



Las concepciones de salud  
de los  
**jóvenes**  
informe 2004

**Volumen I:** Discursos sobre  
la salud y la enfermedad

Diseño y supervisión de la Investigación  
**Servicio de Promoción de la Salud**  
**del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.**

**Luis Seoane**

*Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales  
asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud*

**Juan Carlos Diezma, Paloma García, Clara Esteban.**

*Programa de Promoción de la Salud Infanto-Juvenil*

Dirección y realización  
**CIMOP S.A.**  
**Fernando Conde.**  
**Concha Gabriel**

Fecha del Informe Final  
**Marzo de 2004**

Edita

Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Comunidad de Madrid

<http://www.publicaciones-isp.org>

Las concepciones de salud de los  
**jóvenes**  
informe 2004

**Volumen I:** Discursos sobre  
la salud y la enfermedad

Tirada: 1.000 ejemplares  
Edición: 10/2005  
Depósito legal: M-39101-2005  
Imprime: Fanny

---

## PRESENTACIÓN

El trabajo que aquí se presenta es un esfuerzo de profundización en las concepciones de salud de las y los jóvenes entre 13 y 21 años de nuestra Comunidad.

El estudio se inscribe en un proyecto más amplio orientado a dar a conocer y difundir las diferentes “culturas de la salud” de los distintos colectivos sociales de la Comunidad de Madrid y su evolución, con el objetivo de desarrollar un Sistema de Información Sociocultural complementario de otros sistemas de información más cuantitativos.

Lo específico de este sistema de información es la incorporación de la perspectiva “vivencial” de la salud, asociada a sus condiciones de vida de la población –en este caso de la población juvenil– y a la forma en que se traducen en percepción de salud o de enfermedad. Se pretende, en última instancia, incorporar al diseño, implementación y evaluación de los programas de Salud Pública y de los propios Servicios de Salud de la perspectiva de los destinatarios, de modo que aquellos puedan resultar más adaptados y más sensibles a las necesidades vividas por la población.

La presente investigación es una actualización de la primera investigación realizada en 1996 sobre Salud y Juventud. La necesaria adaptación a la juventud actual de las acciones de Promoción de la Salud aconseja la lectura de este texto, que puede resultar muy útil para los y las profesionales que desarrollan su actividad sobre esa población.

**Agustín Rivero Cuadrado**  
*Director General de Salud Pública y Alimentación*



# ÍNDICE

	<b>INTRODUCCIÓN GENERAL</b>	11
<b>1</b>	<b>PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS</b>	11
<b>2</b>	<b>FICHA TÉCNICA</b>	13
	<b>PRIMERA PARTE: LOS PRINCIPALES CONTEXTOS SOCIALES DE LAS ACTUALES FORMAS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS</b>	15
<b>1</b>	<b>UN CAMBIO DE DISCURSO SOCIAL SOBRE LOS JÓVENES</b>	17
<b>2</b>	<b>EL DILEMA DE LOS JÓVENES MADRILEÑOS</b>	19
<b>3</b>	<b>LA EDUCACIÓN BURBUJA</b>	26
	3.1.- La imagen dominante sobre la familia	26
	3.1.1.- La pluralidad de los modelos familiares	27
	3.1.2.- El modelo proteccionista	29
<b>4</b>	<b>LA NECESIDAD DE LA LIBERTAD PERSONAL Y LA EMANCIPACIÓN FAMILIAR</b>	32
<b>5</b>	<b>ALGUNAS CONSECUENCIAS DE DICHA SITUACIÓN</b>	34
	5.1.- Mayor relevancia del azar y menor trascendencia de las acciones personales	34
<b>6</b>	<b>LA ORGANIZACIÓN DE LA SEMANA. LA ESCISIÓN ENTRE EL ESTUDIO /TRABAJO Y EL OCIO DEL FIN DE SEMANA</b>	37

<b>7</b>	<b>LA IMPORTANCIA CRECIENTE DE LAS RELACIONES HORIZONTALES ENTRE LOS JÓVENES</b>	42
	7.1.- La fragilidad del vínculo de la amistad	42
<b>8</b>	<b>LA CONTINUA RECONFIGURACIÓN DEL “GÉNERO”</b>	47
	8.1.- Las exigencias familiares y sociales	49
	8.2.- La atención y el cuidado del cuerpo	50
	8.2.1.- El caso de las chicas	50
	8.2.2.- El caso de los chicos	51
<b>9</b>	<b>UN NUEVO FACTOR ENTRE LA JUVENTUD MADRILEÑA: LA PRESENCIA DE LOS JÓVENES INMIGRANTES</b>	56
	<b>SEGUNDA PARTE: LOS DISCURSOS SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS</b>	59
<b>1</b>	<b>LAS CONCEPCIONES JUVENILES SOBRE LA SALUD</b>	61
	1.1.- La perspectiva del “género”	61
	1.2.- La perspectivas de las edades	62
<b>2</b>	<b>EVOLUCIÓN GENERAL DE LAS CONCEPCIONES JUVENILES SOBRE LA SALUD</b>	64
	2.1. Acercamiento tendencial de las concepciones masculinas y femeninas sobre la salud de los jóvenes madrileños	64
	2.2. Adelantamiento de ciertas concepciones y de ciertos comportamientos relativos a la salud	65
	2.3. Individualización y subjetivización de las concepciones sobre la salud	66
	2.4. Una definición más en negativo de la salud	67
	2.5. Una definición más medicalizada de la salud	68
<b>3</b>	<b>LA CONCEPCIÓN FEMENINA DE LA SALUD</b>	70
	3.1. La salud como control sobre la propia vida	74
<b>4</b>	<b>LA CONCEPCIÓN MASCULINA DE LA SALUD</b>	77
	4.1. El incremento de la conciencia de invulnerabilidad	79



<b>5</b>	<b>LOS DISCURSOS SOBRE LA SALUD DE LOS JÓVENES INMIGRANTES</b>	82
<b>6</b>	<b>LA COMPLEJA SITUACIÓN ACTUAL EN LO QUE RESPECTA A LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS</b>	86
<b>7</b>	<b>LA PRESENCIA DE LOS JÓVENES INMIGRANTES</b>	99
<b>8</b>	<b>LA PROBLEMÁTICA DEL MALESTAR PSICOSOCIAL</b>	103
<b>9</b>	<b>LAS ENFERMEDADES QUE MÁS PREOCUPAN</b>	109
	9.1. El campo de las enfermedades más próximas	109
	9.1.1. La anorexia	111
	9.1.2. Las consecuencias de los accidentes	113
	9.1. Las enfermedades más generales	113
	9.2.1. La preocupación por el sida	115
	9.2.1.1. La preocupación por el sida en los jóvenes inmigrantes	116
	9.2.2. La preocupación por el cáncer	118
	9.2.3. El Alzheimer	121
	<b>TERCERA PARTE: LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS</b>	123
<b>1</b>	<b>LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS</b>	125
	1.1. Las principales instancias de socialización y de educación de los adolescentes y jóvenes	126
	1.1.1. Una distinción inicial	127
	1.2. Las principales formas y contenidos de la educación transmitida	130
<b>2</b>	<b>LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS ESCOLARES</b>	132
	2.1. El ámbito de los contenidos informativos	133
	2.2. La orientación dominante	134
	2.3. El modelo de relación con los escolares	135
<b>3</b>	<b>LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL</b>	140
<b>4</b>	<b>LA INFORMACIÓN SOBRE LAS DROGAS ILEGALES</b>	142

<b>5</b>	<b>LA NECESIDAD DE LA EXPERIENCIA PERSONAL. EL APRENDIZAJE EN LA BÚSQUEDA DE LOS LÍMITES</b>	145
<b>6</b>	<b>EL ESPACIO DE DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>	152
	6.1. La intervención de la educación para la salud en el sistema escolar	155
	<b>RESUMEN Y CONCLUSIONES</b>	157
<b>1</b>	<b>MARCO GENERAL</b>	157
<b>2</b>	<b>LAS CONCEPCIONES SOBRE LA SALUD</b>	160
<b>3</b>	<b>EL CONJUNTO DE PRÁCTICAS Y COMPORTAMIENTOS RELATIVOS A LOS HÁBITOS SALUDABLES</b>	165
	3.1. Alimentación y ejercicio físico	166
	3.2. Los piercings y los tatuajes	168
	3.3. La conducción temeraria de motos y automóviles	168
	3.4. La violencia	168
	3.5. Los consumos de drogas	169
	3.5.1. El consumo de alcohol	170
	3.5.2. El consumo de tabaco	171
	3.5.3. El consumo de hachis	172
	3.5.4. Las pastillas y las drogas químicas	172
	3.5.5. La cocaína	173
	3.6. Las relaciones afectivo-sexuales	173
	3.6.1. Las prácticas de riesgo	173
	3.6.2. Los métodos anticonceptivos	174
	3.6.3. La píldora	174
	3.6.4. La pastilla post-coital	174
	3.6.5. Jóvenes inmigrantes	174
	3.6.6. La visita al ginecólogo	175
	3.6.7. La consulta Joven	175
<b>4</b>	<b>RECOMENDACIONES A LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA</b>	177
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	181

# INTRODUCCIÓN GENERAL

1

## Planteamientos y objetivos

El texto que figura a continuación responde al primer volumen del informe de resultados de la investigación cualitativa que ha realizado CIMOP en el año 2003 para el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid con el objetivo de estudiar “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los jóvenes madrileños”. Investigación que persigue como objetivos básicos: la actualización del estudio anterior de nombre similar realizado en 1996, el estudio de los posibles emergentes en el ámbito de las concepciones sobre la salud de los adolescentes y jóvenes madrileños de 13 a 21 años y el análisis del conjunto de comportamientos y hábitos saludables (o no) de dichos jóvenes. Conjunto de objetivos que persiguen la mejora de la intervención desde las políticas de promoción y educación para la salud dirigidas hacia dichos colectivos de madrileños.

La realización de la presente investigación ha tenido lugar en un tiempo de inflexión de muchas de las actitudes y comportamientos que de forma mayoritaria se les han venido asignando a los adolescen-

tes y jóvenes en estos años atrás. Ideas tan generalizadas al punto de hacerse estereotipos como el auto-acomodo juvenil en los hogares familiares, su hedonismo, su orientación hacia el tiempo de ocio y su disentimiento escolar han constituido un conjunto de lugares comunes en los discursos adultos, cotidianos y profesionales, acerca de las nuevas generaciones.

Frente a los mitos de los años 60 y 70 del siglo anterior de los jóvenes como portavoces del cambio, frente a la consagración de la juventud como “modelo” y “referente” aspiracional de la sociedad de consumo a lo largo de los años 80 y 90, los relatos, los lugares comunes que sobre la juventud se habrían desarrollado en la segunda mitad de los 90 convertían estas generaciones en unas juventudes acomodadas a su situación, como si se hubieran des-responsabilizado de construir sus propias vidas, su propio futuro en aras a un continuo disfrutar de su tiempo presente, de ese “presentismo” tan citado en la literatura profesional acerca de la juventud en estos últimos años.

Los resultados de la presente investigación no rompen radicalmente con estos estereotipos, la vida no suele organizarse sólo en tonos blancos o negros por más que eso parezca gustarle a más de uno, pero sí suministran suficientes pistas, expresan numerosos síntomas, evidencian ciertas expectativas que complejizan esa fotografía mayoritaria de los adolescentes y jóvenes de estos últimos años. No sólo la investigación arroja una imagen más compleja de los jóvenes madrileños de 13 a 21 años, sino que también parece indicar la existencia de un cierto movimiento de fondo entre ellos que cuestiona muchas de las afirmaciones anteriores y que parece apuntar al desarrollo de una posición más autónoma, más afirmativa de los propios jóvenes en relación con el hacerse cargo de una forma más directa y menos dependiente de sus propias vidas.

La existencia de este emergente conjunto de cambios así como la amplitud de objetivos particulares planteados en la investigación ha tenido como resultado la realización de un informe excesivamente amplio. Por ello y para hacerlo más manejable se ha optado por una edición en dos volúmenes que puede permitir la lectura conjunta de ambos y la lectura individualizada de cada uno de ellos:

- En el primero se aborda de forma monográfica el conjunto de discursos más generales relativos a la salud y a la enfermedad, la evolución observada desde 1996 al 2003 y las opiniones e imágenes grupales existentes acerca de la Educación para la Salud en el Sistema Educativo. Hasta cierto punto es un volumen en el que se aborda el contexto de fondo de la investigación y el conjunto de discursos más generales sobre la Salud.

- En el segundo volumen se analiza el conjunto de hábitos y prácticas de riesgo de los jóvenes madrileños en el ámbito alimentario, corporal (ejercicio físico, piercings), conducción temeraria, consumo de drogas y, de forma más monográfica, el ámbito de las relaciones afectivo-sexuales de tanta importancia en la vida juvenil y en su estado de salud. Segundo volumen en el que se abordan de forma más particularizada el conjunto de dichos comportamientos y el mundo de creencias, opiniones y discursos que los sustentan, que les confieren un sentido particular desde la perspectiva juvenil.

- En ambos volúmenes se incluyen las conclusiones generales del conjunto del estudio y la bibliografía utilizada para complementar la investigación.

Cada uno de los citados volúmenes se ha editado con la intención de que la lectura de cada uno de ellos no requiera de la lectura conjunta. En este sentido, se han tratado de evitar alusiones y redundancias entre unos y otros volúmenes. Qué duda cabe, sin embargo, que la lectura completa, más pesada, desde luego, produce una imagen y un conocimiento más preciso de los dilemas y retos que atraviesan los distintos sectores de jóvenes madrileños y, en ese sentido, puede significar una ayuda para el diseño de las intervenciones más particulares en el ámbito de la promoción y educación para la salud.

En todo caso, esperamos que la paciencia y dedicación que se requiere para la lectura del conjunto del informe conlleve un enriquecimiento del lector en todo lo relativo a su conocimiento y comprensión de los jóvenes madrileños de estos años iniciales del siglo XXI.

## Ficha técnica

La investigación cualitativa cuyo informe de resultados presentamos en estas páginas, se ha basado en la realización de un total de once grupos de discusión con adolescentes y jóvenes madrileños entre los 13 y 21 años y de cinco entrevistas en profundidad a diferentes profesionales sanitarios.

La totalidad del trabajo de los grupos se ha realizado a lo largo de los meses de junio y julio de 2003, mientras que las entrevistas se realizaron en el mes de octubre para avanzar en el análisis y contrastarlo con la opinión de los citados profesionales.

El diseño de los once grupos de discusión fue el siguiente:

### 13-14 años

*RG. N° 1:*

Mujeres de 13-14 años.  
Clase media media.  
Estudiantes centros públicos y concertados.  
Barrios almendra central de Madrid.

*RG. N° 2:*

Varones de 13-14 años.  
Clase media alta.  
Estudiantes de centros privados /públicos.  
Zona noroeste de la Comunidad de Madrid.

*RG. N° 3:*

Mujeres inmigrantes latinoamericanas de 13-14 años.  
C. media baja y baja.  
Estudiantes de centros públicos.  
Barrios zona centro y sur de Madrid.  
La mayoría de las asistentes tenían en Sto. Domingo, Cuba y Venezuela sus países de origen.

### 15-17 años

*RG. N° 4:*

Mujeres 15-17 años.  
Clase media y media baja.  
Estudiantes de centros públicos.  
Parla.

*RG. N° 5:*

Mujeres 15-17 años.

Clase media alta.  
Zona noroeste de la Comunidad de Madrid.

RG. N° 6:  
Mujeres 15-17 años  
Clase media.  
Chinchón.

RG. N° 7:  
Varones 15-17 años.  
Clase media.  
Estudiantes de centros públicos y de centros concertados.  
Madrid.

RG. N° 8:  
Varones inmigrantes latinoamericanos de 15-17 años.  
Clase media baja.  
Estudiantes de centros públicos /empleos irregulares.  
Getafe/Alcorcón/barrios zona sur Madrid.  
La mayoría de los asistentes procedían de Colombia. El resto de

Ecuador, Perú y Sto. Domingo.

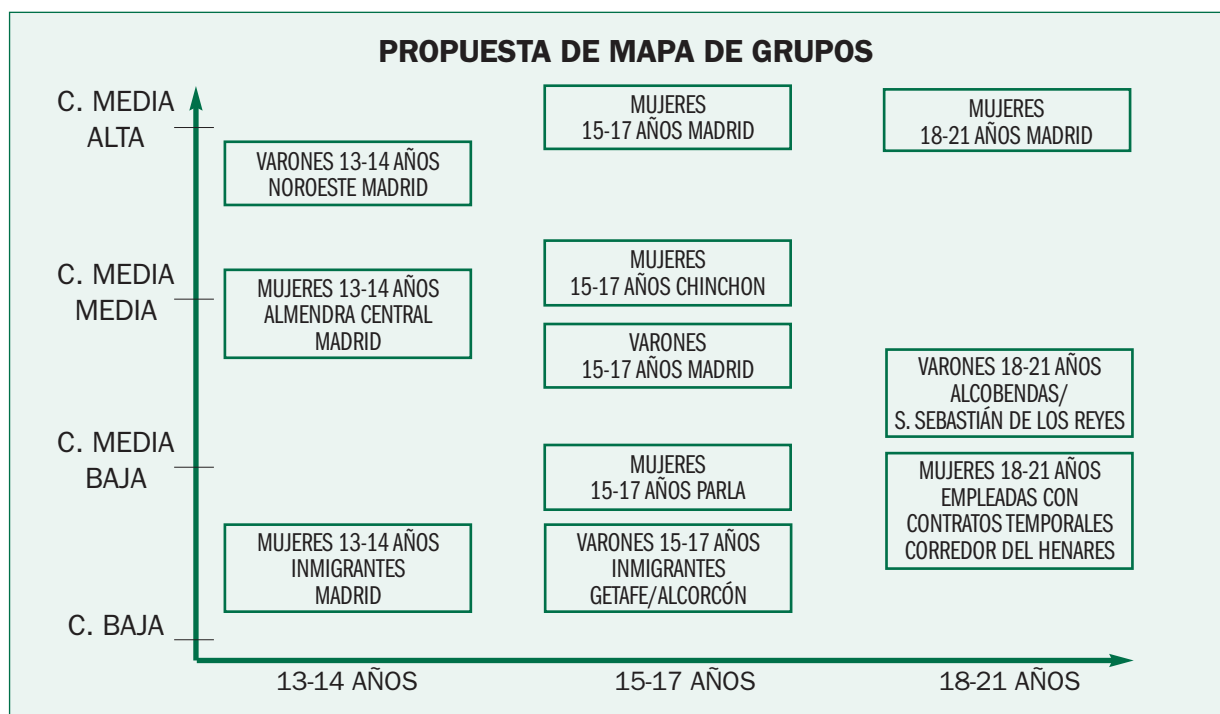
**18-21 años**

RG. N° 9:  
Mujeres de 18-21 años.  
Clase media alta.  
Universidad Complutense y Autónoma.  
Madrid.

RG. N° 10:  
Varones de 18-21 años.  
Clase media.  
Estudiantes y ocupados con contratos temporales.  
Alcobendas/S. Sebastián de los Reyes.

RG. N° 11:  
Mujeres de 18-21 años.  
Clase media baja.  
Empleadas (grandes superficies...) con contratos temporales.  
Corredor del Henares.

Conjunto de grupos que configuran el siguiente mapa de grupos.



# PRIMERA PARTE

## LOS PRINCIPALES CONTEXTOS SOCIALES DE LAS ACTUALES FORMAS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS

El objetivo del presente informe es, como es sabido, el análisis de las concepciones sobre la salud de adolescentes y jóvenes madrileños y de sus principales comportamientos en relación a la salud. Concepciones y comportamientos que tienen una estrecha relación, que se incardinan en el contexto más amplio de las actuales formas de vida juveniles existentes en la Comunidad de Madrid y en los procesos de cambio que éstas parecerían estar experimentando. Es por ello que en

este primer apartado de la obra vamos a exponer algunos de los rasgos, algunos de los elementos de los citados contextos sociales más generales de la vida de los jóvenes que, a nuestro juicio y en función de lo producido por los grupos, más relación tienen con la salud y, por tanto, cuyo conocimiento y comprensión puede ser útil para la intervención en el ámbito de la promoción y educación para la salud de las nuevas generaciones de madrileños y madrileñas.



# Un cambio de discurso social sobre los jóvenes

La primera cuestión a destacar por su importancia se refiere al cambio de clima social en relación a los jóvenes operado entre 1996, año de la primera investigación sobre “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños” y la actualidad de 2003. Cambio de clima y de imagen social del que parecen ser muy conscientes los jóvenes representados en los grupos.

En 1996, tal como habíamos apuntado en el citado informe, la juventud aparecía en el discurso social como el “canon” de la belleza y de la salud. En el 2003, manteniéndose ciertos elementos de dicha imagen, se han expresado toda una serie de elementos que proyectan una imagen sobre los jóvenes mucho más problemática que la existente en 1996. Problemática evidenciada en muchos atributos y calificativos sobre la falta de respeto juvenil, sobre los desórdenes causados por los jóvenes madrileños en los espa-

cios públicos en la práctica del conocido fenómeno del botellón, en la pretendida falta de cultura del trabajo y del esfuerzo existente en las nuevas generaciones, etc.<sup>1</sup> Conjunto de atributos y calificativos que proyectan una imagen más negativa que positiva de la juventud madrileña actual.

Todo parece indicar que tanto por el cambio en las condiciones de vida (como desarrollaremos en las páginas posteriores), como por la citada mala imagen juvenil, las actuales generaciones de los 13 a los 21 años de jóvenes madrileños representados en la investigación, se sentirían “acosados”, si se nos permite la expresión, mucho más mal mirados que en la época de mediados de los 90 en la que realizamos la investigación citada.

Sensación de “acoso”, de “cierre de salidas” que parece incidir en un cierto incremento de la desconfianza juvenil ante los adultos, en un cierto cierre endogámi-

<sup>1</sup> En “*La Mirada de los Padres*” editada por CREFAT en 2002, hemos desarrollado ampliamente la imagen que los actuales discursos adultos proyectan sobre la juventud española.

co sobre sí mismos, como no ha dejado de evidenciarse en la propia investigación en la que los jóvenes parecían más “reacios” a expresar sus opiniones que en investigaciones realizadas por el mismo equipo investigador de CIMOP hace unos 5 ó 6 años. Mayor desconfianza, mayor inhibición juvenil a expresarse “como si” los jó-

venes supieran, esperaran una condena, una crítica, un rechazo a las posibles posiciones que pudieran expresar. Como si los jóvenes tuvieran conciencia de ello y se autocensuraran en su expresión ante los adultos, ante los propios investigadores que les preguntaban temas relativos a su salud.

## El dilema de los jóvenes madrileños

La situación que describen los grupos con respecto a la situación de los jóvenes madrileños en relación a sus vivencias, sus comportamientos, sus aspiraciones actuales no pueden ser bien entendidas, a nuestro juicio, si no se enmarca y comprende dicha situación en el devenir histórico más reciente de la vida de los jóvenes y en cómo todo ese proceso ha ido generando un conjunto de experiencias juveniles que son las que subyacen en una gran parte de las creencias, de las actitudes y de los comportamientos juveniles ante la Salud y ante otras muchas dimensiones de sus vidas.

