E. (1984). *Drug, set and setting*. New Haven: Yale University Press.

El paso de las noches seguras a las noches de calidad. La reducción de riesgos en Cataluña

ÓSCAR PARÉS FRANQUERO

Resumen

La noche y el ocio son primordialmente los espacios en los que se dan por parte de los jóvenes los primeros contactos con el alcohol y otras drogas. Por esta razón, el Departamento de Salud ha desarrollado a lo largo de los últimos 15 años una línea estratégica de investigación e intervención en el ámbito del ocio nocturno, puesto que se trata de un espacio idóneo para la intervención preventiva de carácter selectivo.

Los proyectos desarrollados en este ámbito disponen de un conocimiento directo de la realidad de la noche, de los jóvenes y de los consumos. Estos pueden actuar con cierta anticipación para reducir las conductas de riesgo asociadas que se puedan presentar y establecerse como referente comunitario especialmente entre la gente joven. Además, consiguen la participación de los propios jóvenes en los proyectos y un trabajo horizontal con el sector privado del ocio nocturno.

La estrategia preventiva Nits Q – Q de festa! (Noches Q – Q de fiesta!) ofrece un marco de intervención participativo con el fin de desarrollar respuestas a corto, medio y largo plazo, diseñadas a medida de la realidad del ocio nocturno del territorio y los agentes implicados. A su vez permite su adhesión a una red de municipios que

trabajan en una misma dirección y retroalimentan todo el proceso.

La constancia y dedicación invertidas en este ámbito de trabajo preventivo han propiciado que a día de hoy la reducción de riesgos sea referente tanto para profesionales como para los mismos jóvenes usuarios de los espacios de fiesta.

Palabras clave

Participación, sector privado, ocio nocturno, reducción de riesgos, conductas de riesgo

Introducción

La noción de “reducción de riesgos” surgió cuando las organizaciones comenzaron a tratar de limitar la proliferación del virus del VIH. Este concepto es una manera pragmática de promover la salud, respetando las diferencias de estilo de vida, sobre todo en términos de sexualidad y de consumo de drogas. El concepto incita a que las personas sean consideradas como individuos responsables y a reducir los riesgos asociados a ciertos comportamientos, sin plantear juicios de valor sobre la manera en que las personas gestionan su propia salud.

En otras palabras, el objetivo de la reducción de riesgos es permitir que los jóvenes aprendan a gestionar su propia diversión y los riesgos asociados de forma informada y adecuada a su concepto de vida. De esta manera, los individuos pueden tomar sus propias decisiones y recibir la ayuda necesaria que les permita ser consecuentes con dichas decisiones.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA¹) señalaba ya en su informe anual 2006 que las respuestas desarrolladas hasta el momento, y que jugaron un papel más importante en Europa en relación con las políticas públicas de salud en los contextos de ocio nocturno, eran las basadas principalmente en proyectos de intervención entre iguales (peer-to-peer):

«Los servicios ofrecidos en las intervenciones, que están en gran parte basadas en la información, se llevan a término generalmente por iguales formados en los stands de información. En ellos se proporcionan folletos u octavillas acerca del consumo de drogas y/o enfermedades de

1 <http://www.emcdda.europa.eu>

transmisión sexual, así como condones. Por lo general son grupos de autoayuda de organizaciones no gubernamentales o de asociaciones concedoras del contexto quienes proveen dichas intervenciones en los espacios de ocio. Estas organizaciones reconocen que las drogas desempeñan un papel en la escena festiva y, aunque constatan que la opción más segura es abstenerse de tomar drogas, por lo general ni prohíben ni exaltan el consumo de drogas ilegales [...]. Los materiales de reducción de riesgos se desarrollan habitualmente en propuestas estéticas que emulan las de las culturas juveniles. Los voluntarios que proporcionan la educación entre iguales [...] pueden, de vez en cuando, ser usuarios recreativos de drogas ellos mismos o haber consumido drogas en el pasado. En estos casos, el objetivo es ser capaz de responder a las preguntas de los jóvenes sobre el uso seguro y la reducción del riesgo, más que prevenir el consumo de drogas.»