Como es sabido y hemos tenido ocasión de analizar en profundidad en otras obras (ver especialmente “Los hijos de la desregulación” y “La mirada de los padres”, ambas editadas por la fundación CREFAT, de la Cruz Roja), el conjunto de cambios económicos, sociales, tecnológicos, etc., de finales de los años 80 y primeros de los años 90, situaron en un impasse, en un callejón sin salida a los jóvenes de aquellos años: amplias tasas de paro juvenil, dificultad de

acceso al empleo, práctica imposibilidad de acceder a una vivienda, grandes dificultades para formar un nuevo núcleo de convivencia, etc. Callejón sin salida que produjo una situación de bloqueo social muy fuerte en los primeros años 90 en lo que se refiere a la integración social de la juventud en aquellos años y que llevó a una crisis al modelo más tradicional de crecimiento e integración social de los jóvenes en la sociedad adulta. Modelo basado en la tríada “empleo fijo”, “vivienda propia” y “construcción de un nuevo núcleo familiar independiente”.

La forma de abordar esta situación fue el desarrollo de todo un conjunto de reformas, entre ellas la Reforma Laboral de 1994, de cambios en las políticas de concesión de créditos hipotecarios, de cambios en las políticas educativas subrayando la inviabilidad de una educación y de una universidad abierta y accesible para todos, etc., etc., con el objetivo teórico de desbloquear dicha situación y permitir la integración al trabajo y a la sociedad adulta de dichas generaciones de jóvenes bloqueadas por el paro y las otras situaciones citadas.

El resultado de dicho conjunto de “reformas” fue la formulación de lo que podríamos entender como un conjunto de “ofertas” a las nuevas generaciones juveniles mediante las cuales la sociedad adulta esbozaba adquiriría toda una serie de compromisos hacia los jóvenes en función de la distinta posición social de sus familias. Es decir, en lugar del modelo de integración social tradicional que era un modelo teóricamente universal e igual para todos (al menos desde su definición teórica y desde los instrumentos que se dotaba el Estado para intervenir al respecto), la sociedad adulta, los poderes dominantes en la misma ofrecían una especie de doble oferta, de doble “contrato” a unos y otros tipos de jóvenes en función de la citada posición social familiar. Tal como recogimos en “Los hijos de la desregulación”, de lo que se trató en la segunda mitad de la década pasada fue de seguir ofertando el clásico “contrato de integración” en la sociedad adulta a una *“minoría de la élite, a los jóvenes de las clases medias altas en general en un nuevo entorno de globalización y de segmentación de la citada élite.* (Conde, 1999), mientras ofrecía a la mayoría de adolescentes y jóvenes de las más amplias clases medias, medias bajas y bajas una nueva oferta de pacto, de “contrato social”, si se nos permite la metáfora, basado en los siguientes aspectos:

- Por un lado, se les permite y concede:
  - Más autonomía personal en la familia.
  - Menor exigencia educativa y de rendimiento escolar.
  - Más ingresos y consiguiente capacidad de gasto<sup>2</sup>.
  - Más posibilidades consumistas.
  
- Por otro lado, se dificulta o directamente se les niega a los jóvenes de

estos sectores sociales la posibilidad real y profunda de emanciparse e independizarse con todas las dimensiones que ello conlleva (trabajo, vivienda, sexualidad...).

Además, como no podía ser menos, mientras la primera parte de la oferta se percibe y experimenta casi inmediatamente (de ahí, entre otros factores lo que se podría calificar casi como de “euforia” de los jóvenes en aquellos años 1996-1998), la segunda parte ni se percibe ni se experimenta en un primer momento sino que tan sólo se empieza a percibir unos años más tarde como parece estar ocurriendo en la actualidad.

### **La respuesta inicial a la oferta de los contratos**

La doble fórmula de contrato, el basado en el esfuerzo “ahora” y la garantía de “inserción” en el mañana para las clases medias altas (expresado en términos generales) y el centrado en una mayor capacidad de gasto, de consumo y de falta de exigencias “ahora” y en unas perspectivas más inciertas de futuro “mañana”, fue mayoritaria e inicialmente aceptada por los jóvenes. Hasta tal punto fue así que bastantes jóvenes de las clases más acomodadas estuvieron tentados de dejar sus estudios y aceptar la oferta dirigida a los otros jóvenes de las clases sociales más mayoritarias dado que aparentemente, inicialmente, la oferta a estos jóvenes era más gozosa en lo inmediato, más allá de que a medio plazo pudiera tener contrapartidas muy negativas para los jóvenes que los aceptasen. Contrapartidas que, en todo caso y en aquel momento, como acabamos de señalar, no se percibían.

---

<sup>2</sup> Como ya es casi un lugar común, el acceso al trabajo precario ha tenido como efecto el crecimiento de la capacidad económica y de gasto de las nuevas generaciones juveniles.

La doble oferta de contrato a los jóvenes fue aceptada de forma más desigual por las familias. De forma más positiva por las familias acomodadas, por más que tuvieran que reforzar los mandatos familiares de reproducción social para conseguir que sus hijos siguieran invirtiendo en educación, en formación y en futuro, más allá de la tentación consumista y festiva de lo inmediato. De forma más ambivalente por las familias de clases medias y medias bajas ya que, por un lado y en lo inmediato, permitía a sus hijos acceder a un tipo de trabajo, por más que fuese precario, y obtener unos ingresos (lo que no de-

jaba de ser positivo); pero, por otro lado, les generaba un incremento de tensiones y de conflictos familiares en la medida que los jóvenes se hacían más independientes, disponían de dinero propio y exigían más libertad y autonomía personal en la familia.

Desde este punto de vista y, tal como hemos tratado de resumir en el cuadro adjunto, la respuesta inicial de las generaciones de los padres y de las generaciones juveniles ante esa oferta que hemos denominado de “nuevos contratos” hacia los jóvenes fue muy diversa, según unas y otras clases sociales.

### **REACCIONES DE LA GENERACIÓN DE LOS PADRES Y DE LOS HIJOS A LAS NUEVAS OFERTAS DE “CONTRATOS” SOCIALES HACIA LOS JÓVENES A MEDIADOS DE LOS AÑOS 90**

	REACCIÓN DE LAS GENERACIONES ADULTAS	REACCIÓN DE LAS GENERACIONES JUVENILES
Clases medias altas y acomodadas	Reacción muy positiva	Reacción ambivalente
Clases medias y medias bajas más subordinadas	Reacción ambivalente	Reacción muy positiva

Respuesta inicialmente mayoritaria, más positiva e inicialmente casi entusiasta en los sectores de jóvenes de clases medias y medias bajas y más ambivalente en los jóvenes de las clases medias altas que todavía hoy persiste y que podemos encontrar fácilmente en las propias reacciones grupales expresadas en la investigación.

Así, por ejemplo, en los sectores de clases medias altas presentes en los grupos, los jóvenes se resienten, se quejan del incremento de presión familiar que han experimentado en estos últimos años para que se mantengan en la senda del traba-

jo y del estudio sin caer en la tentación más inmediateista y lúdica de la diversión. Incremento de la presión familiar, de la “opresión”, como señala el núcleo de jóvenes de clases medias altas presente en el grupo de varones de 15 a 17 años, que se expresa en la profusión de actividades extraescolares, en el refuerzo de los estudios y que acaba, también, traduciéndose en la presencia de ciertos niveles de ansiedad y de estrés en estos sectores juveniles hiperpresionados por las familias para que consigan buenos resultados escolares, para desarrollar una cultura del esfuerzo, una visión a medio plazo de pro-

yectos y de futuro cuando todo lo que les rodea, cuando la mayoría de la juventud, de muchos de sus amigos están en otro horizonte vital y personal. Cuando muchos de dichos amigos, en lo inmediato, en el ahora “presentista”, parecen disfrutar más de la vida que estos otros jóvenes volcados hacia el estudio.

Sin embargo, frente a esta mayor presión familiar hacia los buenos resultados escolares, frente a esta mayor exigencia de construcción de futuro, los jóvenes de las clases medias y medias bajas reaccionaron expresivamente manifestando como, en esos años, ser “joven” de esa forma “presentista” y aparentemente “lúdica”, no dejaba de ser un “lujo”, como significativamente declaran todavía estos jóvenes desde los momentos iniciales de algunas de las dinámicas de grupo realizadas.

*“Bueno, yo creo que la mejor manera de vida es ésta, ¿no?, estudio, tener lo que quieres, tus padres... Yo creo que se vive así bastante bien.*

*–Sí, yo creo que sí, porque... ¿qué tienes de...? ¿De responsabilidad qué tienes? Te dan dinero, no haces nada, y te dan dinero; porque si estás estudiando, el que no estudia, el que por ejemplo en clase no hace nada, ¿sabes?, que no estudia, no hace nada también le están dando dinero a lo mejor. Vive como un rey. No tiene nada, no tienes preocupación; yo pienso eso, amos.*

*–Cuanto más tarde trabajar mejor.*

*–Claro.*

*–La vida de estudiante es la... Te lo dan todo servido, sólo tienes que ir seis horas al colegio y se acabó.*

*–Ahora las vacaciones de verano, dinero... Si necesitas dinero te lo van a dar, ¿no? Pues ya está. ¿Y de responsabilidad qué tienes? Ninguna. Se vive bien” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Tal como señalamos en “Los hijos de las desregulación” y tal como subraya el texto anterior, es muy difícil apostar por el esfuerzo, por el estudio serio, por el trabajo, el futuro, es muy difícil decir no a esa oferta de “contrato” del “parque temático” del ocio y la diversión sin contraparte de responsabilidad<sup>3</sup>, cuando la situación de los jóvenes de dichos sectores sociales no deja de ser, hasta cierto punto, envidiable y cuando, además, con la nueva situación del mercado de trabajo inaugurado con la Reforma Laboral de 1994 y la consiguiente flexibilización de los contratos, resulta relativamente fácil encontrar un tipo de trabajo que permita disponer de un ingreso extra para el propio disfrute personal.

*“... si quieres trabajar y ganar dinero siempre vas a tener trabajo, si te mueves siempre vas a encontrar trabajo” (RG. Nº.10 Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)*

### **La respuesta actual: la oferta de “contratos sociales” para los jóvenes**

Desde 1996, año de realización de la anterior investigación, han pasado 8 años que, quizás, para muchos adultos no sea mucho, pero que para los jóvenes es un amplio número de años, una gran parte de su vida. Largos años que han permitido adquirir a unos y otros, a bastantes familias y jóvenes de unos y otros sectores sociales una amplia experiencia acerca de una y otra modalidad de “contratos” ofrecidos a mitad de los 90.

Expresado en una forma rápida y reductora, ya que este tema no es el objetivo de la investigación sino tan sólo una especie de puesta en contexto de la misma, lo que los jóvenes y sus familias

<sup>3</sup> En El País del 22 de octubre de 1996, en una viñeta de El Roto un joven decía: “Pedí un futuro... y me ofrecieron calimocho”.

han podido vivir y experimentar estos años es que una y otra modalidad de “contrato” ofertado a los jóvenes conducen a caminos muy diferentes y generan posibilidades de inserción en la sociedad muy distintas. El que hemos denominado “contrato de estudios y de esfuerzo” se está percibiendo como el que da más resultados a medio plazo, el que más fácilmente posibilita la entrada en el mercado de trabajo en mejores condiciones por más que, aparente y superficialmente, puede parecer más gravoso en lo inmediato desde la perspectiva joven y lúdica. El que hemos denominado “parque temático” se está percibiendo como un gran espejismo que dificulta la inserción social, la independencia y emancipación juvenil. Es decir, se está percibiendo como una oferta aparente y superficialmente muy seductora en lo inmediato que, sin embargo, aleja a los jóvenes de una vida más digna e independiente en el medio plazo en la medida en que los trabajos a los que se puede aspirar con una preparación más débil y deficitaria son empleos poco cualificados y con escasas posibilidades de desarrollo profesional.

Experiencia acumulada en estos años que produce una especie de “toma de conciencia” colectiva en los jóvenes que lleva a los que años atrás optaron por la modalidad del “parque temático” a expresar una cierta añoranza, un cierto arrepentimiento por haber abandonado los estudios, el haber pasado la juventud como espacio puro de diversión sin ninguna mira a largo plazo. Toma de conciencia que conduce a los más lúcidos<sup>4</sup> de ellos a defender la necesidad de volver a recuperar el estudio, el esfuerzo de futuro, aunque ello les cueste más ahora que si lo hubieran hecho en su día y les conlleve, por ejemplo, la cierta vergüenza de estar en las clases con jóvenes

mucho menores que ellos y, al mismo tiempo, mucho más cualificados.

*“Yo, con los estudios sí me agobio un poco. Llevo trabajando desde los quince haciendo cosillas porque la situación económica no ha sido como debería ser y nos hemos tenido que ganar la vida mis hermanos y yo para... Entonces, hasta los 16-17 muy bien, lo que pasa que luego a los 17 el nivel de estudios aumenta y el nivel de trabajo que yo puedo hacer pues también aumenta...”*

*–Y los gastos.*

*–Más que nada porque ya es legal que pueda trabajar y entonces si me agobio un poco porque estoy en segundo de bachillerato, tengo 21 años y ya me cuesta, tengo que ir a clase, además nadie de mi edad, toda la gente es más pequeña que yo y no es lo mismo, entonces si me agobia un poco porque yo quiero estudiar pero por decir; me lo quiero sacar. Además yo ya sé lo que quiero estudiar, lo que quiero hacer y me estoy sacando algo que tiene cosas de lo que yo quiero hacer” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)*

*“... los estudios si que agobian porque se te echa el tiempo encima, no te sacas los cursos” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)*

Toma de conciencia de los propios jóvenes que parece ir acompañada, en bastantes casos de los sectores más centrales de los grupos realizados, por una paralela y renovada toma de conciencia familiar con respecto a la importancia de los estudios de los hijos si se quiere que éstos encuentren mejores condiciones de trabajo que la asociada a los empleos más habituales y usuales en estos últimos años, de unos empleos ubicados en las zonas más subordinadas de la estructura

<sup>4</sup> Lógicamente son también jóvenes con una cierta edad, más cercanos de los 20 años que de la adolescencia.

social como las continuas alusiones al trabajo de “barrendero” manifiestan. Toma de conciencia familiar que parece haber reforzado la presión hacia los resultados escolares de los hijos, especialmente si éstos han obtenido malos resultados en las anteriores temporadas, como es el caso del siguiente ejemplo grupal.

*“Hay muchas veces que tú en tu casa estás estudiando, y en tu casa te están apretando y a lo mejor tú das todo lo que puedes pero estás estudiando telecomunicaciones y te quedan dos asignaturas y tus padres te machacan y acabas hasta las narices de tu padre y al final dices; mira, ni me pagues más la carrera ni nada porque me estáis dando una brasa... me pongo a currar me piro de aquí y ya veré como salgo”* (RG. N° 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).

*“A mí me agobian los estudios porque soy vago para estudiar y lo que me agobia es cuando llegan las notas en casa siempre hay muy mal rollo en casa y a lo mejor quiero hacer algo, quiero salir por la tarde y tal y ya tengo ahí la presión de mis padres; no salgas, estudia y tal, pero que hay mal rollo en casa y eso es lo que me agobia.*

*–Sí, eso es cuando salen las cosas mal, por ejemplo el año pasado en mi casa me fue muy mal todo, este año me ha ido bastante bien y la diferencia ha sido que el año pasado tuve que estudiar todo el verano y este año ha sido que al día siguiente de acabar los exámenes ya mi padre presionándome; ¿Qué haces aquí? ¿Por qué no estás buscando trabajo? Y eso al día siguiente de haber acabado todo...”* (RG. N° 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).

La citada toma de conciencia personal y familiar se refuerza, por lo señalado en los grupos, por la aparición en estos últimos cuatro o cinco años de un factor práctica-

mente inexistente a mediados de la década de los 90, como es la inmigración. Fuerte proceso migratorio que se convierte en un factor perturbador de las propias condiciones, de las propias posibilidades de los jóvenes de acceder a los tipos de trabajos a los que han venido accediendo estos últimos años, de esos trabajos que les posibilitaba un dinero fácil y que les forzaba, les condicionaba, les facilitaba la orientación “presentista” de sus vidas hacia el ámbito del consumo y del ocio más lúdico.

En efecto, como no dejan de señalar en el grupo de más edad de los realizados, en el grupo de varones de 18-21 años de clases medias y medias bajas de la zona de Alcobendas/San Sebastián de los Reyes, la presencia de los inmigrantes es muy notoria en los ámbitos de trabajo: servicios, hostelería, restauración, comida rápida, que en los años más recientes han sido la principal cantera de trabajo para las generaciones jóvenes españolas, para los jóvenes que querían acceder a un trabajo rápido y a un dinero, más o menos fácil, para sus gastos.

*“Es que ese es el problema que la gente no quiere esos trabajos y los están ocupando los emigrante porque la juventud española está acomodada totalmente, tiene unos padres que les dan todo lo que necesitan, vamos, la mayoría... hay gente que trabaja y estudia a la vez pero esos son los menos, la mayoría, los compañeros de carrera se lo pagan todo los padres igual que me lo pagan a mí, a no ser que quieras tener más dinero para tus gastos personales, poca gente conozco que tenga fuerza de voluntad para buscarse un trabajo y entre semana estudiar o los fines de semana que es tu tiempo libre que lo aprovechas para ti no tienes que estar malgastándolo.”* (RG. N° 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).

*“¿Por qué ahora casi todos los emigrantes están ocupando los puestos de*



*Mcdonal's, Burger King y todos esos sitios? Tienen dos y tres trabajos, porque es lo que no quiere la juventud española, si haces unos estudios es para ir a una oficina a estar bien y es un problema porque no va a haber puestos para todos".* (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).

La consecuencia de todo ello es la recuperación de los estudios como principal medio de diferenciación y de competencia en el mercado de trabajo, como principal camino para acceder a situaciones de trabajo algo más cualificadas y a las que el acceso de los jóvenes inmigrantes sea más difícil.

*"... ahora mismo con la ESO es que no eres nada..."*

*-Vas a buscar trabajo y ¿qué?, la ESO. Y ¿qué? Eso es lo mínimo que puedes tener..."* (RG. Nº 7. Varones 15-17 años. C. Media. Madrid).

*"...ahora el que más estudios tiene es el que más alto llega dentro de la empresa.*

*-Ahora es más difícil.*

*-Es el que más posibilidades tiene con estudios."* (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)

*"HABÍAIS DICHO QUE PARTE DE LAS BRONCAS O DE LAS CHARLAS O SERMONES CON LOS PADRES DE LOS ESTUDIOS, ¿EN QUÉ SENTIDO? ¿QUÉ ES LO QUE...?"*

*-Pues que tienes que estudiar, que si no,*

*no vas a llegar a nada en la vida; que ahora para cualquier cosa te piden el graduado escolar, que hasta para barrero... Que bueno...*

*-(Risas)*

*-Que es verdad. Que para barrer la calle te hace falta... Sí, 4º de la ESO, debo terminarla que como te quede una hay que estar levantándote a las nueve de la mañana todo el verano."* (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid).

De esta forma, como consecuencia de todos estos cambios, la mayoría de los jóvenes de estos sectores sociales de clases medias y medias bajas que componen la mayoría de la juventud madrileña se sitúan ante un dilema:

- Si seguir aceptando el conjunto de la citada oferta de "contrato social" que parece dirigirles la sociedad adulta en su forma devaluada de "parque temático".
- Si iniciar y experimentar un camino propio al margen o, en todo caso, en paralelo a la aceptación parcial del citado contrato.

Dilema que, probablemente, como ocurre en los procesos sociales reales, se resolverá aceptando y adaptando elementos de ambos caminos del dilema teórico planteado. Dilema que, en todo caso, parece situarse en la actualidad del 2003 en el centro de las vivencias, de los discursos expresados por los jóvenes en la presente investigación.

## La educación burbuja

Los procesos de educación y de formación constituyen otro de los elementos cardinales en la configuración de las formas de ser, de los modos de vida y de comportamiento, de los modos de encarar su relación con el mundo por parte de las generaciones más jóvenes. Procesos de educación y de formación que, al igual que ocurre con los vinculados a la transformación en el trabajo y en la relación estudios-trabajo, también han experimentado una no menos importante transformación en estos últimos años.

A tenor de lo producido en la investigación y siempre en la línea de seleccionar aquellas dimensiones relevantes en los discursos grupales que más incidencia parecen tener en los temas de salud que constituyen el objetivo del trabajo, quisiéramos señalar y comentar brevemente tres aspectos que han surgido, que se han expresado como más importantes a estos efectos:

- El importante grado de proteccionismo familiar.

- El predominio de la información sobre la experiencia en los procesos de aprendizaje.
- La importancia del mundo virtual de las pantallas en la vida de las nuevas generaciones<sup>5</sup>.

### 3.1. La imagen dominante sobre la familia

En el marco de unas y otras instituciones de socialización y educación hacia los adolescentes y jóvenes madrileños, las familias, la educación familiar aparece como una instancia asociada a la transmisión de toda una serie de valores, de normas, de comportamientos que, asumidos e integrados por los adolescentes, significan uno de los recursos más importantes en sus manos para abordar y enfrentarse con las turbulencias de los cambios de la adolescencia y juventud, con las nuevas problemáticas a las que se van a

<sup>5</sup> Estas dos últimas cuestiones las iremos desarrollando a lo largo del informe. No en estos capítulos iniciales más contextuales.

enfrentar en sus vidas a partir de la adolescencia. Momento en el que parecen entrar en conflicto la educación recibida hasta ese momento en el núcleo familiar y el entorno más permisivo, más facilitador de todo un conjunto de nuevas prácticas en las que empieza a desenvolverse la vida de los jóvenes.

*“TÚ DECÍAS: ESOS MUNDOS NO ME VAN, NO ME GUSTAN. ¿QUÉ SON ESOS MUNDOS?”*

*-Los mundos, pues eso de fumar..., de todo.*

*¿DE...? ¿DE TODO?*

*-Y hasta los porros y eso, a mí no me van. Y lo de botellones, pues tampoco. A lo mejor he ido a dos o tres pero que no, ¿sabes?, que yo Coca-Cola y ya está. No sé, es que me han educado así. Yo creo que también es por la educación de los padres.” (RG. Nº 1. Mujeres.13-14 años. C. Media. Madrid).*

*Desde este punto de vista, la educación familiar y la intervención en las familias desde la perspectiva de la Educación para la Salud aparece como una estrategia fundamental para el desarrollo de una política de promoción y de educación para la salud de las nuevas generaciones de madrileños.*

### **3.1.1. La pluralidad de los modelos familiares**

Dada la pluralidad de grupos sociales y de edad presentes en la investigación, ha aparecido una clara pluralidad de modelos familiares de referencia: desde las familias aparentemente más “normativas” y con proyectos de vida más claros para sus hijos en los sectores de clases más acomodadas de la zona noroeste de la

Comunidad, a las familias con un concepto más tradicional de la misma, más basado en la solidaridad familiar y en la existencia de muy fuertes vínculos familiares, como puedan ser los modelos de referencia familiar de los grupos de jóvenes inmigrantes de clases medias bajas realizadas; desde las familias más inscritas en los mecanismos tradicionales de control familiar sobre las conductas de sus hijos, como pueda ser el caso del grupo de las chicas de Chinchón, a las familias en las que el “control familiar” prácticamente acaba en la puerta de la vivienda, como puedan ser los modelos de referencia de los grupos de clases medias y medias bajas de Madrid y de la zona sur del área metropolitana.