El primer “grupo de iguales”, basado en la filosofía de reducción de riesgos, fue creado en Edimburgo en 1989, y ha derivado en el proyecto CREW2000². Durante los años noventa este tipo de proyectos se multiplicaron por toda Europa y, a partir de mediados de los noventa, en el Estado español (por ejemplo, Energy Control³ (ABD), 1997; Ailaket!, 1998; Som.nit (Cruz Roja Juventud), 1999; Hegoak, 2000; Xaregu, 2002; etc.). En este sentido es pertinente hacer mención a la guía Safer Nightlife Projects. Una propuesta europea para promover la salud en ámbitos de ocio nocturno y para el intercambio de buenas prácticas⁴, en la que se recogen ocho ejemplos de buenas

2 <http://www.crew2000.org.uk>

3 <http://energycontrol.org/>

4 <http://www.democitydrug.org/index.php?page=guidelines>

prácticas como los grupos de iguales o estructuras como el Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil⁵.

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña ha trabajado en la mejora de la calidad de las intervenciones de los grupos de iguales y, a lo largo de los últimos diez años, se han llevado a cabo un mínimo de 200 intervenciones anuales en espacios de ocio de todo el territorio catalán de forma sostenida e intentando cubrir un espectro amplio de la oferta de ocio nocturno.

Cada grupo de iguales es diferente del resto, esto hace que cada uno se adapte mejor a un tipo de público, y como pasa con tantos otros productos de consumo, los públicos se agrupan en función de los productos de consumo que eligen (estilo musical, ropa, zonas de la ciudad, códigos sexuales, tipos de alcohol, variabilidad en otras sustancias...). En este sentido, cada grupo de iguales ha desarrollado sus estrategias de captación, su mercadotecnia, y no podemos dejar de hacer mención a una de las que más crecimiento y reconocimiento han cosechado; el análisis de sustancias⁶. La historia de esta metodología de trabajo a nivel local, autonómico, estatal y europeo no se explicaría sin la labor constante de la entidad Energy Control (ABD) y el respaldo del Departamento de Salud.

Dicha estrategia persigue tres objetivos principales: en primer lugar, establecer contacto con consumidores de drogas con el fin de que conozcan la composición de las sustancias que van a tomar y puedan descartar aquellas que, por su adulteración, entrañen riesgos para su salud. En segundo lugar, mejorar el conocimiento sobre

5 <http://www.fund-igenus.org/esp/programes.asp?id=9>

6 Más información actualizada (en inglés) http://www.safernightlife.org/pdfs/drug_checking/Factsheet%20on%20Drug%20Checking%20in%20Europe.pdf

la situación del mercado ilegal de las drogas y detectar situaciones emergentes relacionadas con su venta y consumo. Por último, permitir la comunicación de las incidencias encontradas (alertas) a través del sistema de análisis entre todos los agentes interesados.

En 1999 se impulsó la creación del Observatorio de Nuevos Consumos de drogas en el ámbito juvenil con el objetivo de llevar a cabo un programa de investigación que estudiara la realidad de los consumos de drogas y las formas de ocio juvenil en Cataluña y complementara así los datos estadísticos ofrecidos por las encuestas habituales. El Observatorio ha funcionado como un “sistema de alerta rápida”, sensible para detectar cambios en los patrones de consumo de drogas y también configurado para recoger el consumo de sustancias en fase emergente.

El Observatorio se ha fundamentado en el método etnográfico. La información proviene de su equipo de campo, su sistema de redes de informantes, un panel de informantes clave y de los cuestionarios aplicados a jóvenes en los contextos de fiesta. El equipo de investigación y las herramientas utilizadas han sido dinámicos y distribuidos estratégicamente por toda la geografía catalana. En este sentido, el Observatorio ha servido como herramienta complementaria para planificar propuestas de prevención y de reducción de riesgos desde la perspectiva de Salud Pública, tanto para las instituciones públicas como para otras que intervienen en este campo.

En 2007, diez años después de la primera iniciativa específicamente dirigida a las personas consumidoras de ocio nocturno, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña encargó la “Evaluación de las políticas e intervenciones de salud pública con adolescentes y jóvenes en espacios de ocio nocturno”⁷. La investiga-

7 <http://www.spora.ws/es/proyecto/veure/11/ocio-nocturno-y-sustancias-psicoactivas>

ción nació como fruto de la necesidad de conocer cuál era el impacto y los efectos de las políticas y actuaciones en reducción de riesgos en cuanto a los usos de drogas en Cataluña.

Los objetivos que perseguía el encargo eran dos: por un lado, analizar los sentidos otorgados por jóvenes y adolescentes a las políticas e intervenciones preventivas en el ámbito del ocio nocturno, como las mesas de consenso por una noche más segura (2002),⁸ y por el otro, identificar los facilitadores y las problemáticas sentidas por los promotores privados de ocio nocturno ante las políticas e intervenciones de reducción de riesgos.

La extensión y el objeto de este texto determinan que solo reflejemos la deriva del segundo objetivo de la evaluación, para conocer el primero se puede consultar online la evaluación⁹.

Los resultados hallados a lo largo del informe, recogidos a partir de una metodología cualitativa y cuantitativa,¹⁰ se presentaron en

8 En diciembre de 2002, en la línea de conseguir, dentro del ocio nocturno, un entorno más seguro y saludable, el Departamento de Salud trabajó a partir de una metodología participativa que contara con todos los agentes representativos de este ámbito. Este trabajo quedó plasmado en un documento consensuado por representantes de las administraciones de la Generalitat y locales, propietarios de las salas de fiestas, promotores culturales, grupos de prevención y expertos en ciencias sociales. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2038/doc6443.html>

9 <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2038/doc12142.html>

10 Enfoque cuantitativo: tamaño de la muestra, 769 personas. Muestreo no probabilístico polietápico estratificado por cuotas.

Enfoque cualitativo:

- cuatro entrevistas individuales a técnicos de grupos de reducción de riesgos (Energy Control y SOM.NIT) conocedores de las actuaciones en ámbitos de ocio nocturno.
- Nueve entrevistas individuales a hombres y mujeres promotoras de locales de ocio nocturno en Cataluña.
- Ocho grupos focales distribuidos de la siguiente manera:
 - Tres grupos de hombres y mujeres adolescentes, entre 15 y 17 años (un grupo de consumidores; un grupo de no consumidores [cons. OH/THC] y un grupo mixto).
 - Cinco grupos de hombres y mujeres jóvenes, entre 18 y 24 años (dos grupos de consumidores; dos grupos de no consumidores [cons. OH/THC] y un grupo mixto).

apartados con el fin de asentar las bases y las premisas necesarias para dar paso al capítulo “Propuestas de actuación”. Es importante entender que la génesis del proyecto Nits de qualitat – Q de festa! (a partir de ahora Nits Q – Qdf!) se fundamentó, principalmente, en dichas propuestas. Son las siguientes:

- Respecto a la gestión de las políticas públicas se puso de manifiesto que era necesario el establecimiento de sistemas formales de interlocución entre el sector del ocio nocturno y las administraciones públicas.
- En este sentido, el informe propone planificar y fomentar actuaciones conjuntas, bajo una perspectiva proactiva e integral, entre el sector del ocio nocturno, las organizaciones de reducción de riesgos y la Administración pública.
- Otra receta importante para promover la efectividad de las políticas públicas tenía que ver con el hecho de que las actuaciones fueran mantenidas en el tiempo en los municipios con mayor densidad de población y de oferta de ocio nocturno.

Noches de calidad – ¡Q de fiesta! (Nits Q – Qdf!)

La denominación NitsQ – Qdf! se refiere al programa marco que actualmente cohesiona todos los productos y servicios que se ofrecen desde la Generalitat en este ámbito. Más que un producto cerrado, limitado en el tiempo y perfectamente exportable, se trata de la promoción de una forma de trabajar, la difusión de una dinámica participativa fundamentada en principios de la psicología social pero articulada bajo el prisma del ocio nocturno y en la que se entrelazan productos ya consolidados en este ámbito, por ejemplo, los materiales informativos, las formaciones a trabajadores de locales de ocio, los stands de los grupos de reducción de riesgos, pero también la

forma de trabajar y el contenido del trabajo que se ha cultivado con el sector privado del ocio nocturno y los profesionales de la salud a lo largo de estos años.

En definitiva, se trata de un compendio de productos y servicios con potencial de ser incorporados bajo el desarrollo de una metodología de trabajo participativo a nivel local y, a su vez, conectada y retroalimentada a nivel autonómico. Esto hace que cada experiencia de trabajo particular, cada municipio, tenga rasgos característicos propios, pues cada realidad necesita una respuesta a su medida. A su vez, el ocio nocturno es un fenómeno en red y es aquí donde radica el potencial de exportar las buenas prácticas e interconectar procesos con el fin de mejorarlos.