Pluralidad de modelos familiares de repercusiones y de trascendencia muy distinta en la vida de las generaciones más jóvenes cuyo estudio excedería con mucho las posibilidades y objetivos de la presente investigación, pero cuyo análisis sí sería de interés para poder conocer más a fondo la creciente diversificación social y familiar existente en nuestra Comunidad y cómo dicha diversidad afecta a los comportamientos, a la disposición de recursos de los propios jóvenes para hacer frente a sus problemas, el desarrollo de sus vidas, a cómo encarar las cuestiones de la salud y de la enfermedad.

Ahora bien, siendo cierta esta pluralidad, no es menos cierto que en el marco de la citada pluralidad<sup>6</sup>, parece existir un modelo más claramente dominante y mayoritario en el conjunto de familias de las más amplias clases medias metropolitanas que componen el grueso de los jóvenes madrileños representados en la investigación. Por ello, pese a esta reducción unilateral al modelo “proteccionista”

<sup>6</sup> Una aproximación a dicha pluralidad puede encontrarse en la ya citada obra de Conde (2002), así como en E. Megías (coord.) “Hijos y Padres: Comunicación y Conflictos” (Fundación de Ayuda contra la drogadicción (2002) y en Pérez Alonso-Geta y Cánovas Leonhardt: “Valores y Pautas de Interacción familiar en la adolescencia (13-18 años) (Fundación Santa María 2002).

de la diversidad familiar existente en Madrid, sí consideramos conveniente realizar algunas reflexiones iniciales sobre el mismo en la medida que parece estar teniendo una influencia decisiva sobre bastantes de las creencias y de las pautas de comportamiento que mantienen un amplio número de los jóvenes madrileños representados en la investigación.

Antes de entrar a desarrollar esta reflexión, no conviene olvidar que si el modelo “proteccionista” o, mejor aún, el modelo que compagina una amplia “permissividad” en el interior del hogar con un fuerte “proteccionismo” en lo que respecta a lo que ocurre fuera del mismo, es la primera característica esencial sobre la que conviene meditar. La otra dimensión que conviene subrayar en el marco de este estudio es la referida a las concepciones sobre la salud dominantes y más presentes en las generaciones de los padres de los jóvenes representados en los grupos. Concepciones familiares que constituyen una de las bases sobre las que los hijos, los jóvenes configuran sus propias concepciones sobre la salud.

En este sentido, conviene recordar que los padres de las generaciones presentes en los grupos, de 14 a 21 años pertenecen mayoritariamente a las generaciones de los padres y especialmente de las “madres”, de las “mujeres” que constituyeron el núcleo fundamental de la investigación realizada en el año 2000 acerca de “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de las Mujeres Madrileñas”, en proceso de edición en la colección de “Documentos Técnicos de Salud Pública”<sup>7</sup>. Generación de mujeres que comparte en sus núcleos más centrales y mayoritarios una idea, una noción sobre la salud basada en lo que en dichos textos denominábamos

el “equilibrio personal”. Concepción de la salud de las madres que la entiende asociada a varias características muy presentes en los discursos producidos en los grupos de jóvenes representados en la investigación:

- La salud entendida como “equilibrio” y capacidad de adaptación flexible entre las demandas personales y las presiones del entorno, entre las propias exigencias, a veces contradictorias entre sí, de las propias condiciones del entorno.
- La salud entendida de forma más individualizada y, hasta cierto punto, más medicalizada.
- La salud entendida, también, como la fuerza, la energía, la “vitalidad”, como decían las mujeres, para poder desplegar el conjunto de actividades y responsabilidades cotidianas a las que hay que hacer frente en la vida cotidiana de nuestra actual forma de vida social y urbana.

Concepción sobre la salud de las actuales generaciones de madres de las presentes generaciones adolescentes y juveniles de Madrid en las que tampoco conviene olvidar por sus repercusiones en las generaciones de los hijos, algunas otras importantes características que mencionamos a modo de recuerdo...

- Modelo de socialización y educación de los hijos teóricamente más igualitario y en el que varones y mujeres tienden<sup>8</sup> a tener los mismos derechos y responsabilidades por más que, sin embargo, la práctica no se corresponde, en más de un caso, con este modelo teórico.

---

<sup>7</sup> Un resumen de la misma está también publicado en Conde, F. y Gabriel C. “La evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres madrileñas” (1993-2000) en Revista Española de Salud Pública. Vol. 76. Nº 5. Septiembre-Octubre 2002.

<sup>8</sup> Subrayamos el “tiende” porque todavía persisten elementos de desigualdad y de diferenciación chico-chica en la educación.

- Modelo de socialización que concede más importancia a la educación instrumental que, a veces, a la educación en valores.
- Modelo de salud que percibe el cuerpo, que tiende a construir una imagen de cuerpo más fragmentario y menos holístico e integrado que anteriores generaciones de padres y, sobre todo, de “madres”.
- Modelo de salud que, en relación a las chicas, hace mucho hincapié en el cuidado de la dieta y en la figura corporal.

Conjunto de dimensiones de las concepciones maternas que se han expresado con relativa intensidad en los discursos juveniles, tal como veremos a lo largo del texto.

### 3.1.2. El modelo proteccionista

Ahora bien, tal como hemos tenido ocasión de desarrollar más ampliamente en otro lugar (Conde, 2002), el modelo familiar que más interesa subrayar de cara a los fines de la presente investigación es el citado modelo proteccionista. Modelo que, expresado de forma muy sintética y reductora, desarrolla una pauta de educación familiar que tiende a configurar el espacio del hogar familiar como un ámbito asediado por un entorno hostil del que los padres deben proteger a sus hijos fomentando todo un tipo de actividades y consumos en el espacio controlado por la familia. Modelo que proyecta sobre el exterior una imagen muy negativa como si todo lo que ocurriera en “la calle”, como condensación máxima del espacio público, fuera negativo para los hijos, para los adolescentes y jóvenes. Modelo proteccionista que acaba constituyendo el interior del hogar como un espacio hiper-permisivo y el exterior al mismo como un espacio prácticamente prohibido.

Modelo proteccionista que genera en torno a los jóvenes una especie de burbuja de cristal en la que los padres tratan de que sus hijos vivan el máximo de tiempo posible. Problemática del modelo proteccionista de educación familiar que ha estado muy presente en los grupos y que parece estar ayudando a configurar todo un amplio conjunto de respuestas por parte de los jóvenes ante las más distintas dimensiones de sus vidas. En efecto, los propios grupos, especialmente los más adolescentes parecen tener plena conciencia de que dicho modelo conlleva una pauta educativa en la que jóvenes tienen acceso a casi todo lo que desean sin que parezca existir ningún tipo de contrapartida, ni exigencia familiar, ya sea en el terreno de las responsabilidades en las tareas del hogar, ya sea en los propios estudios que se desarrollan en estas edades. Así, el propio grupo de varones de 15 a 17 años de clases medias urbanas inicia la propia dinámica subrayando cómo la situación actual de la juventud hasta cierto punto es una situación ideal, ya que puedes “tener todo lo que quieras” sin que te pidan nada a cambio.

*“... te dan dinero, no haces nada, y te dan dinero; porque si estás estudiando, el que no estudia, el que por ejemplo en clase no hace nada, ¿sabes?, que estudia, no hace nada también le están dando dinero a lo mejor. Vive como un rey” (RG. N° 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

La propia vida que se desarrolla en la casa, en el hogar familiar no puede ser inicialmente más agradable ya que “te lo dan todo servido”, sin que te demanden “tu” participación en nada que conlleve algún tipo de responsabilidad. De este modo, se desarrolla una vida en ausencia de exigencias, problemas y responsabilidades

*“no tienes nada, no tienes preocupación” “de responsabilidad qué tienes”, preguntan los jóvenes. Vida en la que la única contrapartida que aparece es la de ir al colegio, pasar un cierto tiempo allí, más allá de que se estudie o no: “... sólo tienes que ir seis horas al colegio y se acabó”.*

De hecho, en el peor de los casos, los padres lo que hacen es pedir ayuda para recoger la mesa.

*“... a lo mejor claro, claro que tiene responsabilidad, ¿pero qué son?”*

*-Limpiar la mesa y cosas de esas de casa y ya está.*

*-Hacer lo mínimo.*

*LIMPIAR LA MESA, DICES.*

*-Claro. Y los platos y todas esas cosas, y ya está. Y poco más se hace en casa” (RG. N° 7. Varones 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Demanda de ayuda en el hogar que, por cierto, parece seguir orientándose más hacia las chicas que hacia los chicos, según denuncian las jóvenes representadas en los grupos. De esta forma, salvo en ciertos grupos familiares aparentemente más minoritarios situados en las clases medias altas y en sectores de trabajadores industriales (Conde, 2002), donde la cultura familiar conlleva unas claras exigencias normativas; salvo en las familias de inmigrantes en las que también existe una fuerte normatividad, sobre todo en lo que se refiere a las exigencias de los estudios y del rendimiento escolar de los hijos, en un sector mayoritario de familias madrileñas el modelo de educación tendería en la práctica a dejar en manos de la decisión del propio joven el asumir unas u otras responsabilidades.

*“...hay facilidades, pero hombre, después también están las responsabilidades que uno quiera coger, si quiere ayudar o no”. (RG. N° 7. Varones 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Las consecuencias de dicho modelo no pueden ser más negativas de cara a la educación de las nuevas generaciones de madrileños. Tal como señalábamos en la citada obra, *“La mirada de los padres”* (Conde, 2002), recogiendo un verbatim de uno de los asistentes a aquella investigación, *“el problema de sobreproteger a los niños está en que no les enseñamos a vivir”* (Conde, 2002).

Ausencia de preparación para la vida que tiene en los déficits de experiencias vitales personales y en la ausencia de un fuerte proceso de “personalización”, de seguridad en sí mismo y de capacidad de superar las frustraciones algunas de sus consecuencias más negativas para el desarrollo de la vida adolescente y juvenil.

Falta de conocimiento y preparación para la vida en el “exterior” al hogar, déficit de personalización y de configuración de una fuerza de carácter y de voluntad autónoma que se traduce en que cuando el joven empieza a salir fuera del hogar y a vivir las experiencias que se producen en dicho espacio, entre ellas el acceso al consumo de alcohol, al tabaco y a los consumos de otros tipos de drogas, la presión grupal vence muy fácilmente el posible carácter, la posible personalidad propia, a la fuerza de voluntad de dicho sujeto<sup>9</sup>.

*“... a mí también me han educado bien y no... A mí me han influido los amigos y además un montón.*

*-Hay que tener personalidad.*

*-Ya. Si yo la tenía, pero...*

---

<sup>9</sup> Alguno de los profesionales entrevistados nos han señalado a este respecto, cómo una de las claves de trabajo de los talleres que realizan con los adolescentes es el refuerzo del “yo”, de la propia personalidad para saber elaborar de forma positiva las presiones del entorno y tener capacidad de afrontarlas positivamente.

(-Risas)

-Hasta que lo probé y ya dije: mira, se acabó.

¿Y DÓNDE HAS DEJADO LA PERSONALIDAD?

-Por los suelos.

-Creo que la he perdido en el parque.

(-Risas)

-No lo sé, por ahí estará.” (RG. N° 1. Mujeres 13-14 años. C. Media. Madrid)

Como irónicamente subrayan las chicas de 13-14 años de clases medias de Madrid, entre las influencias de los “amigos” y demás elementos de la vida exterior al hogar, la buena educación de la familia, “a mí también me han educado bien”, la personalidad “heredada” la ha dejado abandonada en el espacio público, “por los suelos...en el parque...”, en algún lugar desconocido “por ahí estará”.

## La necesidad de la libertad personal y la emancipación familiar

El conjunto de discursos producidos en la investigación, y de forma muy notoria en las edades de 16-17 años en adelante, señalan que una de las aspiraciones más claras de los jóvenes madrileños es la de conseguir unas mayores dosis de libertad y autonomía personal en relación a los controles “proteccionistas” señalados en sus familias.

*“HABÍAIS DICHO VARIAS VECES, QUE AHORA ES EN CASA, CON LOS PADRES, DONDE TENÉIS ASÍ CONFLICTOS.*

*-Sí.*

*¿QUÉ TIPO...? ¿POR QUÉ SURGEN ESOS CONFLICTOS?*

*-Por la libertad.*

*-Por lo de siempre.*

*-Por cualquier cosa.*

*-Por la libertad.” (RG. Nº 6. Mujeres 15-17 años. C. Media. Chinchón)*

Aunque la mayoría de los estudios sobre la familia española señalan la importancia de la misma para los jóvenes e, incluso, la intensificación de esta impor-

tancia en los últimos años, dicho valor parecería traducirse especialmente en el plano de las relaciones afectivas de forma que los jóvenes aspirarían a mantener y reforzar esos lazos afectivos al mismo tiempo que desearían un espacio mayor de decisión y de autonomía personal en su desarrollo, tanto dentro como fuera de la casa familiar.

En este sentido, una de las hipótesis centrales de esta investigación construida a partir del conjunto de discursos producidos en los grupos, es que cabría pensar que entre los adolescentes y jóvenes madrileños se estaría produciendo un cierto movimiento reactivo ante el exceso de dicho proteccionismo, de forma que los jóvenes quisieran encontrar unos caminos propios para crecer y madurar sin el sempiterno apoyo-control familiar. Movimiento reactivo necesariamente complejo y ambivalente en la medida que conlleva una cierta ruptura con la familia, en unos planos, mientras se mantiene la vida en común y la existencia de fuertes vínculos en otras; una afirmación de la vida personal fuera del



hogar y una falta de experiencia en cómo desarrollar dicha nueva vida. Movimiento complejo y, a veces, contradictorio que, sin embargo, no debe hacernos olvidar su meta, su objetivo esencialmente positivo: encontrar un espacio de mayor autonomía, madurez y responsabilidad personal.

De hecho, como veremos a lo largo del informe, todo parece indicar que la vivencia juvenil de muchas de sus conductas y comportamientos más habituales y que más preocupación generan en los adultos, podrían entenderse e interpretarse como un conjunto de comportamientos donde los jóvenes van poniéndose a prueba, van conociéndose a sí mismos y van madurando de forma progresiva.

- En primer lugar, en el seno de las conductas más grupales asociadas a los fenómenos del “botellón” y de los consumos de alcohol y tabaco.
- En segundo lugar, en el marco de comportamientos más individualizados asociados en los varones a la conducción temeraria (de motos y automóviles).
- En tercer lugar, en el marco de las relaciones de pareja, de las relaciones afectivo-sexuales de tanta importancia en la vida de la juventud.

Conjunto de prácticas y comportamientos que, a veces, pueden estar en el

origen de problemas de todo tipo para los jóvenes, incluidos los problemas de salud, pero que también parecen vivirse como una de las escasas vías de las que hoy disponen los jóvenes para medirse a sí mismos, para conocerse y madurar, para saber de sus propios límites y para conocer las consecuencias de sus actos. Todo parece indicar que ante la sensación de falta de contacto con la realidad, como resultado del actual modelo institucional (y no sólo familiar) de educación de la juventud, los comportamientos juveniles fueran una especie de enfrentamiento con la realidad, de “cuerpo a cuerpo” con la misma, para conocerla y, al mismo tiempo, para conocerse a sí mismos.

Conjunto de prácticas y de comportamientos juveniles que no cuestionan sólo el citado modelo (más reducido) de la educación familiar más proteccionista sino que, en el dilema señalado en el primer capítulo, parecen decantarse (como emergente todavía ambivalente) por el inicio de un camino propio y experiencial que trata de encontrar una salida personal a la actual oferta institucional hacia la juventud. Oferta que, como venimos señalando de forma redundante, reduce ésta a una vida de ocio más o menos lúdica, más o menos divertida pero, en todo caso, orillada de la participación, del crecimiento, de la responsabilidad y de la verdadera libertad.

## 5

# Algunas consecuencias de dicha situación

La existencia de un cuestionamiento tendencial de la citada oferta de vivir la época adolescente y juvenil como una especie de “parque temático” en el que se disfrute de la vida en una suerte de “tiempo” congelado y sin perspectivas de futuro, la existencia de este emergente en los actuales comportamientos juveniles madrileños coexiste con un mundo de valores y de concepciones configuradas en estos últimos años que todavía cuentan con un gran peso en la vida juvenil, en sus concepciones del mundo y en sus comportamientos. Conjunto de comportamientos que no dejan de tener una importante repercusión en todo un conjunto de dimensiones relativas a la “salud” y a los distintos tipos de conductas juveniles, más o menos saludables a este respecto.

Conjunto de concepciones, de mentalidades, de valores presentes en la juventud entre los que queremos, en estos capítulos iniciales de la obra, subrayar algunas de las que, a nuestro juicio, más relación mantienen con los objetivos más centrales de esta investigación sobre la salud.

### **5.1. Mayor relevancia del azar y menor trascendencia de las acciones personales**

Una de las cuestiones más importantes y sobresalientes en la mentalidad de amplios sectores de los jóvenes madrileños de las clases medias y medias bajas, es decir, de aquellos sectores juveniles más directamente inscritos en el “presentismo” y en la cultura del “parque temático” citado, es lo que podríamos denominar la ruptura de los procesos lineales de causalidad entre las acciones que un sujeto desarrolla y las consecuencias de dichos actos. Es decir, es “como si” para muchos jóvenes actuales hubiera una menor vinculación entre los “actos” y las “consecuencias” de dichos actos.

A nuestro juicio, cabe pensar que, entre otros muchos factores, existen varias dimensiones fundamentales de la actual sociedad, de las formas de vida juveniles más mayoritarias que guardan una estrecha relación con esta problemática:

- Las transformaciones en los procesos de trabajo y de educación.

- La pérdida de vinculación entre el estudio y el trabajo.
- El amplio desarrollo de los juegos de video y de la cultura virtual entre las nuevas generaciones.

En el primer ámbito de cuestiones, el lugar común más retóricamente difundido entre los jóvenes desde hace ya bastantes años, prácticamente desde que el paro hizo una irrupción masiva entre los jóvenes con estudios, es la inexistencia de una relación entre el esfuerzo desplegado en el presente en los “estudios” y el resultado, la repercusión de dicho esfuerzo en el futuro. Resultado escaso, cuando no baldío en muchos casos. En este sentido, admitiendo que teórica y formalmente, al menos en el campo de las “intenciones” del modelo existente, existe una cierta relación estudios-trabajo, “supuestamente está encaminado a que cuantos más estudios tienes, más posibilidades tienes de encontrar trabajo”, la realidad es que “no siempre es así”, como no dejan de subrayar los propios jóvenes.

*“... supuestamente está encaminado a que cuantos más estudios tienes más posibilidades tienes de encontrar trabajo y no siempre es así.*

*-Por eso yo creo que depende un poco de la suerte porque mi padre no tiene estudios y ha ido creciendo la vida a base de trabajo, ha tenido suerte porque antes casi nadie tenía estudios universitarios y ha ido teniendo un puesto alto y ahora el que más estudios tiene es el que más alto llega dentro de la empresa.*

*-Ahora es más difícil.*

*-Es el que más posibilidades tiene con estudios” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).*

No sólo “no siempre es así”, no sólo “ahora es más difícil”, afirmaciones que todavía reconocen el vínculo estudios actuales-trabajo-futuro, “el que más estudios tiene

es el que más alto llega dentro de la empresa”, sino que la opinión mayoritaria tiene más tendencia a reconocer que dicho vínculo no existe y que “en la vida todo es cuestión de suerte”. Cuestión de suerte o de azar que conlleva la ruptura total del citado vínculo entre el esfuerzo en los estudios y el resultado en el trabajo. Ruptura que instala la vida del joven en la incertidumbre de los juegos de las quinielas o de la lotería.

*“...los estudios depende de cómo se lleve el curso y ya el trabajo pues es la suerte que tengas en la vida. Hay alguien que no ha hecho nada en su vida y... Sí, yo pienso que es sobre todo suerte. Hombre, tienes que esforzarte, pero yo pienso que los trabajos y como se lleve la vida es tener suerte, para mi es suerte, no que se te dé mejor o peor*

*-Para mí es la suerte.*

*-... conozco uno que ha hecho una ingeniería y estaba trabajando de barrendero porque no encuentra nada y el hombre mañana le... (¿?) en su vida y está ganando tres veces más que el barrendero” (RG. Nº 11. Mujeres 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares).*

*“Yo he tenido la suerte de encontrar el primer trabajo y que me estén explotando. Pero explotarte insultándote y de todo. (¿?)*

*PERDONA.*

*-Es lo que ha dicho ella, que es suerte.*

*-Es suerte, los trabajos es suerte.*

*-Sí.*

*-Bueno, la vida es suerte...” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares).*

Si “la vida es suerte”, si el sujeto es sólo producto del azar, de la contingencia, si los caminos que adopte la vida son independientes de los esfuerzos que se hagan por encauzarla, entonces es que no existe relación entre lo que se siembra y lo que se recoge, entre el esfuerzo de hoy y el resultado de mañana.

Ruptura de dicha linealidad causa efecto que no sólo sitúa la vida adolescente y juvenil en el corazón de la incertidumbre, con todos los desasosiegos y problemas de salud mental que ello conlleva<sup>10</sup>, como veremos más adelante, sino que también se traduce en una pérdida progresiva de la conciencia de responsabilidad sobre los propios actos de cada uno. Conciencia de responsabilidad muy asociada a la existencia de dichas repercusiones. O dicho de otra forma, si no existe relación entre la realización de un acto y el resultado (ya no se podría decir del mismo), si uno y otro no están unidos por la cadena de la causalidad (aunque sólo sea relativa), ¿cómo poder asumir y ser conscientes de las consecuencias de los actos realizados? ¿Cómo ser responsables de los propios actos?

Más aún, los jóvenes observan esa desvinculación entre las acciones y sus consecuencias, esa desresponsabilización sobre las decisiones de cada sujeto en su vida cotidiana, en las formas de juzgar y de evaluar por parte de su entorno la posible trascendencia de sus acciones y, en esa medida, su cuota de responsabilidad a ese respecto. En efecto, en diversas ocasiones de las dinámicas realizadas, los grupos, especialmente los de chicos en los que este tipo de mentalidad parece más enraizada, han señalado la escasa trascendencia de sus acciones. Como reconocen en sus debates, si antes se suspendía, se repetía, se asumía dicho coste por el suspenso, “ahora” si se suspende prácticamente no pasa nada<sup>11</sup>.

*“... yo creo que lo comparamos con otras generaciones, con tus padres que no era ni parecido a como vivimos ahora,*

*porque ahora por ejemplo dices; me han quedado tres, ¡qué mall!, estoy jodido, pero antes les preguntabas a tus padres ¿Qué tal?; bien, ahí me he arado diez hectáreas, de puta madre... (se ríe). Yo pienso que antes era mucho peor que ahora, ahora si suspendes puedes recuperarla o repetir pero antes no” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/S. Sebastián de los Reyes)*

De esta forma, en las generaciones más jóvenes, en las generaciones que se han incorporado a la vida adolescente y juvenil en estos últimos años de la década pasada se ha desarrollado una fuerte sensación y conciencia de la falta de trascendencia de las acciones y decisiones personales, una fuerte conciencia y sensación de no responsabilidad sobre dichas decisiones y, en consecuencia, una fuerte conciencia de pérdida de los límites de lo real y de la posición del joven a este respecto, tal como iremos desarrollando a lo largo del informe.