El proyecto Nits Q – Qdf! tiene como objetivo coordinar a los diferentes agentes implicados en el ocio nocturno de un territorio para hacer de éste un espacio más seguro, atractivo y saludable para todos.

Dicha estrategia focaliza tres objetivos específicos. El primero es generar mesas de participación alrededor del ocio nocturno en diferentes municipios de Cataluña para poner en marcha iniciativas consensuadas por parte de todos los agentes implicados (Nits Q). En segundo lugar se trabaja en la implantación del “Q de festa!” – “Qdf!”, un distintivo de calidad para espacios de ocio nocturno que implica a la industria privada del ocio y al mundo local en las políticas públicas de salud de la Generalitat de Cataluña. Y, en tercer lugar, Nits Q – Qdf! promueve la creación de grupos de voluntariado en la prevención y la reducción de riesgos en el territorio, los llamados grupos de iguales.

En relación al primer objetivo y en cuanto a metodología de trabajo, las mesas de participación se fundamentan en la Investigación Acción Participativa (IAP), un método de intervención social propio

de la psicología social comunitaria. Es una corriente que enfatiza que las personas implicadas en un fenómeno social deben ser protagonistas de la gestión del mismo. Por lo tanto, el diseño, ejecución y evaluación de dichos programas se hacen a partir del diálogo entre quienes intervienen y los miembros de la comunidad. En cada municipio encontramos una configuración peculiar, pero de entrada se invita a participar a técnicos municipales relacionados con la fiesta, los jóvenes y el ocio nocturno, representantes del mundo local (asociaciones de músicos, de jóvenes...), representantes del sector privado del ocio nocturno local, policía local y autonómica. En cuanto a la actividad que se lleva a cabo en el marco del proyecto, dichos agentes, durante ocho/diez sesiones de dos horas, hacen conjuntamente y gracias a la figura de un profesional mediador un diagnóstico del estado del ocio nocturno local, deciden los objetivos a priorizar y un conjunto de propuestas para alcanzarlos (a corto, medio y largo plazo) y se hace una evaluación y seguimiento del proceso.

Se trata de una propuesta que no sólo permite generar un espacio de participación a nivel local sino que se plantea con la finalidad de construir una red de municipios unidos con el objetivo de promover la prevención y la reducción de riesgos asociados al consumo y a la fiesta.

Desde su inicio en 2008 se han puesto en marcha mesas Nits Q en un total de catorce territorios: doce municipios y dos agrupaciones de municipios. A fecha de hoy, se han celebrado 173 sesiones participativas y se ha conseguido la participación directa de unas 300 personas. A partir de estas sesiones de trabajo se han puesto en marcha diferentes iniciativas de prevención y reducción de riesgos en el ocio nocturno relacionadas, por ejemplo, con la movilidad segura, con el consumo de sustancias por parte de menores de edad, con la convivencia entre vecinos y personas usuarias del ocio nocturno en cuanto a la contaminación acústica y al uso respetuoso del espacio público o con la formación en prevención y reducción de riesgos

para profesionales del ocio nocturno y asociaciones culturales del territorio. También se ha formado un nuevo grupo de reducción de riesgos en la ciudad de Tarragona; “Komando Nits-Q” (tercer objetivo del proyecto NitsQ – Qdf!).

Este proyecto plantea una evaluación continuada del mismo proceso y de sus resultados. Cada mesa participativa realiza un informe de evaluación anual que permite incorporar mejoras en lo que refiere a las metodologías de trabajo, por un lado, y a la consecución de los objetivos propuestos por parte de la mesa. En lo que refiere a una evaluación externa del proceso (de impacto) en 2010 la Universitat Rovira i Virgili (URV) realizó una evaluación del proyecto Nits de Qualitat en Tarragona, la experiencia más relevante hasta ahora, por dimensiones e implicación de los agentes del territorio.

En cuanto al segundo objetivo, Q de festa!_Qdf! es un distintivo que reconoce aquellos locales y eventos de ocio nocturno que cuentan con una serie de recursos y servicios relacionados con la salud, el bienestar y la calidad.