*“ANTES HABÍAIS COMENTADO, TÚ ME PARECE Y TÚ, QUE LOS JÓVENES ESTÁIS MUY LOCOS, O ESTAMOS MUY LOCOS, ¿POR QUÉ LO DECÍAIS?*

*- No, en general.*

*¿EN QUÉ SENTIDO LO DECÍAIS?*

*- No, por éstas.*

*- No, porque hacemos cosas...*

*- No te preocupas de...*

*- No somos conscientes de lo que hacemos muchas veces.*

*- Claro. Tú lo haces hoy y piensas en el hoy, mañana ya será otro día.*

*- Claro, mañana... Lo que te haya pasado te ha pasado, pero mañana es otro día y voy a hacer lo que quiera.” (RG. Nº 7. Varones 15-17. C. Media. Madrid)*

<sup>10</sup> “La corrosión del carácter” de R. Sennet (Anagrama) se dedica a analizar las repercusiones en la vida de las personas de este problema que es social y global y no sólo de la juventud madrileña.

<sup>11</sup> La literalidad de dicha afirmación sería matizable en la actualidad del 2003 ya que con la nueva Ley de Calidad de la Enseñanza, si se suspende un cierto número de asignaturas se repite curso.

## La organización de la semana. La escisión estudio/trabajo y el ocio del fin de semana

La organización de la vida juvenil en dos espacios-tiempos separados y vividos como escindidos es un lugar común en los distintos estudios que sobre la juventud española se han realizado en estos últimos años<sup>12</sup>. La semana laboral como tiempo dedicado mayoritariamente al estudio y el trabajo en los espacios más o menos cerrados e institucionalizados de la familia, el colegio, escuela, instituto y/o empresa se enfrenta al tiempo del fin de semana fuertemente caracterizado por ser un tiempo de ocio y diversión, como un tiempo de ruptura con las rutinas y disciplinas de estudio y trabajo, como un tiempo organizado en torno a las relaciones de amistad en el espacio abierto y público de la calle y las plazas y en los espacios privados de bares, pubs y discotecas vividos, en todo caso, como espacios específicamente adolescentes y juveniles.

La división de dichos espacio-tiempos, de dichos crono-topos como define algún autor, adquiere una característica casi fun-

dante de las actuales formas de vida juveniles que permite organizar las actividades, las tareas, el desarrollo de las amistades de forma muy diferente según se trate de uno u otro espacio-tiempo. Diferencia aún más fuerte si se piensa que, como es sabido, el tiempo de la noche tiende cada vez más a oponerse al tiempo diurno de la semana laboral. Diferencia espacio-temporal que no deja de acentuar las diferencias entre padres e hijos y la incompreensión de los primeros con respecto a esta escisión y esta forma de vivir el fin de semana por parte de las nuevas generaciones.

*“Me dice mi padre: te apetece dormir entre diario, luego los fines de semana no quieres ver la cama, ni casa, ni nada...”*

*-A que los fines de semana, ¿ves? Eso no pasa a todo el mundo. A mí los fines de semana es que me da igual no dormir.*

*-Es que un sábado quedarte durmien-*

<sup>12</sup> Ver especialmente los números monográficos de la Revista de Estudios de Juventud dedicada a estos temas.

do...” (RG. Nº 6. Mujeres. 15-17 años. C. Media. Chinchón)

La citada diferencia semana-fin de semana acaba transformándose, de este modo, en la vivencia y en la experiencia de una mayoría de jóvenes, en una dicotomía que distingue y enfrenta, casi al rango de una oposición frontal y total, las experiencias desarrolladas en uno y otro espacio<sup>13</sup>. Mientras las vivencias de los espacios y de las actividades realizadas a lo largo de la semana laboral irían asociadas al trabajo, al esfuerzo, al propio conflicto con el entorno más inmediato, los padres, los profesores por los resultados escolares, la vivencia del fin de semana se vive como compensadora, como liberadora del estrés semanal, como espacio lúdico, festivo y sin conflictos como una especie de contrapunto de todo lo no-vivido a lo largo de la semana laboral.

“... te pueden ir mal los estudios y si te van mal los estudios hay mal rollo en casa y fatal, pero aunque te vayan mal los estudios te vas por ahí de juerga y se te pasa al instante” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/S. Sebastián de los Reyes)

“Lo normal en esta edad pues es que nos gusta salir...”

-Disfrutar.

-Vivir el momento... (¿?), bien.

-Que el ambiente que te rodee... Si el ambiente que te rodea hay buen rollo y eso, y estás..., yo qué sé, estás bien...

-Estar a gusto con...

-...

-Yo pienso que con nuestra edad los problemas así más..., los peores, son..., yo pienso que en casa.

-Sí. Ahora sí.

-Para mí son en casa” (RG. Nº 6. Mujeres. 15-17 años. C. Media. Chinchón)

Espacio del fin de semana como alternativo a la casa y al trabajo-estudio, como contrapunto de la semana laboral desde los más diversos puntos de vista, reforzado por los tipos de actividades y de consumos que se realizan en uno y otro tiempo<sup>14</sup>. Espacio-tiempo alternativo y de evasión reforzado, en bastantes casos, por la ingesta de alcohol, de pastillas y de otros “psico-trópicos” cuya función y finalidad es, precisamente, acentuar dichas diferencias.

“ANTES TAMBIÉN HABÍAIS COMENTADO LO DE LOS PSICOTRÓPICOS... (RISAS)

-Yo creo que los psicotrópicos son completamente para los fines de semana. Yo, fumo canutos, hay gente que fuma de sábado a domingo y otros todos los días... bueno, es un poco como el alcohol, a lo mejor te tomas una cerveza por la mañana y otros durante todo el día, pero los psicotrópicos no, los psicotrópicos yo creo que es para decir, llevo de lunes a viernes trabajando o estudiando y estoy hasta las narices y llega el viernes por la noche van a cualquier garito y se comen o se meten lo que sea para el cuerpo con tal de olvidarse también de la rutina o abrirse, porque al fin y al cabo cualquier cosa que te tomes por la noche te produce eso, la evasión de hablar con cualquier persona, que te da un poco igual las cosas que vas completamente a tu bola y te olvidas de lo que tienes que hacer” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)

<sup>13</sup> No hay que olvidar que esta escisión no sólo responde a una decisión juvenil, como habitualmente se suele analizar, sino que responde a un proceso más complejo en el que las decisiones institucionales (adultas) juegan un papel cardinal, tal como señalamos en el primer capítulo.

<sup>14</sup> A este respecto puede leerse de M. Fernández Esquinas y Jorge Ruiz: “Las razones de los jóvenes. Discursos de los jóvenes andaluces”. Instituto Andaluz de la Juventud. Junta de Andalucía. 2003.

Si de “lunes a viernes”, los jóvenes están “trabajando o estudiando” y están “hasta las narices”, el fin de semana y especialmente sus noches, “llega el viernes por la noche” y, les permite desborrar, romper con lo cotidiano, “se meten lo que sea para que el cuerpo con tal de olvidarse de la rutina” y de esa forma “abrirse”, romper las ataduras y ligaduras de dichas rutinas, poder “hablar con cualquier persona”, ir completamente “a su bola” y olvidarse “de lo que tienes que hacer” el resto del tiempo.

La vivencia, pues, de dicha diferencia, fuertemente reforzada por la propia sociedad y conjunto de instituciones sociales más en general, permite observar cómo en la misma parecen emerger varias facetas de la personalidad juvenil, varios modos de vivir y construir dicha personalidad, el “yo” más íntimo y personal de cada uno.

- A lo largo de la semana laboral, los jóvenes parecen vivir su “yo”, su identidad de una forma inicial y vivencialmente más bien “pasiva” en la medida en que está inscrita y sujeta por un conjunto de normas familiares y educativas (y en menor medida laborales) que exigirían dedicación, disciplina y, en muchos casos, son fuentes de frustración.
- A lo largo del fin de semana, especialmente en los momentos de ocio y tiempo libre es como si los jóvenes vieran su “yo”, su identidad de una forma expresiva y vivencialmente más “activa” en la medida en que aparentemente son ellos los que deciden por sí mismos, más allá de cualquier normativa educativa, social o familiar a este respecto.

*“... vas al colegio y te preocupan las notas, pero también te preocupa llevarte bien con todos y estar a gusto en clase.*

*Si vas a clase y estás incómoda es que... Yo qué sé, te amarga... O sea, si vas a clase y estás mal y tal, te amargas y yo qué sé. Por eso yo... No sé, yo veo más... Lo más importante, pero que me como más la cabeza tema niños o tema amigos que tema notas; porque al fin y al cabo sabes que lo puedes sacar, ¿sabes? No sé, yo lo veo más importante.*

*-Y aparte yo creo que porque las notas lo ves más obligación, o sea: esto es así; y lo das por hecho. Entonces no tienes que darte... porque es como que se han comido el coco por tú ya directamente. Sin embargo los niños es como: no, es que aquí soy yo la que decide, aquí... Sí... O sea, soy yo la que decido en el sentido de que si este tío me gusta o no me gusta, si voy a por él o no, si me hace caso o si no me hace caso, si le mando a freír espárragos...” (RG. N° 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media-Alta. Majadahonda)*

En cierto modo y utilizando un cierto lenguaje de origen psicoanalítico, la vivencia de ambos espacios-tiempos, tal como se expresa en los discursos juveniles, es como si durante la semana laboral el “yo” de los jóvenes estuviera muy controlado por el “súper-yo” familiar y educativo, mientras que en el fin de semana desapareciera el citado mandato de control del “súper-yo” y el “yo” joven se dejara arrastrar por el “ello” más lúdico y festivo.

Ahora bien, en el marco de esta separación institucional de la vida juvenil y de sus formas de vida, lo que emerge en el conjunto de la investigación es una especie de modificación de la vivencia del propio fin de semana en el sentido de sentirlo y de percibirlo, de forma creciente, como un espacio de libertad juvenil en el que el propio joven debe aprender a controlar y madurar, a responsabilizarse de sus propias acciones y comportamientos.

En el marco de la línea de hipótesis y de interpretación del informe cabe pensar que la vivencia del “finde” habría ido cam-

biando con el paso de los años, de la misma forma que han ido cambiando muchas facetas de la vida juvenil. Es decir, vi-

vido inicialmente en el marco de la citada dicotomía, tal como tratamos de esquematizar a continuación...

### VIVENCIA FUNDACIONAL DE LA DIVISIÓN SEMANA-FIN DE SEMANA

SEMANA	“FINDE”
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Familia.</li> <li>■ Instituto</li> <li>■ Trabajo/estudios.</li> <li>■ Existencia de ciertas normas.</li> <li>■ Existencia de rutinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Amigos.</li> <li>■ Bares, pubs, discotecas, espacios públicos.</li> <li>■ Ocio y tiempo libre.</li> <li>■ Tránsito de las normas</li> <li>■ Vivencia de “no-rutinas”.</li> </ul>

...la progresiva afirmación y consolidación del “finde” como espacio autónomo y juvenil por excelencia incide en que dicho tiempo se viva como tal y en sí mismo, más allá de su oposición con el resto de la semana. De este modo, empiezan a desarrollarse unas pautas de uso del tiempo y del espacio, unas formas más o menos ritualizadas de tomar contacto con los amigos, con las propias actividades que se realizan en el mismo (por ejemplo, el botellón, ...) de modo que, de forma progresiva, los propios jóvenes acaban desarrollando a lo largo del “finde” todo un conjunto de estrategias y tácticas conversacionales, relacionales, de propio autocontrol que tienden a configurar el propio espacio del ocio como un espacio de progresivo crecimiento y responsabilidad personal, tal como desarrollaremos más adelante con la temática de las conductas de riesgo, de las conductas que permiten ponerse a prueba a los jóvenes y posibilitan conocerse a sí mismos.

Todo parece indicar, en este sentido, que los jóvenes perciben que la sociedad adulta principalmente representada en algunas de sus figuras de “autoridad” como los padres, los profesores, los “políticos” limitan y circunscriben el protagonismo y la

participación juvenil a la disciplina y a la obediencia de las normas “adultas” especialmente en lo que se refiere al mandato del “estudio”.

Sociedad adulta que condena a un lugar de subordinación continua y de falta de protagonismo a los jóvenes en el conjunto de instituciones sociales más clásicas: familia, escuela,... y en la propia vida política y social más general. Lugar de subordinación crecientemente contestado por unas generaciones juveniles que se saben y se sienten cada vez más preparadas. Lugar de subordinación que da origen a continuos “conflictos” puntuales con los padres, por ejemplo, pero que no genera una situación abierta de contestación. Lugar de subordinación que, sin embargo, tiende a desaparecer en la vivencia del espacio y del tiempo de ocio, en el finde, y que pareciera estar llamando a que los jóvenes desplacen a dicho espacio su lugar de autonomía, su tiempo de crecimiento y de responsabilidad de modo de hacer de su tiempo libre un verdadero espacio de libertad.

Ahora bien, el problema, como señala Le Breton (2002), es que el crecimiento del joven requiere para su desarrollo un sistema de referencias sólido con el que



medirse, en uno u otro sentido. La realidad actual, sin embargo, es muy otra, tal como vimos en las páginas anteriores. En el espacio de la familia-estudios muchos padres y profesores han abandonado, han tirado la toalla de la autoridad... y la oferta social de construcción de su identidad en el parque temático no puede ser más insuficiente ya que en dicho parque la juventud es abandonada a un espacio en el que las únicas referencias son sus iguales, (la inmanencia y la autorregulación, el dilema de o control o confianza) donde el joven es *“libre de actuar como le plazca puesto que (allí) no está sometido a ninguna tradición, a ninguna autoridad”* de forma

que, como subraya Le Breton (2002:55) *“le incumbe encontrar por sí mismo una fuente de sentido capaz de irrigar su vida...”*. Búsqueda de un sentido inmanente y no trascendente, de un sentido y de un límite propio en el desarrollo de las actividades de su vida cotidiana en el tiempo de ocio que presenta la dimensión positiva de la búsqueda de la propia autonomía y responsabilidad pero que, también, presenta el riesgo del “exceso” en el desarrollo de las citadas conductas de riesgo, de un exceso que, a veces, puede afectar negativamente a la salud de los jóvenes, tal como desarrollaremos en los siguientes capítulos.

# La importancia creciente de las relaciones horizontales entre los jóvenes

La afirmación general sobre la importancia de los amigos/as en la vida juvenil tiene cada día más peso, tiene cada día más importancia. El conjunto de cambios sociales, demográficos, tecnológicos, urbanos a los que venimos haciendo alusión en estas páginas iniciales del informe y en especial al propio crecimiento y ampliación de lo que hoy se considera ser adolescente, ser joven (desde los 12-13 años, aproximadamente, hasta los 30-31, aproximadamente), la reducción del número de hermanos así como la caracterización de la juventud como una “etapa” de la vida definida por sí misma y no como preparación de la vida adulta (Conde, 1999), se traduce en la configuración de la juventud como una etapa más autónoma en la que la importancia social de las relaciones de los jóvenes entre sí crece en gran medida.

Esta situación que algunos autores han denominado como refuerzo de la “inmanencia” en el seno de las relaciones sociales de los jóvenes, en el desarrollo de sus distintas formas y estilos de vida, está

especialmente reforzada por el conjunto de sectores empresariales que en nuestra sociedad se orientan hacia “los jóvenes” y que hacen de ellos uno de los principales segmentos de consumidores, uno de sus primeros y mejores clientes. De esta forma, tanto por la etapa de la vida adolescente y juvenil por sí misma, como por las citadas condiciones del entorno, la importancia de los amigos y de las relaciones de amistad entre los propios jóvenes no deja de crecer día a día.

## 7.1. La fragilidad del vínculo de la amistad

La mayor importancia social de las relaciones con los grupos de pares, sin embargo, parecería ir acompañada de una cierta fragilidad de las relaciones de amistad, “como si” los jóvenes estuvieran más tiempo con otros jóvenes pero, al mismo tiempo, se dudara más, se desconfiara más, se sintieran poco ligados por las relaciones de amistad.

Una gran parte de las dinámicas de grupo vienen a expresar esta sensación de vulnerabilidad, de fragilidad en las relaciones de amistad “como si”, en última instancia, el chico, la chica joven no acabara de tener confianza en el grupo de amigos/as en el que se integra.

*“... más a estas edades suele pasar más, claro.*

*¿POR? ¿EN QUÉ SENTIDO ESTAS EDADES?*

*-Yo creo que los jóvenes son más reacios a decir lo que piensan, a sus sentimientos, a expresarlos. Porque si tú estás con tus amigos y ves que todo el mundo está feliz y tú estás triste. Hombre, si estás con gente con la que te llevas muy bien, muy bien, pues puedes contarle, pero normalmente suele ser muchos conocidos y pocos amigos de verdad y entonces es más difícil expresarlo” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)*

No deja de ser significativo que una gran parte del tiempo de las dinámicas de grupo realizadas ha estado dedicado a la cuestión de cómo reforzar las actuales relaciones de amistad entre los jóvenes, de cómo vivirlas y entenderlas. Cabe pensar que el hecho de que las citadas relaciones de amistad se desarrollen básicamente en el tiempo de ocio de los jóvenes y que este tiempo se definiera básicamente como tiempo “lúdico”, “festivo”, “a-problemático” y, a ser posible, sin conflictos, se acabara traduciendo en que las relaciones de amistad tejidas y mantenidas en dicho “tiempo de ocio” carecieran de las dimensiones de intercambio profundo, de emociones, de sentimientos, de experiencias sobre las que se configurarían las amistades más sólidas. De este modo, al reprimir en dicho espacio/tiempo todo lo que no es “buen rollo”<sup>15</sup>, la amistad se de-

valúa a una relación más superficial y, con ello, más frágil.

*“Aunque estés con tus amigas, si estás por ahí, sales a tomar algo y eso, y estás triste, no te vas a poner a contarles ahí, voy a amargar a todas.*

*-Claro, tiene que ser un momento...*

*-Es un momento que no es adecuado para contar” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)*

Si los amigos están sólo para divertirse y no para contar los problemas, la amistad se fragiliza, se debilita y el joven se encuentra más aislado, más solo en sus momentos de duda, de incertidumbre, de tristeza, en sus malos momentos, por más que se encuentre rodeado de amigos una gran parte de su tiempo.

Uno de los grupos en los que más se ha profundizado en el debate sobre esta cuestión, el grupo de universitarios de 18 a 21 años, de clases medias y medias altas señala cómo entre la juventud existe una idea mayoritaria de la amistad y cómo dicha noción más generalizada se aleja de lo que dicho grupo considera como una relación de amistad más profunda. El primer tipo mayoritario sería aquél que se puede resumir en “venga, vamos, quedamos a las nueve en el bar”.

*“O sea que no sólo es el concepto de amiga venga vámonos y quedamos a las nueve en tal bar, tal sitio.*

*-Que puedes contar con esa persona cuando la necesites” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)*

*“A mí también lo que me pasa, no sé si os pasa a vosotras que intentas, el concepto de amiga no es sólo el concepto de salir con ella, sino pues ya preocuparte por ella, lo que le pasa y todo” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)*

<sup>15</sup> Más adelante veremos la importancia del “buen rollo” en ciertos comportamientos relativos a la salud.

Mientras que el otro concepto de la amistad, más minoritario en esta opinión grupal, sería aquel en el que se sabe que “puedes contar con esa persona”. De esta forma y siguiendo con este tipo de análisis, la situación más frecuente entre los jóvenes sería aquella descrita por las chicas de 15 a 17 años de las clases medias altas, “un grupo grande” para divertirse y un núcleo mucho más reducido “que van a dar algo por ti” y que cuando “lo necesites, ahí van a estar ellas”.

*“Todo el mundo tiene un grupo grande y luego tienes a las que son de verdad que van a dar por ti, ¿sabes?”*

-Claro.

*¿QUÉ VAN A..., PERDONA?*

*“Que van a dar por ti algo; cuando lo necesites ahí van a estar ellas” (RG. N° 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media-Alta. Madrid)*

En este contexto y en esta acepción más mayoritaria de las relaciones de amistad como “buen rollo” en el tiempo libre, no deja de ser significativo que muchos de los conflictos, que muchos de los problemas que se producen en el seno de dichas relaciones surgen en torno a decisiones de adonde salir por la noche o por el dejar de verse un cierto tiempo cuando, por ejemplo, se sale con el novio/a y se deja, durante ese tiempo, de ver más asiduamente a los amigos/as.

*“... lo de las salidas nocturnas, que cada una tiene sus gustos y entonces ahí empieza a haber conflictos.”*

*(Risas)*

*“Aunque parece una tontería pero... los gustos de cada una. Y luego pues si una se echa novio” (RG. N° 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)*

De esta forma, ya sea por una u otra razón, la sensación dominante entre los

jóvenes madrileños y de forma muy en particular en las chicas jóvenes es que “amigos/as” de verdad hay pocos y que, incluso, por una pequeña tontería como las descritas, lo que se creía amistad de verdad, queda rota en mil pedazos.

*“Amigas, amigas en la vida llegas a tener muy pocas, amigas, amigas de verdad...”*

*-Pero muy pocas.*

*“...poquísimas. Te puedes llevar un año muy bien, muy bien con una chica, y estar siempre por ahí contándole todos tus secretos y al año siguiente odiarla. Y eso es verdad. Porque es una amiga de toda la vida, que te has ido de vacaciones, te vas a todos los lados, duermes en su casa, ella duerme en tu casa, bueno... y luego pasa una bronca y ya como si no la conocieras. A mí me ha pasado, vamos, y me fui a por ella y le llamé puta” (RG. N° 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media-Baja. Corredor del Henares)*

Como no deja de señalar lúcidamente este grupo, es “como si” al inscribir principalmente las relaciones de amistad en el espacio/tiempo del ocio y de los valores asociados al mismo: ludismo, hedonismo, presentismo... se produjera la fragilidad de la amistad al tratar de exprimir, de rentabilizar al máximo el momento y dejar de lado el trabajo más a largo plazo que conlleva el construir una relación de amistad más intensa.

*“Creo que el problema es ese, que la gente que tiene que aprovechar el momento y se olvida de los amigos y luego cuando las cosas van mal pues vuelven los amigos y eso no...” (RG. N° 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Madrid)*

Se llega con ello a la paradójica situación de reconocer la importancia de dicho vínculo para el propio desarrollo y, al mismo tiempo, ser conscientes de la fragilidad del mismo; de reconocer la impor-

tancia de inscribir las relaciones de amistad en un espacio que no sea el del puro divertimento para inscribirlo en un espacio más comprometido y, al mismo tiempo, de no disponer de tiempo, de capacidad o de recursos para poder hacerlo.

*“Yo al menos mi grupo de amigas somos bastante y entonces ya bueno entrando en época de exámenes que casi no te relacionas con nadie, pasa algún problema de algún familiar y eso y entonces quieres estar ahí pero es que, o sea, no materialmente que no puedas por tiempo, sino que tienes un montón de cosas en la cabeza, y entonces que no puedes dar lo que tú quieres dar. Entonces a lo mejor pues ahí también las distancias se van ampliando”* (RG. N° 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)

De esta forma, las “amistades” se van desanudando y las “distancias se van ampliando”.

Ahora bien, la instalación de la “amistad” en el seno del “buen rollito”, en el marco de una relación lúdica en la que hay poco espacio para el compromiso intenso y para el conflicto (del que se huye) significa un paso adelante en relación a la sensación, al sentimiento dominante entre los jóvenes a mediados de los 90 y que, de una u otra forma, pudimos recoger en la obra *“Los hijos de la desregulación”*. Es decir, todo parece indicar que, en aquellos años, la sensación dominante entre los jóvenes era la de la ruptura y, en el mejor de los casos, transformación del tradicional vínculo social, de la tradicional forma de tener amigos entre los jóvenes. Sensación de crisis del vínculo, de pérdida, fractura o transformación de éste que recogimos en sus repercusiones en la salud en la obra *“Las Representaciones Sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños”*.

En efecto, en aquella obra cuyo trabajo de campo se realizó en 1996, es decir, en unos años en los que estaba muy re-

ciente y se vivía de lleno el conjunto de transformaciones asociadas a la Reforma Laboral de 1994, señalábamos cómo la vivencia de una ruptura de los vínculos sociales (generales y de amistad) en el caso de los jóvenes se estaba traduciendo en un incremento de las denominadas conductas “adictivas” entendidas como “dependencias de objeto”. De esta forma, al analizar el consumo del tabaco, del alcohol y otro tipo de comportamientos juveniles señalábamos cómo *“un rasgo común de este tipo de conductas y patologías es que todas ellas pueden interpretarse como diversas explicitaciones de muy distintos comportamientos que tienen en común precisamente su carácter repetitivo, adictivo y su dependencia con respecto a un producto que, transformado en “objeto” de la dependencia, se convierte en el centro de la adicción, ya sea el tabaco, el alcohol, cualquier otra sustancia, o el propio alimento. En este sentido, cabría pensar que todo este tipo de conductas adictivas y dependientes de “objeto” podrían guardar una estrecha relación con aquellas situaciones en las que produciéndose una quiebra importante en la estructura e identidad del sujeto, el citado producto se convierte en el “objeto” que, como cualquier otro “signo”, señala, suplanta y, al mismo tiempo, oculta la citada quiebra. Es decir, lo que parecería ocurrir, expresado de una forma muy esquemática, es que el conflicto no resuelto, la fractura en el desarrollo del proceso de construcción de la identidad del sujeto y la ruptura en el equilibrio dinámico que éste mantiene con su entorno, derivaría, se desplazaría hacia una conducta compulsiva, hacia una conducta adictiva en la que se fijaría, en el citado “objeto” de la dependencia, una gran parte de los procesos y conflictos de fondo no resueltos.*

La realización de la presente investigación parece apuntar que dicha sensación de crisis del vínculo, de quiebra en la estructura íntima de la identidad de los

adolescentes y jóvenes madrileños se hubiera difuminado, en gran parte y que los jóvenes éstos estuvieran anudando nuevas modalidades de relaciones personales en sus tiempos de ocio, en su tiempo libre. Relaciones frágiles, todavía, relaciones débiles, todavía, pero que significan una mejora en relación a la situación de 1996. Cambio que puede ser aún más intenso si como señalaba el grupo de universitarias, empieza a desarrollarse una cierta conciencia juvenil sobre la necesi-

dad de anudar más estrechamente dichas relaciones, sobre la conveniencia (como emergente) de que además de las relaciones de amistad basadas en el “buen rollito”, la amistad juvenil debe dar pie, debe dar entrada al compromiso, a la amistad basada en la comunicación profunda, en el apoyo mutuo, en el darse (y en el recibir) en las experiencias y no sólo en el disfrutar lúdicamente, gozosamente de su tiempo de ocio.

## La continua reconfiguración del “género”

La forma de entender, de construir, de vivir el vínculo social era precisamente el núcleo central de las formas de construcción del género masculino y femenino que desarrollamos en la citada obra de 1996. En la misma señalábamos cómo la principal diferencia constitutiva como “género” de varones y de mujeres jóvenes consistía en lo que en dicho informe llamábamos el “yo relacional” en el caso de las chicas y el “yo” más centrado en las “habilidades” y en las “actividades” en el caso de los chicos. Mientras que para las chicas la relación con el “otro” era configuradora de su afectividad, de su feminidad, de ahí la denominación de “yo relacional”, en el caso de los chicos la expresión de su “masculinidad” pasaba por el desarrollo de la capacidad energética de su cuerpo, por el control más autónomo e individualizado de las habilidades y actividades más cotidianas en las que se podría expresar dicho “control”.

Así, en el citado informe, recogíamos cómo “desde edades muy tempranas, lo femenino y más exactamente la construcción

de una identidad femenina se caracteriza por la toma de contacto con lo **sensible** que, más allá de los tópicos que suele encerrar este concepto, implica una profunda puesta en evidencia de la **conciencia sobre lo interior, lo íntimo, la debilidad, la fragilidad e incluso la vulnerabilidad**”. Asimismo, señalábamos cómo “si la experiencia de lo femenino apunta desde la preadolescencia a la toma de contacto ineludible con lo interior, con la profunda vinculación entre lo físico y lo psíquico, señala también otra dimensión tan importante como esta primera que es la que indica que lo interior, lo íntimo, está vinculado a la relación con los otros. La construcción del sentido de lo femenino, que más que en lo masculino se desarrolla a través de canales informales de educación, de relaciones afectivas, de vínculos familiares, caracteriza una noción paradigmática de la identidad, según la cual, las mujeres no son individuos (sujetos aislados, definibles por sí mismos, en sí mismas), sino por el contrario **sujetos en relación**”. Para subrayar más adelante cómo “el otro aspecto de la identidad del género femenino al que nos

*referimos es el que vincula lo más íntimo y lo relacional. Es decir, que todas las esferas de relación con los otros están en profunda interrelación a través y en el mismo sujeto femenino. Lo íntimo y lo relacional no son dos ámbitos aislados ni diferentes sino profundamente interrelacionados entre sí. Podría argumentarse que dicha relación atañe a todo sujeto, con independencia de su género. Pero en el caso de las mujeres, la situación tiene no sólo más énfasis y más determinación sino, sobre todo, una forma de conciencia que será central en la organización de su propia identidad. Dicho en otros términos, las mujeres saben que entre el mundo relacional y su intimidad biológica, psíquica y emocional, existe una profunda interrelación.”*

Construcción del “género” femenino diferenciado de la del género “masculino” más centrado en la “posibilidad de expresar la potencialidad de un organismo en óptimo proceso de funcionamiento”. Construcción del género masculino más individualizante en el que lo “relacional”, a diferencia del género femenino, más que como espacio de “dominancia afectiva, en el sentido más positivo y esperanzador del término” tiende a aparecer más asociado con el “exceso y la violencia, con la impronta de destacar sobre los demás, con la lucha encarnizada por ser el primero, el mejor, el que más poder tiene y, al mismo tiempo, el que es más capaz de descontrolarse”.

En el marco de esta configuración diferencial de uno y otro “género” en los jóvenes, una de las líneas de cambio más importantes expresadas desde las fechas del trabajo de campo de dicho estudio en 1996 a nuestros días, al 2003, consiste en una progresiva menor acentuación de dichas diferencias con el desarrollo de lo que podríamos denominar una cierta “masculinización” de las conductas femeninas y con una cierta evolución de las propias pautas de socialización en el caso de los varones más adolescentes y jóvenes.

En efecto, una de las líneas de cambio más importantes en la vida juvenil y, en especial, en las generaciones más jóvenes de 14 a 21 años que componen el grueso fundamental de la muestra de grupos realizados es la progresiva incorporación de las “chicas”, de las “mujeres jóvenes” al marco de socialización y de comportamientos que tradicionalmente era sólo un coto cerrado de los varones.

Las nuevas generaciones de chicas adolescentes y jóvenes tienen ya como modelos de referencia positivos a una generación de mujeres, de madres mayoritariamente incorporadas a la vida laboral fuera del hogar, a una generación de mujeres, de madres que, a pesar de la persistencia de una fuerte desigualdad salarial en los trabajos y en las posibilidades de realizar una carrera profesional, suponen un ejemplo positivo de cómo la mujer debe ser igual al varón, debe desarrollar su propia vida personal y profesional más allá de los roles tradicionales de “ama de casa” encerrada entre las cuatro paredes del hogar.

Las nuevas generaciones juveniles madrileñas no sólo tienen ya como modelos de referencia dichos modelos más igualitarios, sino que en el ámbito de sus mismas generaciones, en sus ámbitos de pertenencia y no sólo de referencia, desarrollan de forma creciente pautas de conducta, actividades, estudios crecientemente similares a los varones. Tendencia de fondo que se traduce, como no dejan de reflejar los diferentes estudios epidemiológicos, el SIVFRENT entre ellos, en una creciente incorporación de las mujeres jóvenes a algunas de las conductas de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, tradicionalmente asociados a los varones. Tendencia a la equiparación en este tipo de consumos que, probablemente y en el próximo futuro, se generalizará a otro tipo de comportamientos de riesgo como puedan ser los consumos de



otro tipo de drogas, la conducción temeraria y, de forma más minoritaria, a la propia práctica de la violencia, como de hecho ya parece estar ocurriendo.

Desde este punto de vista, y en la medida que estuviéramos viviendo una fase de “masculinización” de ciertos comportamientos juveniles, tal como señalamos (en Conde, 1999), la tendencia general a una cierta equiparación en las pautas de socialización juvenil, en el seno de las propias formas de vida juvenil, entre chicos y chicas, se estaría traduciendo en una cierta modificación de las tradicionales barreras de “género” que asignaba al varón el papel más activo y a la mujer el rol más pasivo. En la actualidad, dichas barreras estarían disminuyendo y en ciertos ámbitos y decisiones, las propias chicas serían las que llevan la iniciativa y, en todo caso, tienen la última palabra como, por ejemplo, parece estar ocurriendo en el ámbito de las relaciones afectivo-sexuales, según declaran los propios chicos.

Ahora bien, en el marco de esta tendencia de fondo, nuevas formas de exigencia social, nuevas pautas de socialización estarían provocando la génesis de una re-configuración de las citadas diferencias entre varones y mujeres en la época adolescente y juvenil de sus vidas.

Así, mientras las relaciones intra-grupo en el seno de los jóvenes, las relaciones en el marco de la horizontalidad juvenil apuntarían a la citada equiparación e, incluso masculinización (en el sentido tópico y clásico) de sus conductas, las exigencias procedentes del exterior a la vida juvenil, principalmente de la familia y de otras instancias de socialización, los medios de comunicación asociados al modelo de consumo dominante, principalmente apuntarían hacia varios tipos de lineamientos diferenciales en la constitución y

socialización de ambos géneros. Principales líneas de diferenciación que cabría subsumir en dos grandes dimensiones:

- Las exigencias familiares y sociales.
- La atención y el cuidado del cuerpo.

### 8.1. Las exigencias familiares y sociales

En lo que respecta a la dimensión de las “exigencias” sociales y familiares con respecto a varones y mujeres jóvenes en lo que a algunas de sus principales pautas de educación se refiere, el conjunto de grupos, y particularmente los grupos de chicas, han subrayado que los padres en particular y la sociedad en general exige hoy por hoy más a las chicas que a los chicos. Mayor grado de exigencia (y de control correlativo) que particularmente se vería en la participación en las tareas del hogar, en el horario de vuelta a casa los fines de semana y en el propio rendimiento escolar.

Más allá de las protestas formales a las que da origen en las familias esta exigencia diferencial a la chica sobre el chico en este conjunto de cuestiones y, en especial, en el ámbito de las tareas domésticas y de horario de vuelta a casa, todo parece indicar que las chicas jóvenes en su conjunto, más allá de los lógicos matices y diferencias internas, hubieran asumido e integrado este mandato social y hubieran adoptado, acoplado sus conductas al mismo de modo que de forma generalizada, como demuestra D. Comas en “*El rey desnudo*”<sup>16</sup>, hoy en día las chicas obtienen mejores resultados escolares que los chicos, como no dejan de reconocer los propios padres y tuvimos ocasión de señalar en la ya citada obra “*La mirada de los padres*” (2002).

<sup>16</sup> Comas D. y Granados O. 2002. “*El rey desnudo. Componentes de género en el fracaso escolar*”. Plataforma de Organizaciones de la Infancia. M. de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Mayor asunción femenina de las citadas normas y exigencias sociales que se traduciría, por ejemplo, en que pese a la tendencia a una cierta “masculinización” de la juventud, las chicas jóvenes dispondrían de más elementos de autocontrol y de contención que sus coetáneos varones.

## **8.2. La atención y el cuidado del cuerpo**

Otra de las grandes líneas divisorias en la actual socialización de los géneros “masculino” y “femenino” en el caso de los jóvenes madrileños se refiere al conjunto de dimensiones que atañen a la atención y al cuidado del propio cuerpo.

### **8.2.1. El caso de las chicas**

En el primer informe sobre “Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños” (Conde y Santamarina, 1996) ya habíamos señalado cómo la vivencia del propio cuerpo, la propia existencia de la “regla”, por ejemplo, conllevaba una vivencia totalmente distinta del mismo por parte de varones y de mujeres y cómo eso se acababa expresando en diferentes concepciones sobre la salud, sobre las relaciones entre las dimensiones más emocionales y corporales, sobre los propios hábitos saludables con una clara prioridad a los comportamientos de higiene en las chicas, especialmente en los primeros años posteriores a la aparición de la “regla”, de la “menarquia”. Asimismo, como hemos señalado anteriormente, esta convivencia y vivencia de lo “íntimo” en el caso de las mujeres jóvenes conllevaba el desarrollo de una conciencia “sobre lo interior, lo ín-

*timo, la debilidad, la fragilidad e incluso la vulnerabilidad”.*

El tiempo desarrollado desde aquellas fechas al día de hoy ha evidenciado cómo esa conciencia de la vulnerabilidad interior, que esa atención al propio cuerpo se ha visto acentuada por la acción combinada de ciertas presiones sociales y familiares y de la propia presión de los medios de comunicación hacia una mayor atención y control sobre el propio cuerpo.

Con una clara segmentación de unos y otros grupos sociales, con una mayor o menor permeabilidad a estos mensajes y a otras mediaciones, tal como desarrollaremos en el epígrafe destinado al cuerpo, las chicas jóvenes de la Comunidad de Madrid se expresan muy preocupadas por su figura, por su imagen corporal, por el estar “delgadas” y, sobre todo, por el “no engordar” como subraya uno de los profesionales entrevistados.

Preocupación diferencial femenina en relación al cuidado corporal que se expresa también en la realización de unos y otros tipos de deportes y actividades físicas (gimnasia, baile en el caso de las chicas, fútbol, baloncesto, en el caso de los chicos) y que se evidencia, asimismo, en el consumo diferencial de las distintas gamas de productos de cosmética y de “belleza” femenina por parte de las chicas jóvenes en relación con los chicos. De hecho, si observamos el siguiente cuadro, construido a partir de los propios datos del SIVFRENT DE ADULTOS<sup>17</sup>, sobre los ejercicios físicos desarrollados por varones y mujeres veremos claramente cómo dicha distribución corresponde a una construcción de género muy particular en clara línea con lo que estamos exponiendo en estas páginas.

---

<sup>17</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, nº 6, vol.10, Junio 2004.

**ACTIVIDAD FÍSICA EN HOMBRES 1999-2003. SIVFRENT ADULTOS**

1999		2003	
Actividad física hombres	%	Actividad física hombres	%
✓ Deporte de balón	19,8	✓ Fútbol	13,6
✓ Bicicleta	15,1	✓ Footing	11,7
✓ Footing	12,2	✓ Bicicleta	7,6
✓ Deportes de pala raqueta	11,8	✓ Natación	10,0
✓ Gimnasia de mantenimiento	9,1	✓ Pesas/Gimnasia con aparatos	13,2

**ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES 1999-2003. SIVFRENT ADULTOS**

1999		2003	
Actividad física mujeres	%	Actividad física mujeres	%
✓ Gimnasia de mantenimiento	14,5	✓ Gimnasia de mantenimiento	9,5
✓ Natación	10,5	✓ Natación	11,5
✓ Aeróbic/gim-jazz/danza/baile	6,9	✓ Aeróbic/gim-jazz/danza/baile	7,5
✓ Bicicleta	5,6	✓ Caminar a ritmo intenso	5,5
✓ Pesas/gimnasia con aparatos	4,6	✓ Pesas/Gimnasia con aparatos	6,7

**8.2.2. El caso de los chicos**

Por su parte y en el caso de los varones jóvenes, el tiempo transcurrido desde 1996 a 2003 ha visto, entre otros factores, la generalización del uso de la informática, de los juegos de vídeo, de Internet como actividades y equipamientos de juego, de trabajo y de consumo que, de forma diferencial con respecto a las mujeres jóvenes, según todas las estadísticas disponibles, ha supuesto un refuerzo de las concepciones sobre “invulnerabilidad” del propio cuerpo, tal como desarrollaremos en el epígrafe destinado al cuerpo. En este sentido, es “como si” en el caso de los chicos, “como si” las pautas de so-

cialización masculinas crecientemente desarrolladas en estos últimos años fomentasen lo que podríamos llamar la “socialización virtual” más fuerte en el caso de los chicos que en el de las “chicas” con el paralelo y consiguiente desarrollo de una menor conciencia sobre la “individualidad” del propio cuerpo. Más aún, como desarrollaremos en el citado epígrafe destinado a las concepciones sobre el cuerpo, en algunos sectores juveniles parece que la antigua “invulnerabilidad” asociada a la propia potencia muscular, material de su propio cuerpo, estuviese siendo desplazada, sustituida por una especie de concepción sobre un “cuerpo prótesis”, un cuerpo resultado de la construcción

tecnológica mucho más poderoso e indestructible que el tradicional cuerpo orgánico<sup>18</sup>.

Estas hipótesis sobre el desarrollo, la reconfiguración de ciertos elementos de socialización de género en el caso de los jóvenes varones madrileños asociado a la creciente importancia de la informática y de los videojuegos en el caso de los jóvenes encuentra un claro eco y apoyo en una reciente investigación llevada a cabo por la FAD “*Jóvenes y videojuegos*” coordinada por Elena Rodríguez<sup>19</sup>. En dicha investigación realizada entre jóvenes de 14 a 18 años, se recogía cómo mientras las chicas practican más que los chicos la lectura de libros y de cómics y la escucha de la radio con unas diferencias relativamente importantes, en el caso de los videojuegos ocurre todo lo contrario, el 40,1% de los varones jugaba con videojuegos o videoconsolas en su casa un mínimo de tres veces a la semana, mientras que en el caso de las mujeres dicha cifra se reducía al 12,4%.

Diferencias que nuestra propia investigación ha recogido al expresar cómo mientras las chicas jóvenes manifestaban su inclinación a actividades más relacionales en su tiempo libre sin que ninguna de las asistentes a las reuniones de grupo de chicas hablase de la informática o de los videojuegos, en los grupos de chicos no sólo había estudiantes de informática (sin que mediase ninguna orientación muestral al respecto) sino que en los gru-

pos de 13 y 14 años y de 15 a 17, los videojuegos, la Play Station 2, han aparecido como una de las aficiones favoritas.

*“A mí las cosas que más me gustan hacer es jugar a Play-2, practicar deporte, natación, fútbol, baloncesto, escuchar música, la radio y eso... es lo que más me gusta y luego ya salir con mis amigos y eso y pues ya está.*

*-A mí si estoy en mi casa me gusta jugar a la video consola, escuchar música, ver la televisión y si salgo hacer deporte y salir con los amigos en general.*

*-A mí más o menos igual que él, sólo que me gusta mucho hacer deporte.*

*-Yo también, igual que ellos, jugar con el ordenador, ver la tele y luego hacer deporte y jugar al fútbol, ir al cine.*

*-Yo, ir con mis amigos, jugar con la consola y patinar” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media. Zona Ctra. de La Coruña)*

Los mismos perfiles que el Estudio General de Medios (EGM) suministra sobre los lectores de revistas de informática y de videojuegos expresa esta mayor vinculación masculina que femenina con dicho mundo en la actualidad<sup>20</sup>.

Más allá de esta primera aproximación diferencial desde el punto de vista del mayor-menor uso, mayor-menor familiaridad con el mundo de los videojuegos, lo que el estudio de la FAD pone de manifiesto es que los propios procesos motivacionales puestos de manifiesto en la relación con los videojuegos conllevan una de-

---

<sup>18</sup> Algunas de las películas de más éxito entre las generaciones más jóvenes como, por ejemplo, Matrix se inscriben claramente en esta línea de cambios sobre la representación del propio cuerpo “masculino”. Cambio de representación en que los modelos relativos a los denominados “cyborgs” ocupan un lugar destacado.

<sup>19</sup> E. Rodríguez (coord.) 2002. “*Jóvenes y videojuegos. Espacio, significación y conflictos*”. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. INJUVE. M. de Trabajo y Asuntos Sociales.

<sup>20</sup> Ciertas corrientes del feminismo, del denominado “ciber-feminismo” subrayan las posibilidades de las nuevas tecnologías para las mujeres (ver Debats nº 76. Primavera 2002. Del post al ciber-feminismo). Sin embargo, en Madrid y en el 2003, parece que lo “masculino” predomina sobre lo “femenino” en la aproximación a la red, la informática y al mundo de los videojuegos. Hay que pensar también a este respecto que la “oferta” mayoritaria de videojuegos es, hasta el momento, esencialmente para “varones”.

terminada concepción y puesta en escena de lo “real” y de lo “virtual”, muy en la línea con los análisis que estamos esbozando en estas páginas, y que interesa subrayar por su posible trascendencia en el ámbito de la salud.

En efecto, en el análisis cualitativo llevado a cabo en paralelo a la encuesta citada de la FAD se pudo observar que existían “dos elementos fundamentales” en la génesis del vínculo con los videojuegos “la capacidad de interactuar y la evocación de la realidad”. Sobre la primera poco cabe decir, su significado está en la cabeza de todos. Sobre la segunda, más relevante a los efectos de nuestro análisis, los citados autores señalan cómo el citado efecto de “realismo”, que por nuestra parte denominaríamos de “verosimilitud”, no sólo es fundamental lo que los autores denominan “la inmersión” en el juego, el “meterse en el juego”, como dicen los jóvenes, sino que también es esencial ese “efecto evocador de la realidad” que permite alcanzar algo “muy cercano a lo que se llega a denominar como “jugar a la realidad”. Es decir, “la capacidad de construir tus personajes, escenarios y situaciones” alternativos a la realidad física y material y que, a veces, pueden jugar el papel de sustitutos, de desplazamientos de la misma, como no dejaban de reconocer en el grupo de 13-14 años de la presente investigación al señalar que si les gustaba jugar a policías y ladrones en el videojuego era en la medida que podían simularlo como real en ese escenario “virtual” y que, sin embargo, no podían hacerlo en la realidad social.

“Y DENTRO DE LA PLAY. ¿HAY JUEGOS QUE OS GUSTAN MÁS QUE OTROS?”

-Todos.- Sí.

-A mí de motos.

-De coches.