Pero este proyecto no pretende ser tan sólo un distintivo sino la definición de una red de locales y festivales de ocio nocturno unidos en el objetivo de promover la prevención y la reducción de riesgos asociados al consumo y a la fiesta. En efecto, éste es un proyecto pionero a nivel europeo en cuanto a la implicación de la industria del ocio en políticas de prevención y reducción de riesgos.

Pese a que las licencias y leyes que regulan la existencia y las actividades de estos locales han favorecido el aumento en la calidad de los servicios, un distintivo es una estrategia complementaria y sostenible. Esto se debe a que los distintivos de calidad proponen un abordaje bajo un prisma integral con todos los actores que dan vida al ocio nocturno, promueven el empoderamiento comunitario y el esta-

blecimiento de una cultura de responsabilidad social corporativa. Por todo ello, un distintivo de calidad da la posibilidad de cooperar entre la Administración y los proveedores de servicios de ocio nocturno.

Uno de los principales activos y atractivos del proyecto Q de festa! es su vinculación con otros proyectos a nivel europeo. Qdf! forma parte de Party+: European Network for Safer Party Labels¹¹, una red que vincula Qdf! con proyectos similares en Francia (Fetêz Clair), Bélgica (Quality Nights) y Suiza (Safer Clubbing), que también ofrecen servicios añadidos de calidad en el ocio nocturno.

Los servicios que promueve Q de festa!–Qdf! se dividen en servicios básicos y en servicios extra¹². Los servicios básicos¹³ son aquellos que el espacio de ocio nocturno debe ofrecer como mínimo para formar parte de Q de festa!–Qdf!. Además, pueden disponer de servicios extra, que suponen un valor añadido en la oferta de ocio de calidad propuesta de ese local.

11 <http://www.partyplus.eu/>, <http://www.safernightlife.org/>

12 <http://www.qdefesta.cat/>

13 Los servicios básicos de Q de festa!–Qdf! son seis y consisten en:

1. Materiales informativos y de prevención sobre salud, consumo de drogas y otras conductas de riesgo. Un expositor de sobremesa y de pared personalizado para cada espacio Qdf!.
2. Formación y sensibilización del personal en temas de prevención y reducción de riesgos en el ocio nocturno. Las personas trabajadoras de los espacios Qdf! reciben un curso de formación de forma gratuita. Como mínimo un 50% de las personas que trabajan en el espacio deben estar formadas.
3. Herramientas de información preventiva en relación con el consumo de alcohol y la conducción. Todos los espacios ofrecerán regletas sobre alcohol y conducción del Servicio Catalán de Tráfico. Aquellos espacios que lo deseen ofrecerán servicio de alcoholímetro.
4. Acceso gratuito a agua fresca. Los espacios Qdf! ofrecen agua de manera gratuita a los usuarios que lo requieran, bajo criterios de prevención y reducción de riesgos.
5. Información detallada y actualizada sobre los medios de transporte público más cercanos. Expositor personalizado con toda la información disponible.
6. Disponibilidad de máquinas expendedoras de preservativos. El Departamento de Salud ofrece máquinas expendedoras de preservativos en aquellos espacios en que no dispongan de ellos.

Para favorecer la implementación del proyecto, el Departamento de Salud ofrece a los locales y festivales todos los materiales relacionados con los criterios básicos (folletos, expositores, etc.); también cursos de formación. Y, mediante una entidad concedora de la realidad del ocio nocturno y las políticas públicas, la Generalitat ofrece un servicio de soporte y asesoramiento continuado para mantener la vigencia del proyecto. El distintivo Qdf! fue presentado dos años después de iniciar las mesas Nits Q, en mayo de 2010, y desde entonces ha logrado formar a 42 personas trabajadoras de espacios de ocio, ha distinguido a 14 locales y 3 festivales con la “Q” y 11 más están en proceso de incorporación. En el año 2012 se desarrollará el proyecto en Barcelona, por lo que se prevé un incremento cuantitativo notable de los resultados.

Con el fin de legitimar el proyecto ya desde su inicio, uno de los puntos de inflexión en cuanto al diseño del mismo fue la realización de dos paneles de expertos del sector del ocio nocturno catalán que opinaron sobre los criterios y el funcionamiento que conformaban esta nueva propuesta metodológica de trabajo entre el sector del ocio nocturno y los diferentes niveles de la Administración pública. En dichos paneles y mediante la participación de las entidades que representan los intereses del sector privado del ocio nocturno en Cataluña, las asociaciones que trabajan en este ámbito y otras personas expertas se debatieron y consensuaron entre todos los principios que dan sentido al proyecto, a la vez que asentaron algunas alianzas estratégicas que favorecieron su implementación.