-De matar también están bien.

-Es verdad.

-A mí me gusta ir a lo loco, puedes hacer lo que quieras.

¿ESO OS GUSTA TAMBIÉN A VOSOTROS?

-Sí. Sobre todo el (...) que es un juego de acción, tienes que ir infiltrándote por ahí y tienes que matar, me gusta.

-A mí el (...) que es de coches callejeros.- Ese mola mucho.

¿Y QUÉ OS GUSTA HACER MÁS DE POLI O DE PERSEGUIDOS?

-De perseguidos, hay un juego que se llama el Driver que sólo puedes elegir al ladrón, pero en el Driver-2 puedes elegir al poli o al caco, al que quieras y me gusta más hacer de delincuente.

¿POR QUÉ?

-No sé, me gusta.

¿YA VOSOTROS?

-Todos.- Delincuente.

-Como no puedes hacer de delincuente en la calle pues ya aprovecho” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media. Zona Ctra. de La Coruña)

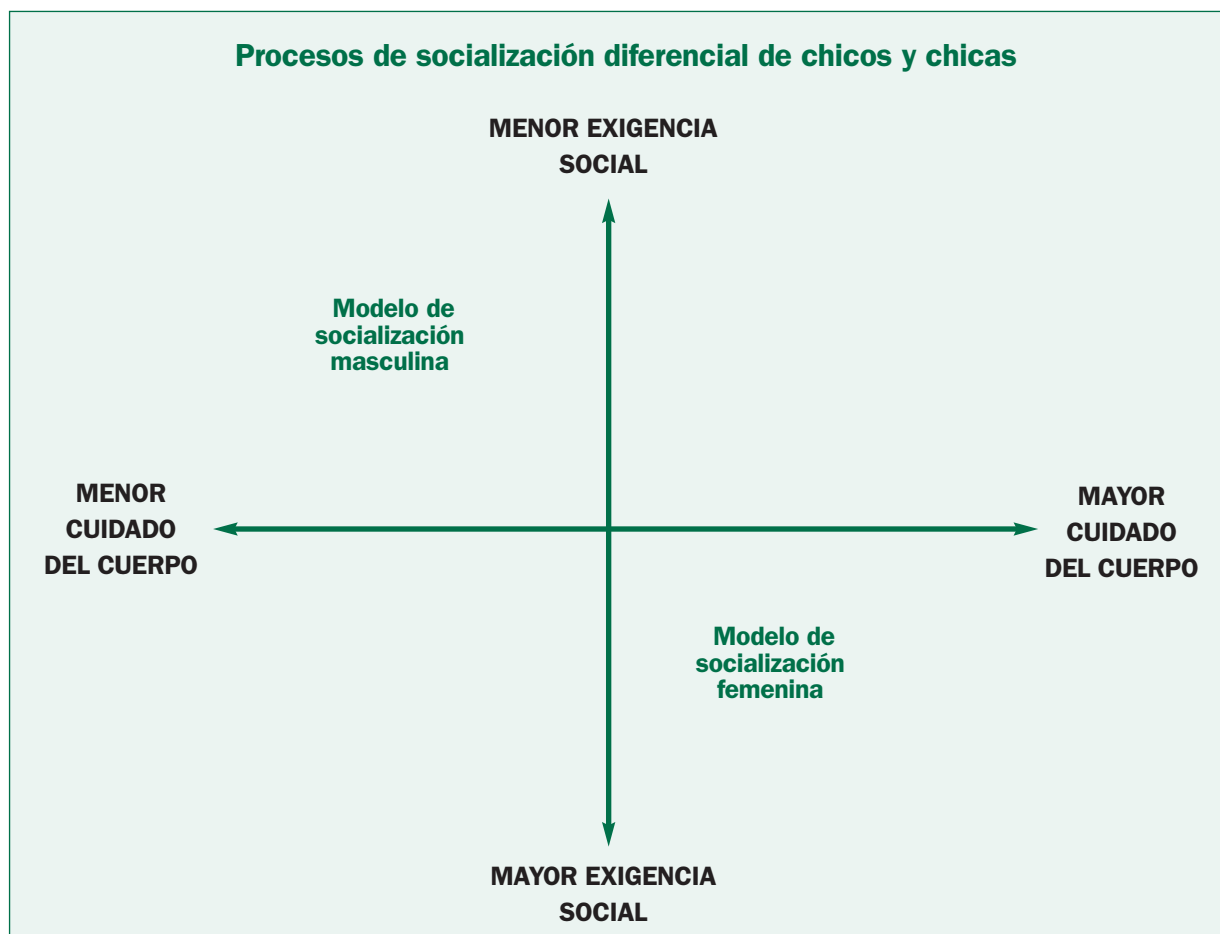
Como se señala en la obra de la FAD y se expresa en el texto anterior, los videojuegos pueden “llegar a actuar como válvula de escape a acontecimientos de la vida cotidiana” ya que, como se subraya en la misma, “hay cosas que en la vida real, durante el tiempo del estudio, trabajo u ocio uno no puede o no se atreve a cambiar, mientras que en los videojuegos existe la posibilidad de manejarlas a tu antojo, viviendo y jugando con situaciones deseadas y probablemente inalcanzables”, como el citado ejemplo de las “motos” citado por los varones de 13-14 años. Simulación que permite “ir a lo loco”, prefigurando proyectivamente comportamientos futuros con motos de verdad, como veremos más adelante, o el ejemplo de los ladrones del “Driver” que permite imaginar una cierta trasgresión de las normas sociales dominantes por parte de unos preadolescentes que aspiran a dicha trasgre-

sión pero que todavía no se atreven a realizarlo.

El modelo de relación con los videojuegos permite tanto la proyección imaginaria de los deseos y aspiraciones juveniles en dichas edades, como la recreación de un espacio artificial, virtual, donde expresivamente el sujeto aparentemente es más invulnerable en un contexto de situaciones virtuales que persiguen la máxima verosimilitud, el máximo acercamiento a la red. De hecho, como señala la citada obra de la FAD, suele ser habitual que para conseguir dicho efecto, *“los jugadores harán todo lo posible para conseguir tal estado de integración (en el juego), rodeándose en muchas ocasiones de toda una parafernalia (iluminación, música, soledad...) que les ayude a conseguir tal objetivo.”* Como señala un verbatim de un grupo de

chicos de 16-17 años recogido por Rodríguez, (2002), *“si te gusta algún juego..., la pantalla forma parte de ti, estás dentro”* de la misma.

De esta forma, tal como tratamos de representar en el gráfico adjunto, los citados procesos de cambio social y tecnológico articulados con la dimensión de las exigencias sociales y familiares diferenciales a chicos y chicas, produciría el desarrollo de procesos de socialización diferencial en ambos “géneros”. Procesos que seguirían reproduciendo ciertas diferencias de género entre chicos y chicas dentro de la tendencia más general señalada a una cierta equiparación en los comportamientos de unos y de otras, dentro de la tendencia a una cierta “masculinización” del conjunto de jóvenes madrileños.



De este modo, tendríamos que entre los adolescentes y jóvenes madrileños en estos años de principio de siglo parecerían coexistir dos tipos de procesos de configuración por género, de orientación y expresión relativamente diferencial.

- Por un lado, en el marco de las relaciones horizontales entre los propios jóvenes, como resultado, entre otros factores, de la ubicación de la juventud en un mundo propio y con menos referentes expresivamente adultos, se estaría produciendo una tendencia hacia una mayor equiparación de los comportamientos entre chicos y chicas en el seno de una “masculinización” tendencial y dominante de los mismos.
- Por otro lado, de forma secundaria y como resultado de la interacción de los jóvenes con ciertas instancias de socialización (familia...) se desarrollarían nuevos realineamientos de “género” entre chicos y chicas, de forma

que entre los chicos se reforzaría la tendencia a la “invulnerabilidad”, ya presente en el modelo de socialización de género más tradicional con la consiguiente pérdida de “límites” como resultado de una menor exigencia social. Por su parte y entre las chicas, la mayor exigencia social y la mayor atención a su propio cuerpo conllevaría el desarrollo de unos ciertos mecanismos de autocontrol y de contención que frenarían, parcialmente, la tendencia al desfase, al exceso que se estaría produciendo de forma generalizada en los jóvenes como resultado de la citada masculinización.

Juego y articulación entre unas y otras tendencias, entre unos y otros procesos de socialización de “género” que subyacen en muchas de las concepciones y comportamientos ante la salud de los jóvenes madrileños, tal como veremos en los epígrafes posteriores de este documento.

## Un nuevo factor entre la juventud madrileña: la presencia de los jóvenes inmigrantes

En este complejo mundo de cambios y transformaciones en el seno de la juventud madrileña, en los últimos cinco o seis años, es decir, en el tiempo transcurrido desde la anterior investigación sobre “Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños”, ha aparecido en nuestra comunidad un nuevo factor, la inmigración, que, sin duda, va a suponer un elemento cardinal en el desarrollo de las nuevas formas de vida juveniles, ya sea desde la integración de ciertas pautas de comportamiento, de ciertas creencias, como del rechazo a otros, a su misma presencia, en más de un caso.

Presencia de los jóvenes inmigrantes, en el terreno que nos ocupa de la adolescencia y de la juventud que, también, va a conllevar un nuevo grupo, un nuevo colectivo de ciudadanos jóvenes a tener en cuenta en las estrategias de promoción y educación para la salud en la Comunidad de Madrid.

Es evidente que la repercusión en el ámbito de la salud juvenil va a ser muy variada y que va a depender de cómo se pro-

duzca el proceso de integración de dichos colectivos en la sociedad madrileña. Es muy distinto, en términos de salud, que la integración se realice de forma positiva o lo sea de modo muy conflictivo. Sin embargo, hoy por hoy, la presencia de inmigrantes jóvenes en Madrid se está traduciendo ya en varias dimensiones de mucha importancia para el tema que nos ocupa en este informe:

- Crecimiento del pluralismo de concepciones sociales y de comportamientos saludables y no saludables.
- Refuerzo del pluralismo de modelos familiares y educativos en presencia.
- Problemas de salud mental derivados de los actuales y conflictivos procesos de inmigración y de integración social en la sociedad de acogida.
- Importante crecimiento de los factores y prácticas de riesgo en el mundo de las relaciones afectivo sexuales.
- Aparición de emergentes relativos a conductas de riesgo vinculadas con la violencia.



- Desarrollo de nuevas concepciones sobre el “cuerpo” y de nuevas conductas en lo que se refiere a la alimentación y al ejercicio físico.
- Etc., etc.

En este sentido, a lo largo de las páginas y capítulos que siguen, además de la perspectiva de género, de la edad, de la situación social y/o territorial de los adolescentes y jóvenes madrileños, iremos incorporando la perspectiva de los jóvenes madrileños de origen inmigrante en todos aquellos temas y problemáticas en los que dicha perspectiva sea relevante. No se trata tanto de sumar y yuxtaponer una “mirada inmigrante” pretendidamente homogénea a otra “mirada española” igual y

pretendidamente homogénea, sino de tratar de adentrarnos y de dar cuenta de la complejidad, de las tensiones que hoy atraviesan a la juventud madrileña entre las que las derivadas de la inmigración configuran una dimensión más, una dimensión que, a veces, puede coincidir con otras expresadas con el resto del grupo, a veces no. De iniciar una reflexión sobre un colectivo que, a veces, parece tener unos hábitos saludables más desarrollados que el resto de los grupos, caso, hoy por hoy, del tabaco y del alcohol y que, sin embargo, en otros parece desarrollar unos comportamientos de riesgo más acentuados, caso de las relaciones afectivo-sexuales, tal como iremos observando y presentando en las páginas y capítulos siguientes.



## **SEGUNDA PARTE:**

# **LOS DISCURSOS SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS**



# Las concepciones juveniles sobre la salud

## 1.1. La perspectiva del “género”

En directa relación con los procesos de socialización y de construcción de “género” que hemos apuntado en páginas anteriores, en el citado informe de 1996 relativo a “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los jóvenes madrileños” señalábamos cómo las concepciones masculina y femenina de la salud se podrían sintetizar en unas expresiones utilizadas coloquialmente por los grupos en aquellos años: “*el estar bien*” y “*el sentirse bien*”.

En el citado informe señalábamos cómo “*desde la perspectiva femenina, los criterios de salud y enfermedad se disuelven (más aún en las edades jóvenes) en los más potentes, aunque imprecisos “estar bien” y “sentirse bien”... Lo físico, lo psíquico más coloquialmente según lo nombran los jóvenes, el cuerpo y los sentimientos o lo emocional, no necesariamente coinciden y son tan influyentes el uno como el otro, en las nociones de los jóvenes sobre la salud*”.

En esta perspectiva, seguíamos seña-

lando en el citado informe, la “*noción femenina de Salud (en mayúscula) se constituye como una noción directamente relacionada con la idea de “sensación de bienestar” subrayando cómo en dicha sensación se inscriben “tanto los aspectos físicos como los emocionales, psíquicos” y, a su vez, todos ellos con “los aspectos de tipo relacional” en coherencia y consistencia con el concepto de “yo en relación” que manejábamos anteriormente.*

Por su parte, los chicos jóvenes, los varones desarrollaban en aquellos años y aún en estos, otros criterios y concepciones sobre la salud “*relacionados también con el bienestar pero desde experiencias y expectativas diferentes*” en el sentido que en el acercamiento masculino a la salud “*el énfasis*” se situaba en la ausencia de malestares, especialmente de tipo físico. De modo que mientras las chicas jóvenes acentuaban el “*sentirse bien*”, los varones lo hacían con el “*estar bien*” de arreglo al siguiente esquema extraído del citado informe de 1996.

**CONCEPCIONES JUVENILES SOBRE LA SALUD (1996)**

CHICAS	CHICOS
✓ Sentirse bien.	✓ Estar bien.
✓ Concepciones centradas en el bienestar global y en el equilibrio personal.	✓ Concepciones más centradas en el bienestar físico y en la potencialidad energética del cuerpo.
✓ Concepciones relacionales de la salud.	✓ Concepciones más individualizadas sobre la salud.
✓ Equilibrio entre salud física y mental.	✓ Focalización en la salud física.
✓ Concepciones más centradas en los hábitos y en los cuidados	✓ Concepciones más centradas en lo innato y en el dinero.

La investigación de 2003 ha puesto de manifiesto el mantenimiento, en lo esencial, de estas dos aproximaciones a la salud en función de la “perspectiva” de “género” de los distintos grupos juveniles realizados con los matices que desarrollaremos en los siguientes epígrafes.

**1.2. La perspectiva de las edades**

Junto con la “*perspectiva de género*”, la otra dimensión analíticamente más desarrollada en el citado texto de 1996 era la de la “edad”. En una clara correspondencia estructural con las distintas fases y etapas por las que atraviesa la adolescencia y la juventud: inscripción inicial y separación primera del grupo familiar en la preadolescencia; integración fuerte en el grupo de pares, en el grupo de amigos como comunidad de referencia a lo largo de la primera adolescencia de los 15-16 años, aproximadamente; progresiva afirmación de la individualidad y construcción de una imagen personal más autónoma a lo largo de los 17-18 años, aproximadamente; importancia de la progresiva inscripción en un mundo más adulto y volcado hacia el futuro, en el citado informe habíamos desarrollado un conjunto de epígrafes destinados a presentar cómo des-

de las distintas edades se concebía la salud y algunas de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la misma.

Conjunto de concepciones y cuestiones centrales en unas y otras edades que resumíamos en el gráfico de la página siguiente procedente del citado estudio “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los jóvenes madrileños”.

De modo similar a lo señalado en relación a la dimensión de “género”, la investigación del 2003 ha constatado la vigencia de la diferenciación estructural de las concepciones y prácticas de salud en relación con las distintas edades en línea con lo señalado en dicho esquema. Igualmente, de forma similar a lo señalado en el caso de la perspectiva de género, se han producido toda una serie de modificaciones en función de los cambios más estructurales señalados en la primera parte y, en especial, en lo que se refiere a los cambios en las familias (proteccionismo, cambios en las concepciones y prácticas de salud de la generación de los padres, etc.) que no han dejado de traducirse en unas ciertas modificaciones de dichas concepciones, tal como iremos señalando en el texto del informe.

Ahora bien, dados los objetivos más precisos de esta investigación en relación a las áreas temáticas de interés en el ám-



bitio de la Promoción de la Salud, en lugar de detallar por edades todo este conjunto de cuestiones, en esta segunda parte más central de las concepciones sobre la salud vamos a centrarnos en éstas y en la perspectiva de género, como dimensión más clave de cara a dichos objetivos más operacionales del informe para, posteriormente, en el desarrollo de las áreas te-

máticas de interés para la salud ir introduciendo la perspectiva de la edad, la propia dimensión social o aquella otra que se exprese más pertinente, como pueda ser la propia inmigración, como conjunto de parámetros a tener en cuenta en el abordaje de dichas temáticas (consumo de alcohol, tabaco, relaciones afectivo-sexuales, culturas del cuerpo, etc., etc.).

## La evolución general de las concepciones juveniles sobre la salud

En el marco de estas diferenciaciones básicas y antes de entrar en la caracterización más particularizada en la actualidad de las concepciones masculina y femenina sobre la salud, tal como aparecen en los discursos producidos en la presente investigación, creemos que sí conviene señalar algunos de los rasgos de la evolución que parecen presentar el conjunto de discursos sobre la salud expresados en 1996 y en 2003.

### 2.1. Acercamiento tendencial de las concepciones masculinas y femeninas sobre la salud de los jóvenes madrileños

Manteniéndose, en lo esencial, las citadas concepciones de “género” sobre la salud, los discursos producidos por los jóvenes madrileños parecen evidenciar una menor separación, una distinción menos

marcada o nítida que en el pasado entre ambos discursos de “género”. En la misma línea que lo señalado en el año 2000 en relación al discurso de las mujeres madrileñas<sup>21</sup>, discurso, no olvidemos, pronunciado por la generación de las madres de los jóvenes presentes en los grupos, parece que en el 2003, como resultado del conjunto de cambios que venimos señalando, la nítida distinción de 1996 entre las nociones masculinas y femeninas sobre la salud, entre el “*estar bien*” y “*el sentirse bien*” de los jóvenes madrileños habría disminuido al punto, en más de un caso, que casi se utilizan de forma indistinta por los grupos.

Pérdida de nitidez de la citada frontera discursiva en la medida que el discurso femenino incorpora con más fuerza que en el pasado ciertas dimensiones como la “individualización”, la propia “medicalización” de su discurso, y el discurso masculino, a su vez, integra con más fuerza

<sup>21</sup> Se refiere a la monografía llevada a cabo por CIMOP para el propio Instituto de Salud Pública sobre “Las representaciones de las mujeres madrileñas sobre la salud” al que hemos hecho alusión en páginas anteriores.



que en el pasado, que en 1996, las dimensiones de la vivencia subjetiva del “estar bien” y no sólo las de su expresión más reductoramente física.

## 2.2. Adelantamiento de ciertas concepciones y de ciertos comportamientos relativos a la salud

Otra de las líneas de evolución de 1996 al 2003 es lo que podríamos llamar el progresivo adelantamiento de ciertas concepciones y comportamientos que en aquellos años se daban en unas edades determinadas a otras más tempranas. Adelantamiento, mayor precocidad de los adolescentes y jóvenes madrileños de hoy en día en relación con lo que ocurría hace unos años que se convierte, en opinión de uno de los profesionales consultados, en uno de los rasgos más característicos de la adolescencia y la juventud actual y en fuente de factores de riesgo para la salud de los jóvenes. De hecho, una de las causas que explicaría la presencia simultánea de varios factores de riesgo en el mismo tipo de persona procedería, en opinión de este profesional, de dicho adelantamiento en los procesos de socialización juveniles.

*“¿Y TÚ POR QUÉ CREES QUE SE PRODUCE ESA ASOCIACIÓN DE FACTORES? ¿ANTES NO SE PRODUCÍA TANTO?*

*- Yo creo que no, porque yo creo que es que el..., hay un proceso de socialización mucho más precoz que genera que se afronten esos factores de riesgo en una situación de mayor inmadurez que lo que había antes, ¿no? Quiero decir, no es lo mismo empezar a fumar a los 17 o a los 18 que empezar a fumar a los 12. No es lo mismo empezar a coger una moto a partir de los 18 que empezar a coger una moto desde los 13 ó 14 años. No es lo mismo tener el nivel de autonomía y de..., incluso entre comillas de abandono, ¿no?, que te da la situación actual, ¿no?:*

*no hay hermanos, entonces el colega, el grupo genera todo un..., todo realmente un espacio de socialización”* (Profesional Educación para la Salud)

En los grupos dicho adelantamiento se ha podido observar claramente en la segmentación por edades de unas y otras concepciones y prácticas relativas a la salud. Así, por ejemplo, lo que denominábamos discurso sobre la compatibilidad de los hábitos transgresores de la salud (como, por ejemplo, podía ser el fumar, el beber...) con la vida saludable propia de los jóvenes que en el estudio de 1996 se expresaba en los 17-18 años, por ejemplo, en el actual estudio ha estado muy presente en el segmento de edad anterior, en los 15-16 años.

*“CUANDO DECÍS ESO DE “ESTAR BIEN”, PARECE QUE ESTAR BIEN ES TENER EL CUERPO EN FORMA, ¿NO?, O TENER...*

*- Estar bien todo.*

*- Estar bien... O sea, lo que es... Es que hay varias cosas, de estar bien, estar sano, a...*

*- Claro, luego puedes estar jodido por los problemas en casa...*

*- Estar bien contigo mismo.*

*- Puedes fumar... Puedes fumar todo lo que quieras y a lo mejor bebes también y estás bien. Yo por ejemplo estoy bien. Estoy bien. ¿Sabes lo que te digo?*

*- Ahora, sano a lo mejor no, pero estoy bien.*

*- Estás bien contigo mismo, ¿no?*

*- En general estoy bien. No me encuentro mal. Yo es que no... No me duele nada, no...*

*¿Y VOSOTROS ESTAR BIEN ES ESO TAMBIÉN, O ES OTRA COSA?*

*- No, si yo creo que estar bien es eso que dice él. Tú te encuentras bien y eso, haces tus cosas, lo que te gusta y eso y te encuentras a gusto.”* (RG. Nº 7. Varones 15-17 años. C. Media. Madrid)

Como se señala en alguno de los textos anteriores, “*puedes fumar todo lo que quieras y a lo mejor bebes también y estás bien*”. No sólo eso, sino que como venimos subrayando en el texto, el desplazamiento hacia el tiempo de ocio de las posibilidades del “sentirse bien” y del “estar bien” de chicos y chicas, el considerar como parte importante de dicha sensación los comportamientos lúdicos y festivos desarrollados en dicho tiempo de ocio conlleva que la citada compatibilidad entre “salud” y dichos comportamientos se adelante a las edades en las que el citado tiempo de ocio pasa a primer plano en la vida juvenil, es decir, a las edades situadas tras la preadolescencia, en torno a los 14-15 años, tanto en chicos como en chicas.

De hecho, las edades de iniciación en los consumos de tabaco y alcohol, por ejemplo, se sitúan en dicha franja de edad, tal como veremos más adelante.

### 2.3. Individualización y subjetivación de las concepciones sobre la salud

Otro de los elementos que con más fuerza ha aparecido en el 2003 en relación con 1996 es lo que podríamos llamar una mayor “**individualización**” en las concepciones sobre la salud de unos y de otras. Evolución más evidente, sin duda, en el discurso femenino que en el masculino por las propias características relacionales y más individuales de uno y otro, pero presente en ambos casos de forma que se produce un cierto desplazamiento hacia la vivencia subjetiva e individual, hacia la interpretación más personal y subjetiva tanto de la noción de salud, como de la noción de “bienestar”, relativamente cercana a lo anterior.

Así, mientras en 1996 la noción de “bienestar” conllevaba ciertos elementos relativos a las dimensiones económicas y sociales más generales de este término, en la actualidad de 2003 dicha acepción

más general aparece únicamente en alguno de los grupos de más edad, de más de 18 años, en el grupo de universitarias que expresa un discurso más general y elaborado a este respecto.

*“Una estabilidad económica, personal, laboral, estabilidad.*

*-Eso es bienestar” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Majadahonda)*

Sin embargo y por el contrario, en la mayoría de los grupos realizados en el 2003, la citada noción de bienestar se transforma en una definición y caracterización personal, en una vivencia casi subjetiva de ello, casi sin ningún tipo de mediación más social o estructural.

*“BIENESTAR SERÍA...*

*(Hablan a la vez)*

*-Es más estado de ánimo.*

*-Sí” (RG. Nº 5. Chicas. 15-17 años. C. Media Alta. Majadahonda)*

En este sentido, todo parece indicar que la corriente de individualización de las relaciones sociales que, ante todo, se expresa en una cierta estilización de la vida juvenil, de estilización en lo individual y en la afirmación y presentación pública de uno mismo ante el entorno...

*“Estar feliz contigo mismo.*

*-A gusto.*

*-Aceptarte como eres, que no te importe lo que digan los demás. Que te gusta, por ejemplo la forma de vestir, ¿no? Hay gente que tiene prejuicios contra los pijos, heavy y yo qué sé. El otro día había uno en la tele que llevaba un CD de colgante aquí en las orejas. Pero que no te importa lo que diga la gente, que te apetece ponerte unas sandalias con calcetines, pues te las pones” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

*“Sentirte bien contigo mismo. Puedes estar con mil enfermedades, pero que estés bien contigo mismo. Estar a gusto con lo que haces. Es eso, estar a gusto con lo que haces”* (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)

...se traduciría en el ámbito de la salud en un refuerzo del “yo”, en un refuerzo de la propia subjetividad del individuo y en una aparente menor apertura a las condiciones de su entorno.

El conjunto de grupos realizados evidencia un incremento del malestar social en los entornos juveniles, por un lado, y de la presión social y familiar hacia ellos, por otro. Incremento de la presión y del malestar en el entorno que podría tener una cierta relación con este proceso de individualización y de subjetivación de la salud por parte de los jóvenes como si éstos intentaran preservarse de dicha presión, de dicho malestar y de conseguir un cierto equilibrio, muy centrado y articulado en torno a la voluntad, a la subjetividad de cada joven.

#### **2.4. Una definición más en negativo de la salud**

Otro de los rasgos de la evolución de 1996 al 2003 en lo que se refiere a los discursos de los jóvenes madrileños sobre la salud se evidencia en la mayor fuerza de la definición en negativo de la misma. Caracterización más “en negativo” que acentúa la dimensión subjetiva, los problemas psicológicos del malestar procedentes o asociados con las presiones y los conflictos enraizados en su entorno existencial más inmediato.

*“Para mí no tener problemas.*

*-Claro.*

*-Cuando no tienes problemas te sientes bien con todo tu entorno, contigo, con todo el mundo...”* (RG. Nº 6. Mujeres. 15-17 años. C. Media. Chinchón)

O dicho de otra forma, en 1996 las concepciones sobre la salud se afirmaban de forma más autónoma e independiente que la definición más en negativo de ésta como “ausencia de enfermedad”. Sin embargo en el 2003, la definición de salud aparece muy cargada de caracterizaciones en negativo y, además, entre éstas no sólo aparece la ausencia de enfermedad sino que, ante todo, figura la idea, la noción de ausencia de problemas, de malestar más psicopatológico, más sociopatológico, tal como veremos más adelante.

La trascendencia de esta caracterización más en negativo de la salud como “ausencia de problemas y de frustraciones” es que conlleva, en sí misma, el embrión de una conducta que, a su vez, puede ser un riesgo para la salud física de los jóvenes. En efecto, en lugar de caracterizar y vivir la salud, por ejemplo, como capacidad de reaccionar activamente ante el entorno, la citada definición en negativo de la salud como “ausencia de problemas y de frustraciones” conlleva la inscripción de la salud en una especie de continuidad indirecta con el modelo de educación burbuja que señalábamos anteriormente, es decir, de concebir la salud más como ausencia de conflictos que como capacidad real de abordarlos y de resolverlos y, además, por eso mismo, inscribe la “salud” en el espacio en el que, hoy por hoy, los jóvenes sienten que viven con menos conflicto, es decir, en su tiempo de ocio, en su tiempo libre. De esta forma, si anteriormente el “sentirse bien” y el “estar bien” se desplegaba en todas y cada una de las dimensiones, de los planos y de los espacios de la vida juvenil, en el 2003 parecería tender a reducirse, a ubicarse preferentemente en el espacio del “buen rollo” existente en el tiempo libre, en el espacio del ocio lúdico y divertido, en el espacio que, como dijimos anteriormente, se vive como una faceta de la vida, como un contrapunto (evasivo) de la otra parte de la vida juvenil.

“Salir de marcha.

- Eso vamos.

- Salir por ahí a bailar.

- Eso me gusta... pues sí.

¿POR DÓNDE VAIS O QUÉ HACÉIS PARA CUANDO VAIS DE MARCHA?

- Yo por los bares... (¿?)

- Yo... soy fija en un bar y... (¿?) me tiro ahí todo el día.

FIJA.

- Fija discontinua.

- Hay gente que para quitarse los problemas y tal se cogen un pedo. Pero es que yo prefiero pasármelo bien y acordarme de lo que he hecho al día siguiente. Y no sé, yo por ejemplo he estado por ahí de marcha y hago deporte, me gusta. Me siento flex.

- Yo cuando eso pues también, me salgo de marcha por ahí.” (RG. N° 11. Mujeres 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

“Al igual que yo me olvido de mis problemas cuando voy a comprar, de compras hay mucha gente que olvida bebiendo y lo hace por eso. Es como una salida. (RG. N° 11. Mujeres 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

No deja de ser curioso y significativo al mismo tiempo, no deja de ser un signo más de la ambivalencia de la situación actual de los jóvenes madrileños en relación con la salud, el que en todos los grupos se produzca un claro consenso a la hora de señalar los medios para olvidar los problemas, para denegarlos, si se quiere. Como gráficamente expresa el siguiente texto repetido en todos los grupos de más de 15 años, lo mejor para “estar bien” o para “sentirse bien” es el “cachondeo”. Es decir, la mejor forma de “sentirse bien”, de “estar bien” no es alcanzar un equilibrio entre las propias exigencias y las del entorno, como afirmaban las mujeres madrileñas en el año 2000, no es tener capacidad de reacción, de afrontamiento de los problemas... No, la mejor forma es tratar de olvidar los problemas du-

rante un cierto tiempo (aunque se sepa, por otro lado, que siguen existiendo).

“¿QUÉ ES LO QUE OS HACE MÁS ESTAR BIEN O SENTIROS BIEN?

-El cachondeo.

(Risas)

-Ir a bailar.

BAILAR.

-Sí.

-Sí.

-Pasártelo bien y ya está.

¿Y DE QUÉ DEPENDE LO QUE MÁS ESTAR BIEN?

-No sé, saber disfrutar de las cosas.

-Que sepas disfrutar y que...

-Cada uno a su manera. Unos con alcohol, pues bebiendo alcohol. Otros con chís...

-Más o menos que salga lo que tengas planeado bien.

-Claro.

-Sí” (RG. N° 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

Desplazamiento de mucha importancia en la caracterización de algunas de las dimensiones claves de la salud ya que, como veremos, más adelante, dicha concepción conlleva inscribir en dicho espacio de la salud toda una serie de conductas que podríamos denominar de riesgo, desde una perspectiva sanitaria e institucional más clásica, pero que son vividas hasta cierto punto como “saludables” por los jóvenes en la medida que les ayudan a estar bien, a sentirse mejor, a percibirse con más salud como puede ocurrir, por ejemplo, con el consumo de alcohol y de otro tipo de drogas.

## 2.5. Una definición más medicalizada de la salud

En una línea directa con el ítem anterior de la mayor fuerza de las caracteriza-

ciones en negativo de la salud, las nociones más biomédicas y orgánicas de la salud han estado más presentes en los grupos, tanto en el de chicas, tradicionalmente más al margen<sup>22</sup> de las mismas, como en el de chicos.

*“¿QUÉ ES PARA VOSOTROS LO DE SALUD? VOSOTRAS...*

*-No tener ninguna enfermedad.*

*-Que vayas al médico y te diga: estás más sana que un ocho. Vamos, a casa...*

*-Encontrarte bien.*

*¿EN QUÉ SENTIDO LO DE ENCONTRARTE BIEN?*

*-Pues estar sana. No tener ninguna enfermedad y tener una buena salud” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

*“No tener ninguna enfermedad.*

*-Claro.*

*-Todos.- Sí” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media Alta. Ctra. de La Coruña)*

Concepción más medicalizada de la salud en relación con la observada en 1996 que, en todo caso, parece estar más presente en los grupos más adolescentes de 13-14 años y en los sectores de clases medias altas “como si”, en cierto sentido, uno de los vectores de transmisión de dichas concepciones fueran las familias, por un lado, (familias más normativas y con más capacidad de reproducción social en las clases altas que en las bajas) y la cercanía a la segunda infancia y la visita al pediatra, por otro.

Quizás pueda ser una coincidencia pero no deja de ser curioso que a lo largo de la segunda infancia<sup>23</sup> y hasta los 14 años, periodo de la vida en el que, como es conocido, se mantiene la visita y el control del preadolescente por parte del pediatra, se expresa con más fuerza esta noción más biomédica sobre la salud y que,

sin embargo, dicha noción pierde fuerza y presencia ente los 15 y 21 años, aproximadamente, es decir en las edades de la juventud en la que ésta deja de asistir a los Equipos de Atención Primaria, en los años en los que sólo se va al médico, muy de vez en cuando, cuando se tiene algún problema más o menos serio de salud.

Es decir, mientras los adolescentes están inscritos, de una u otra forma, en el espacio de las instituciones de socialización más básicas, como la familia y, en general, en la influencia más directa de las instituciones (vía profesor o vía pediatra, por ejemplo), las nociones biomédicas tendrían más presencia. Sin embargo, a partir de los 14-15 años, aproximadamente, cuando los jóvenes se emancipan simbólicamente de dichas instituciones más “adultas” y se inscriben y crean un mundo más propio y autónomo, como pueda ser el propio espacio del ocio y de la fiesta, se desarrollan otras dimensiones en sus concepciones sobre la salud que acercan esta noción a las propias prácticas que desarrollan en dichos espacios (a las prácticas vividas a veces como contrapunto y como exceso problemático y, a veces, vividas como prácticas de afirmación y de autorregulación –más positivo, como veremos más adelante–).

Por otro lado, también pareciera incidir en esta concepción joven más medicalizada de la salud la potencia de las tecnologías sanitarias en el actual imaginario juvenil. Potencia de dichas tecnologías que se expresa de diversa forma en los discursos masculinos y femeninos, como veremos más adelante en el epígrafe dedicado a las concepciones del cuerpo, pero que tienen en común la idea de la capacidad de regeneración y transformación del propio cuerpo como resultado de la intervención de las citadas tecnologías.

<sup>22</sup> En el citado informe sobre los discursos sociales de las mujeres madrileñas sobre la salud del año 2000, también emergía entre las mujeres con más fuerza que en el pasado la noción biomédica de la salud.

<sup>23</sup> Ver “Las Representaciones Sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años... (Documentos Técnicos de Salud Pública Nº 48).

## La concepción femenina de la salud

En el caso de las chicas, tal como dijimos anteriormente, la noción de la salud equivale a un “sentirse bien” que integra dimensiones físicas y emocionales, dimensiones personales y del entorno, “sentirse bien” que aparece claramente en todos los grupos realizados. Conjunto de grupos que, con diferente grado de énfasis, han subrayado la necesidad de articular dichos planos vitales y diferenciales para poder “sentirse bien”, para poder decir que se está bien de salud.

*“... estar a gusto con la gente con la que estás, estar a gusto con lo que estás haciendo, y yo qué sé, y estar a gusto contigo mismo. No sé.*

*-Yo es que... No sé, pero lo más eso es sentir..., creer en ti, porque es que a lo mejor vas a hablar con tu amiga y es que a lo mejor vas a hablar con tu amiga y es que no cree en sí misma, no tiene confianza ni si quiera en sí misma. A mí eso me fastidia mucho.*

*EL TENER CONFIANZA EN UNO MISMO, ÉSE ES EL...*

*-Un poco es importante... antes de... No sé, también es importante confiar en los demás, pero yo creo que si no confías en ti misma no en lo que tú sabes hacer y en lo que no.*

*-Es como lo de que si no te quieres que nunca vas a conseguir querer a los demás. Porque si no te aceptas a ti como eres...” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

*“Pues encontrarte bien contigo misma, o sea, lo que es físicamente, ¿no?, y psicológicamente también” (RG. Nº 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media Alta. Majadahonda)*

*“¿SALUD QUE SE PARECERÍA MÁS O ESTARÍA MAS CERCA DE LA IDEA QUE TENÉIS DE ESTAR BIEN O SENTIRSE BIEN, O DE BIENESTAR?*

*-Sentirse bien, porque tú puedes estar bien...*

*-Sí, puedes estar bien de salud físicamente pero si anímicamente no lo acompañas...” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta)*

*“¿A QUÉ SE ASOCIA SALUD?*

*-Yo salud lo asocio a la cabeza, lo que es la mente y lo que es el cuerpo. Para mí son dos cosas diferentes.*

*-Para mí las dos juntas.*

*-Para mí también, todo junto” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

Concepción de la salud como un “*sentirse bien*”, como el resultado de un cierto equilibrio entre las dimensiones “*emocionales*” y “*corporales*” (si es que tiene algún sentido real hablar de dicha separación con la carga que habitualmente se le da a dichos términos) que, en el proceso transcurrido desde 1996 a 2003, se habría escorado hacia una mayor importancia del **polo de la subjetividad**, tal como señalamos en los epígrafes precedentes. En este sentido, si bien es cierto que la concepción femenina de la salud en estas edades ha venido incorporando dicha dimensión emocional, del “*estado de ánimo*”, en la vivencia y en la concepción de la salud, todo parece indicar que dicha dimensión habría acentuado su importancia en el curso de estos últimos años al punto de hacerse el polo “*decisivo*” en la citada articulación.

*“... va relacionado, porque según como te encuentres de estado de ánimo...”*

*(Hablan a la vez)*

*-A mí muchas veces lo que me pasa es que cuando estoy triste o tengo problemas me enfermo mucho, más que cuando estoy feliz. Eso me pasa pero muchas veces, muchísimas veces, estoy contenta y no me pongo mala. Pero como esté triste y tenga un problema me pongo mala. Si no es dolor de cabeza es dolor de garganta y si no... Pero me pongo mala, si estoy triste y tengo problemas me pongo mala...*

*-Porque la mente influye en el cuerpo. Va relacionado pero tiene diferente tratamiento” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

*“¿A QUÉ SE ASOCIA SALUD?”*

*Yo salud lo asocio a la cabeza, lo que es la mente y lo que es el cuerpo. Para mí son dos cosas diferentes.*

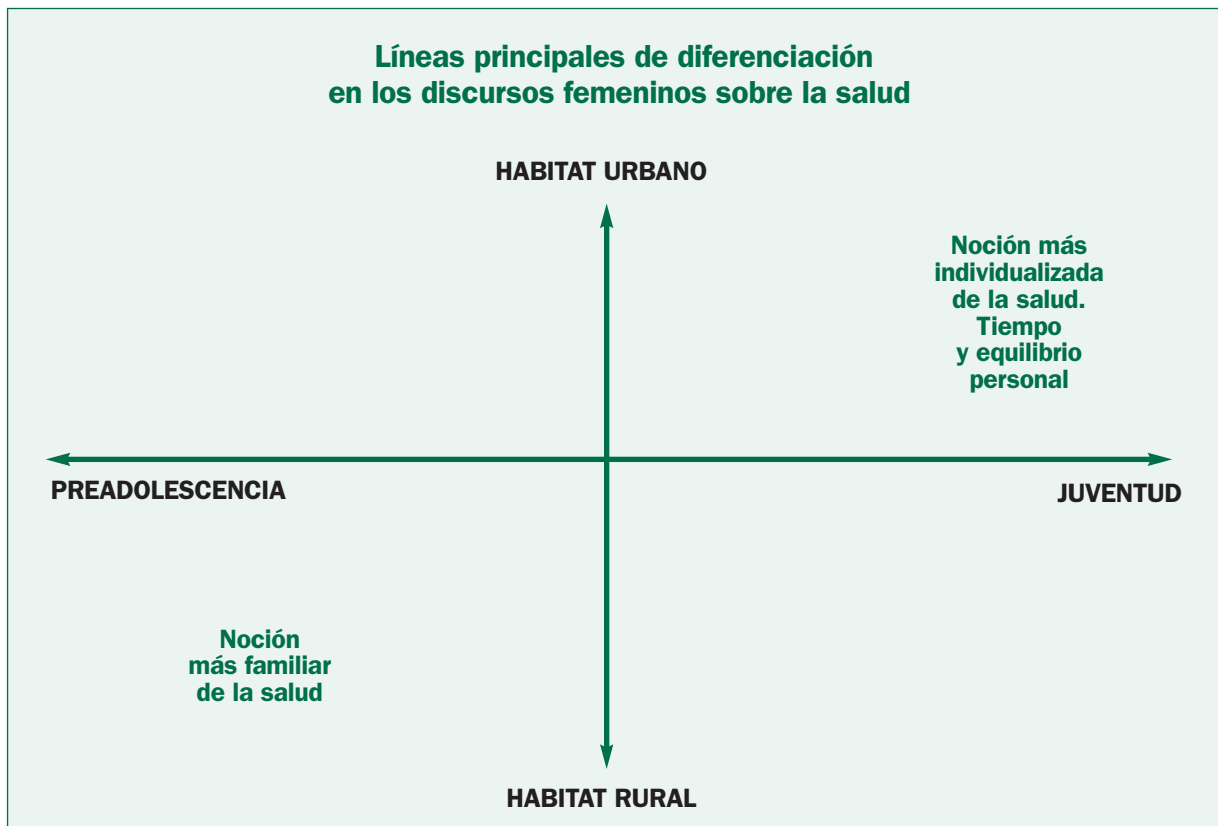
*Para mí las dos juntas.*

*Para mí también, todo junto.” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

Acentuación de dicha dimensión de la “*subjetividad emocional*”, cabría decir, en el caso de la concepción femenina de las jóvenes madrileñas que podría estar relacionada, también, con la mayor presencia de “*somatizaciones*”, de problemas vinculados a lo que se podría llamar las *sociopatías*, las *psico-patologías* de la vida cotidiana. Presencia de este tipo de males que parecerían estar incrementándose en estas edades, como hemos podido observar en otros estudios llevados a cabo por este mismo equipo investigador en la Comunidad de Madrid.

En el marco de esta caracterización femenina básica de la salud y del sentirse bien cabría señalar la existencia de unos ciertos matices en función de las respectivas edades y situaciones sociales diferenciales de los distintos tipos de grupos de chicos realizados. Situaciones sociales diferenciales entre las que la dimensión territorial, es decir, de hábitat urbano frente a un hábitat más rural aparece, junto con la edad<sup>24</sup>, como la dimensión más decisiva, tal como hemos tratado de representar visualmente en el mapa adjunto.

<sup>24</sup> La inmigración es otro parámetro decisivo que será considerado monográficamente algo más adelante.



Así, mientras el conjunto de grupos femeninos más urbanos del área metropolitana madrileña han subrayado, como ampliaremos algo más adelante, la dimensión más “individualizante” del sentirse bien, la dimensión que pone el acento dentro del modelo de “yo en relación” en el sujeto mismo.

*“¿QUÉ ES PARA VOSOTROS LA SALUD?*

*-Encontrarte bien contigo misma.*

*-Sí.” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

Dimensión más personalizada de la salud que se acerca en sus propias expresiones verbales a lo manifestado por los sectores centrales de mujeres de clases medias y medias altas en el curso de la investigación realizada en el año 2000 sobre “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de las mujeres Madrileñas”. Estudio

en el que la noción de la Salud como “*equilibrio personal*” aparece como la concepción dominante en dicho tipo de mujeres.

*“Es que hay cosas que son tuyas. No es lo mismo la imagen que das, o sea que puedes ser una persona muy natural, pero siempre que guardes un rincón. Y si ese rincón lo guardas y lo proteges y además lo mantienes y lo cuidas... (¿?) sentirse contigo mismo, tu espacio, tu momento. Tu tiempo para ti. Pues si por ejemplo cuidas eso para sentirte bien...” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Madrid)*

El grupo de chicas jóvenes de Chinchón, grupo ubicado en un medio de fuerte componente agrícola y en el que a lo largo de toda la dinámica de grupo realizada se ha subrayado la importancia, en positivo y en negativo, del grupo familiar, la citada noción



de salud se escora hacia el polo de la dimensión más familiar y relacional, en una concepción más próxima de la denominada concepción global y holística de la salud que se puso de manifiesto en el estudio de las mujeres de 1993 (Informe Mujeres y Salud. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 32). Concepción holística que conlleva una integración de las más diversas facetas de la salud en el seno de una concepción de fuerte componente relacional y familiar.

*“Yo para estar bien con la salud,... ningún exceso, un poco de deporte, estar bien con tus amigos, tu compañía...”*

*-Sí, y no llevarte mal con... (¿?) no tener problemas con nadie.*

*-Estar contigo misma.*

*-Hacer bien tus cosas.*

*-... todo lo de tu alrededor esté bien para mí es ser feliz, es ser feliz.*

*-Tu felicidad y la gente que te importa” (RG. Nº 6. Mujeres. 16-17 años. C. Media. Chinchón)*

Concepción más holística de la salud que integra e incorpora los hábitos saludables, el equilibrio entre lo físico y lo psíquico, la ausencia de conflictos con los demás y el estar bien con uno mismo, que integra y subsume la propia noción más reduccionista de la salud como “ausencia de enfermedad” pero que, en todo caso y de forma muy expresiva, subraya la prioridad, la primacía del contexto relacional, del “entorno”, “sobre todo es tu entorno”, para que las jóvenes puedan llegar a sentirse bien y estar bien de salud.