Discusión

Como gobierno autonómico podemos constatar la mejora en la respuesta a la demanda local de coordinar plataformas y acciones que intervengan desde una perspectiva integral sobre el fenómeno del ocio nocturno y las conductas de riesgo asociadas. Además muchas de las voces del sector privado del ocio nocturno que se han involucrado en la participación reconocen que nunca antes la adminis-

tracción se les había acercado en unos términos tan proactivos y no punitivos o meramente normativos.

Este tipo de aproximaciones van ocupando un lugar preeminente dentro del panorama preventivo europeo. Muestra de ello son los estudios que poco a poco van manifestando la evidencia de efectividad de este tipo de acercamientos. En este sentido, A. Calafat, en "Prevention Interventions in Recreational Settings", expone:

«Existe un consenso generalizado de que las intervenciones relativas relacionadas con el alcohol deben ser dirigidas a la comunidad y administradas en un nivel local (Robinson et al. 1989). La investigación científica indica que un enfoque comunitario será probablemente más eficaz que la implementación de las intervenciones por separado».

Y también A. Calafat afirma: «Es importante tanto para la industria del ocio como para las autoridades locales entender que hay algunos estándares que deberían ser adoptados a nivel europeo para el manejo de este tipo de problemas (problemas relacionados con el consumo de sustancias y el ocio nocturno)».

Por encima de las características de cada proyecto, algo relevante a examinar es la sucesión de los mismos a lo largo de los últimos quince años de actuación en Cataluña: estudiar la coherencia interna en el desarrollo de los proyectos, entender la dialéctica que ha permitido el avance y ver en qué medida se han ido integrando o redefiniendo los mismos, por ejemplo, viendo cómo se han integrado las aportaciones provenientes de la mano de la evidencia científica o las recetas derivadas del intercambio de buenas prácticas con otros socios. Todo ello ha ido enriqueciendo el proceso y ha resultado en una propuesta de actuación que invita a la participación de los diferentes agentes o destinatarios/as en pro de unas políticas de promoción de la salud y el bienestar de las personas en particular y la sociedad en su conjunto.

Bibliografía

BONOMO Y, BOWES G. (2001) *Putting harm reduction into an adolescent context*. J Paediatr Child Health ; 37(1): 5-8.

CALAFAT, A. (2010) *Prevention Interventions in Recreational Settings*. Strasbourg: Council of Europe. Pompidou Group

CALAFAT, A; BLAY, N; BELLIS, M; HUGHES, K; KOKKEVI, A; MENDES, F *et al*. 2010 *Tourism, nightlife and violence: a cross cultural analysis and preventive recommendations.*, Palma de Mallorca: IREFREA.

ERICKSON PG. (1997) *Reducing the harm of adolescent substance use*. CMAJ; 156(10): 1397-9.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Annual report 2006; Developments in drug use within recreational settings.

<http://www.irefrea.org/uploads/PDF/Calafat_2010_Prevention%20Interventions.pdf>

FAURA R, CAUSSA A, GARCÍA N, SÁNCHEZ VI, SAMPIETRO HM, BALASACH M, DOMÈNECH M. (2007) *Evaluación de las políticas e intervenciones de salud pública con adolescentes y jóvenes en espacios de ocio nocturno*. Barcelona.

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/articulo_ocio_y_sustancias.pdf>

POULIN C, ELLIOTT (1997) *D. Alcohol, tobacco and cannabis use among Nova Scotia adolescents: Implications for prevention and harm reduction*. CMAJ; 156(10): 1387-93.

SAFER NIGHTLIFE PROJECTS. *Una propuesta europea para promover la salud en ámbitos de ocio nocturno y para el intercambio de buenas prácticas* (2008). <http://www.democitydrug.org/uploads/DCD1_Guidelines/SP/M42_SAFER_NIGHTLIFE_GUIDELINE_ES.pdf>

WHITE D, PITTS M. (1998) *Educating young people about drugs: A systematic review*. *Addiction*; 93(10): 1475-87.