*“¿SALUD QUÉ SERÍA?*

*-Estar sano.*

*-Es que es todo sentirte bien.*

*¿EN QUÉ SENTIDO SENTIRTE BIEN?*

*-Pues no tener nada, ninguna enfermedad ni nada.*

*-Sabes que no tienes nada, saber que...*

*que tu cuerpo está bien, que no tienes ningún tipo de enfermedad ni nada de eso.*

*PODÉIS SEGUIR. ¿QUÉ ES NADA DE ESO?*

*-Pues no tener ninguna enfermedad, estar bien, no sentirte mal.*

*-... estás perfecta.*

*-Y... (¿?) alrededor, porque siempre que hay algo a tu alrededor siempre te afecta...*

*-Y comer debidamente, hacer las comidas del día y esas historias.*

*(¿?)*

*ESO SERÍA PERDONA LO QUE COMER...*

*-También, también yo creo que sería salud. Y comer bien...*

*-(¿?) te encuentras peor. Sobre todo tu entorno. Es que todo viene a ser lo mismo, para mí todo viene a ser lo mismo, no el mismo significado pero... todo viene de tu alrededor, de cómo se sientan a tu alrededor y como te sientas tú y como... Es que es todo, para mí es todo igual. Es verdad que... (¿?) lo mismo. Yo pienso que para ser feliz tienes que estar sano también, si no, no vas a ser completamente feliz” (RG. Nº 6. Mujeres. 16-17 años. C. Medias. Chinchón)*

De hecho, en el marco de esta concepción de la salud, el grupo de chicas jóvenes de Chinchón ha sido el único grupo joven realizado que ha llegado a expresar, de forma similar a las mujeres productoras del citado discurso “holístico” de 1993, la idea de que les preocupa más la salud de su propio entorno familiar que la suya propia, como de forma muy significativa se pone de manifiesto en el siguiente texto.

*“En ese sentido tengo más miedo a que le pase a la gente que me importa a que me pase a mí. A mí me pasa, a mí y me da igual. Sin embargo le pasa a mi madre y me muero.*

*-No, pero tú date cuenta que te pasa a ti*

*un accidente, que tienes un accidente y te mueres, vale, dices prefiero que me pase a mí, pero luego también la gente lo va a pasar mal.*

*-Pero por una parte prefieres no sufrir tú. O sea yo prefiero que me pase a mí, que le pase a alguien de mi familia, alguien de mí alrededor y tenerlo que vivir.*

*-Hombre, yo prefiero antes que le pase a alguien que me pase a mí, pero también yo pienso que si le pasa a alguien lo voy a pasar muy mal y tampoco quiero que nadie lo pase mal (RG. N° 6. Mujeres. 16-17 años. C. Media. Chinchón)*

### 3.1. La salud como control sobre la propia vida

El conjunto de discursos sociales sobre la salud de las jóvenes madrileñas parece responder, hasta cierto punto, a la necesidad de articular una serie de dimensiones y orientaciones parcialmente contradictorias que afectan a la vida de los jóvenes y que acaban configurando una especie de complejo campo de fuerzas en el que el intento de hacerse con el “control” sobre la propia vida, sobre su salud aparece como un elemento cardinal en los emergentes discursivos sobre la salud en el caso del discurso femenino, en particular.

No cabe duda que la dimensión de “control” sobre su vida y su salud encuentra su raíz más general en la creciente incertidumbre que afecta la vida de los jóvenes y a su futuro como resultado de las transformaciones en el trabajo, de las dificultades de encontrar vivienda y de la “precariedad” como casi sinónimo de la vida juvenil. Como no deja de subrayar uno de los grupos de jóvenes realizados, el de chicas de 18 a 21 años que ya están trabajando, las actuales generaciones de jóvenes de estos sectores sociales de clases medias y medias bajas urbanas se perciben a sí mismas “como los sin techo del mañana”.

Ahora bien, siendo esto cierto, no cabe

duda que en el propio ámbito de la salud existen varias tensiones básicas que también apuntarían en la dirección de hacer de esta idea de “control”, de “autocontrol” uno de los elementos claves de las actuales vivencias femeninas de las jóvenes madrileñas con respecto a la salud.

En efecto, como hemos venido señalando en el texto, la progresiva cercanía de comportamientos y actitudes entre chicos y chicas; la dicotomía semana, fin de semana; la necesidad de encontrar una válvula de escape a la presión en la que viven genera una serie de condiciones que inducen el “exceso” en el conjunto de comportamientos (consumos de alcohol, tabaco...,) relativos a la salud. De ahí, que se observe en todos los estudios una progresiva incorporación de las chicas jóvenes a un conjunto de consumos que hasta ahora eran más campo acotado de los chicos.

En una dirección contraria a lo anterior, existe toda una serie de discursos sociales, a los que las jóvenes no son ajenas por más que parezca, a veces, que sí lo son; existe toda una serie de normas sociales incorporadas como, por ejemplo, el peligro de la obesidad en relación con el cuerpo, el canon de la delgadez; existe también toda una serie de experiencias personales y sociales al respecto, tal como desarrollamos en otros lugares del texto, que inducen en las jóvenes un movimiento en una dirección distinta a la anterior, prácticamente invertida hacia el freno, la medida, el establecimiento de unos mecanismos de contención en la citada tendencia al exceso.

De esta forma, entre la tendencia al “exceso” producto de ciertos procesos sociales y juveniles y la normatividad y prohibición absoluta de ciertas conductas por parte de los discursos producidos por ciertas instituciones adultas al respecto, parecería que los discursos de las jóvenes madrileñas apuntan hacia una idea de “autocontrol” que deja en manos de cada joven la decisión de hasta qué punto llevarlo a cabo: para unos será la

negativa absoluta a un cierto tipo de consumo en función de sus propios criterios, para otras quizás sea una forma de consumo que les hace sentirse bien por más que sea “excesivo” a los ojos adultos, en otras, quizás, se exprese por una cierta forma de consumo más o menos moderada, etc., etc.

Desde este punto de vista, la perspectiva femenina de las jóvenes madrileñas tiende a incorporar discursivamente ciertas prescripciones saludables de las instituciones sanitarias relativas al ejercicio físico, a la alimentación, a los cuidados en general, especialmente en los sectores más adultos y de estatus social más elevado (sectores que se vienen manifestando como más normativos a este respecto).

*“¿LO DE SALUD?*

*-Poder estar diez minutos corriendo y no ahogarme.*

*(Risas)*

*-Pues salud, no sé, mantenimiento, llevar buenos hábitos de vida.*

*-Sí, no tener ninguna enfermedad.*

*-Sobre todo eso, poder controlar tu vida. Ya si respiras o no respiras pero... Saber que no te duele nada.*

*¿EN QUÉ SENTIDO LLEVAR BUENOS HÁBITOS?*

*-Pues no sé, llevar algún control de vez en cuando. No, yo me refiero más a las enfermedades y todo eso, llevar un buen control, comer lo que debes, alimentarse bien, buena higiene, hacer algo de deporte. Para mí es eso sobre todo” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Majadahonda)*

De la misma forma que también incorpora elementos proscritos en dichas prescripciones como pueda ser el consumo de tabaco, de alcohol, de hachis o de otros tipos de drogas especialmente en sectores sociales más medios y subordinados en términos de la jerarquía de la estructura social de nuestra sociedad.

*“ESO ES ENCONTRARTE BIEN O, ¿EN QUÉ SENTIDO LO DECÍS?*

*-Sí, que sabes que esa a lo mejor haces tal, que va a ser malo para ti, y a lo mejor, ¿sabes?, si tú bebes, que sabes que es malo para ti, si lo bebes moderadamente no te tiene porqué pasar nada, pero si bebes así mucho todos los días varias veces sabes que al final vas a acabar muy mal. Eso es malo para ti. Entonces yo como sé que no, que no quiero acabar así, quiero estar bien conmigo misma” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

Modalidades de consumo que, casi al igual que en los comportamientos más positivos de la alimentación, del ejercicio físico... siempre serían practicables, asumibles, realizables si se hacen desde el criterio de la medida, de la evaluación y del control personal. Criterio de medida que retóricamente utiliza el término de la “moderación”, como señala el texto anterior, con el que quiere expresar más una acepción personal de dicho término que una posible definición institucional del mismo. Desde este punto de vista, los hábitos saludables a practicar no serían aquellos que canónica e institucionalmente puedan fijarse sino los que socialmente en el ámbito de la juventud se acuerden y, más en concreto, los que cada joven pueda entender personalmente como más positivos para sí mismo.

*“HÁBITOS SALUDABLES.*

*-Cosas buenas para ti.*

*¿EN QUÉ SENTIDO?*

*-Para tú cuerpo o para...*

*-Cosas que te gustan y que te hacen feliz.*

*Si es que todo va a lo mismo.*

*VA TODO.*

*-Para mí sí.*

*-Sí.*

*-Para mí saludable, que es bien para ti, bien para ti... Para mí sí” (RG. Nº 11.*

Mujeres. 18-21 años. C. Media Bajas.  
Corredor del Henares)

Perspectiva de evaluación y definición personal de lo que es saludable para cada uno y en qué medida adoptarlo que corresponde, en última instancia, a cada individuo más allá de la definición institucional al respecto. Eso sí, siempre que se haga con una vivencia de control de dicho comportamiento.

*“Es que hay que saber controlar de todas maneras. Hay quién le gusta beber, gente que le gusta fumar, vale, fuma a lo mejor”*  
(RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

En esta línea de análisis, en los discursos de las chicas jóvenes, en los discursos femeninos la salud se asocia de forma más estrecha que en el pasado con la idea de “**autocontrol**”, con la idea de conocer los límites de cada uno. Concepción que iría más allá de los hábitos para instalarse como filosofía de vida en el actual contexto juvenil. Así, por ejemplo, las mismas chicas de 13-14 años, llamaban “sanas” a las que no bebían o fumaban (con un cierto retintín de moralidad incorporado en dicha caracterización).

*“Yo creo que salud es saber hasta donde llegas con todo.*

*-Sabes que tienes que comer fruta, verdura, puedes comerte un pollo y dos...*

*-Con moderación.*

*-Claro.*

*-... para tú estar bien.*

*(Risas)*

*-Es saber tus límites y tener conciencia de lo que haces con todo y saber hasta la... no sé. Yo creo que también ahí influye un poco la madurez porque... No sé como explicarlo, es... saber los límites de tu cuerpo, porque es eso. No sé. Hay gente que hace deporte de alto riesgo que eso a su cuerpo le sienta muy bien y le gusta y le hace sentir bien. A lo mejor hay gente... (¿?) que le metes a hacer*

*puenting y dice: dios mío, ¿dónde me he metido? Y acaba con un shock increíble. Eso es salud también. No sé, saber hasta donde llega tu cuerpo, yo creo que es eso”* (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

Análisis que coincide plenamente con el de las universitarias de la misma edad...

*“¿EN QUÉ SENTIDO DECÍS QUE ES ALGUIEN SANO? COMO DECÍAS, QUE ES UNA PERSONA ASÍ..., UN AMIGO SANO, LO DE...”*

*-Una persona que se mantiene...*

*-Una persona centrada, que ya...*

*-Sí, una persona...*

*-Que sabe dónde está el límite.*

*-Sí.*

*-Y que se sabe controlar y comportar.*

*-Sí.*

*-...*

*-Y ya sabe sus limitaciones y no sé...*

*-Claro.*

*-Una persona que sabe cuándo tiene... A lo mejor bebe una copa una vez a la semana, y yo lo encuentro... Pues no sé”*  
(RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Madrid)

De esta forma, tal como ampliaremos más adelante en relación con las diversas prácticas o comportamientos de riesgo, el estigma, el calificativo más negativo que se puede producir en este entorno juvenil es el del “vicio”, el de la dependencia, el de la pérdida de “control”. Asimismo, el abordaje juvenil de cierto tipo de conductas criticadas en el discurso sanitario más habitual puede entenderse como un proceso (relativamente autónomo) de aprendizaje del control sobre dicho consumo, de conocimiento de sí mismo y de sus propios límites, de desarrollo de la salud (si se nos permite la expresión) en el marco de estos entornos y tipos de conductas no saludables.

## La concepción masculina de la salud

En el caso de los chicos, la citada concepción de la salud ligada al “estar bien” se mantiene en el 2003 con los matices que veremos a continuación. En la misma línea que en 1993 y a diferencia de los discursos femeninos sobre la salud, en los discursos masculinos se señala la importancia del equivalente del “dinero” de modo similar a cómo se decía en el discurso masculino más adulto (Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la Población Masculina de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos en Salud Pública nº 47).

*“Estar bien, yo creo, contigo mismo.*

*-Es lo que hemos dicho antes.*

**ESTAR BIEN CONTIGO MISMO.**

*-No vivir mal, vivir bien. Tener tu dinero, tener tus rollos, tener tus vicios y ya está, ¿para qué quiero más?” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

*“Por ejemplo para mí, encontrarte bien y eso es no tener ningún tipo de preocupación, tener un nivel de vida económico que te vaya bien, no tener ninguna preocupación por el dinero y el resto que con*

*la familia y los amigos todo te vaya bien” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)*

Ahora bien, como alguno de los propios textos anteriores apunta, entre 1996 y 2003 parecería haberse acentuado en los discursos masculinos de los jóvenes madrileños sobre la salud lo que podríamos denominar la vivencia subjetiva del “estar bien”. Vivencia subjetiva que, a veces, se denomina “**encontrarse bien**”, como en el texto anterior, que en otras ocasiones se nombra como “sentirse bien” de forma similar al discurso femenino. Vivencia más subjetiva de la salud en el caso de los varones que conlleva un conjunto de significativos desplazamientos con respecto a la concepción más “objetivante”, cabría decir, de 1993 y que descansaba sobre el buen estado de funcionamiento del cuerpo, de sus órganos, y la capacidad de desarrollo de su potencialidad energética.

En efecto, el desplazamiento a esa vivencia más subjetiva del “estar bien” se traduce en el discurso de los jóvenes ma-

drileños del 2003 en toda una serie de rasgos ya presentes, en algún caso en dicha fecha, más novedosos en otros casos.

En primer lugar, sin duda basado en la creencia de que en dichas edades de 14 a 21 años los chicos suelen tener un buen estado (corporal) de salud pero, sin duda, también condicionado por el conjunto de factores que venimos analizando en el texto (educación proteccionista y ausencia de conflictos, vulnerabilidad ante las cuestiones de salud mental, dificultad de asumir la frustración, etc.), el conjunto de grupos de chicos jóvenes ha acentuado con mayor fuerza que en 1993 que el “estar bien” es, ante todo, la ausencia de conflictos con el entorno, el no tener problemas y frustraciones, el no sentirse emocionalmente dañado.

*“Que está guay.*

*¿QUÉ SIGNIFICA EL ESTAR BIEN?*

*-Que estás tranquilo.*

*-Que te van las cosas bien.*

*-Que no tienes problemas.*

*-Sí, que no tienes problemas.*

*-O que te ha pasado algo bueno.*

*-O que tienes chorra y tienes buena racha” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media y Media Alta. Ctra. La Coruña)*

*“Salud, ¿no? Salud, dinero...*

*-Sin complicaciones.*

*-Hombre, salud a lo mejor..., yo qué sé, eso...*

*-El tener pocas preocupaciones.*

*EL TENER PREOCUPACIONES...*

*-Sí.*

*-Pocas.*

*-Si no las tienes, se está bien.” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

“Estar bien” como definición en negativo de “no tener problemas”, de que “te vayan las cosas bien” que, en el caso del grupo de 15 a 17 años, del grupo en el que se ha expresado con más fuerza la idea

masculina de “poder ilimitado”, se transforma prácticamente en un equivalente de la afirmación de la propia voluntad del hacer y disponer lo que uno quiere y decide sin ningún tipo de condicionamiento exterior ni de límite que la enmarque, limite o condicione.

*“Vive tu vida como quieras.*

*-Hacer lo que quieres. Hacer lo que quieres.*

*-Claro. Hacer lo que quieres.*

*-Como quieras vivir tu vida, la vives.*

*-Que nadie te diga lo que tienes que hacer y lo que no tienes que hacer.*

*-Como quieras vivir tu vida la vives y ya está. Y lo que digo yo: que tú no molestas y no te molestan.*

*-...*

*-De todas formas para nosotros el bienestar es todo lo que queremos.*

*ES TODO LO QUE QUERÉIS.*

*-Sí.*

*-Tener todo.*

*-También que te salga todo como quieres, no como te digan o como... Al contrario, como tú quieres” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

De hecho, en directa relación con esta subjetivización del “estar bien” y esta mayor vinculación de dicha vivencia con la ausencia de malestar y de conflicto, en el discurso masculino aparece la caracterización de “sentirse bien” como lo contrario a la frustración del deseo, como la posibilidad de afirmación de la propia voluntad, de las propias ganas sobre el entorno casi de una manera caprichosa, si se nos permite esta expresión.

*“EL ESTAR BIEN ES ESTAR DE ESA FORMA, EL SENTIRSE MAL O EL ESTAR MAL, ¿QUÉ SERÍA?*

*-¿Sentirse mal?*

*-No hacer lo que te gusta.*

*NO HACER LO QUE TE GUSTA.*

- Claro. Puede ser, yo qué sé...
- A mí me sienta mal, yo qué sé, cuando no me dejan salir una tarde... Ya estás mal, ya estás jodido...
- Claro. Ahí ya estás mal.
- ...porque no vas a salir y ya te vas a perder algo.
- Estás deprimido.
- Y luego siempre pasa algo que...
- Sí, siempre que no estás ahí: eh, pues ha pasado esto.
- Cuando estás no...
- Joer, justo que no voy, el único día y ha pasado de todo.
- Y los días que voy...
- Siempre pasa.
- Entonces ya te estás comiendo la cabeza: qué estará pasando, qué estará pasando (con los amigos)" (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)

La concepción masculina de la salud en el 2003 aparece muy escorada a la afirmación de la voluntad, de las ganas de cada joven más allá y de modo diferente a la vivencia subjetiva de la salud por parte de las chicas. Es decir, si en el discurso femenino de las jóvenes madrileñas lo subjetivo se refiere al mundo de los afectos y emociones, en el caso del discurso masculino lo subjetivo se acerca más al polo de la afirmación de la voluntad, de la afirmación del poder-deseo de uno mismo y a la no frustración del mismo. Dimensiones del discurso masculino sobre la salud que conllevan una mayor posibilidad de desarrollo de conductas de riesgo, de comportamientos de juego con los límites superiores a los existentes en un pasado relativamente reciente.

#### **4.1. El incremento de la conciencia de invulnerabilidad**

En los discursos masculinos sobre la salud, en especial, en los expresados

desde los 14 a los 18 años, es decir en los dos grupos más jóvenes realizados, también hemos podido observar un claro crecimiento de la conciencia de invulnerabilidad del propio sujeto. Incremento de dicha sensación, de dicha creencia que parecería estar estrechamente ligada con una cierta imagen sobre la identidad de los adolescentes y de los jóvenes madrileños de forma que éstos, como ampliamos en el epígrafe destinado a las concepciones sobre el cuerpo, se percibirían a sí mismos como sujetos dotados de una especie de voluntad sin límites, que puede hacer todo lo que le plazca y que no experimenta el roce, el contacto con lo "real". Roce que es, precisamente, lo que puede señalar el límite, la vulnerabilidad del cuerpo, la incapacidad de hacer lo que uno pueda desear con su voluntad.

*"Hombre, claro, como se te meta en la cabeza algo que quieres hacer bien, lo haces.*

- Sí.

- O sea, como quieras hacerlo bien lo haces. Eso está claro.

- O quieres estar de una manera...

- Luego ahí... es vaguería a lo mejor lo que puedes tener.

*ESO VARIAS VECES A LO LARGO DE LA REUNIÓN HABÉIS DICHO QUE LO QUE SE TE METE EN LA CABEZA LO HACÉIS, ¿NO?*

- Sí." (RG. Nº 7. Varones 15-17 años. C. Media. Madrid)

A tenor del conjunto de discursos expresados por los grupos de chicos más jóvenes pareciera que la afirmación de dicha "voluntad" iría asociada a lo que podríamos llamar una voluntad descorporeizada, una voluntad hasta cierto punto autónoma que se inserta, que se inscribe en una especie de cuerpo máquina, desvinculado de la misma, ajeno a la misma, de un cuerpo máquina que se percibe como "invulnerable",

intocable, incapaz de ser afectado por los límites de lo real y que, en todo caso y en caso de que así sea por algún motivo impredecible, dicho cuerpo máquina, dicho cuerpo prótesis sería fácilmente “remendable”, si se nos permite la expresión, de modo que las “piezas” u órganos estropeados, dañados en dicho evento serían fácilmente sustituidas por otras piezas gracias al desarrollo tecnológico y a la potencia de las nuevas tecnologías sanitarias. Tecnologías e instituciones sanitarias que, con dinero, resuelven “todo”, de la misma forma que el modelo de consumo actual también parece resolver imaginariamente todo con dinero.

*“... también está, entiendo, poder vivir tranquilamente pero con los problemas y eso pues como se está aquí en Madrid, que tienes todo resuelto, que si tienes una enfermedad tienes cualquier hospital en cualquier sitio. Tienes todo resuelto, los parking y todo eso, está...”*

*-Bueno, eso es si tienes dinero...*

*(Risas)*

*-Si tienes dinero podrías hacer todo eso, vivir ahí como un rey...” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

En este sentido, como vimos en páginas anteriores, mientras que en el caso de las chicas la subjetivización pasa por lo emocional y la frustración lo hace por el conflicto y el desajuste relacional (relaciones con amigos/as, con los novios...).

*“¿QUÉ ES LO QUE OS HACE SENTIR OS BIEN?”*

*-No sé,... yo por ejemplo un día me apetece quedar con una amiga, la llamo, quedo con ella y ya me siento bien porque es lo que me apetece hacer ese día. Pero si a lo mejor algún día tengo un plan que es lo peor o tengo que hacer algo a algún sitio y no me apetece nada, pues digo ves, ya tengo el día chafado, ya esta mañana no puedo hacer lo que me ape-*

*tece” (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Madrid)*

En el caso de los chicos, especialmente de los adolescentes, pero no sólo de ellos, la frustración, el malestar no viene tanto de dicho modelo relacional sino de la frustración producida por no poder llevar a cabo lo que se quiere, lo que se desea, incluso de forma caprichosa. Frustración que en el caso de los adolescentes suele proceder de la voluntad familiar.

*“Por ejemplo, sí puedo estar muy bien de salud y no sé qué, pero si, por ejemplo, yo quiero salir y mis padres no me dejan por lo que sea, pues para mí ya no tengo bienestar porque me están jodiendo el fin de semana. Si en cambio me dejan salir y aparte estoy bien y eso, pues para mí sí que es bienestar porque me está saliendo todo como quiero y bien” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Cabría preguntarse por el conjunto de razones que posibilitan el desarrollo de dicha concepción observable en muchos de los actuales comportamientos “adolescentes” y “juveniles” de riesgo. Desde esta investigación, sólo cabe levantar una hipótesis, una línea de interpretación que pueda dar cuenta con una cierta dosis de plausibilidad del desarrollo de ese tipo de fenómenos. La línea adoptada en este texto pasa por señalar lo que podríamos llamar el alto grado de “acoplamiento estructural” que se produce entre las distintas instancias de socialización juvenil en relación a la educación de los adolescentes y que tiene por resultado la creación de una especie de educación en un mundo burbuja, en un mundo virtual sin contacto con lo real- social. Educación en un mundo burbuja que “infantiliza” a los adolescentes y jóvenes. Educación burbuja que en el caso de las chicas se ve contrapesada por los procesos específicos de socialización de su propia feminidad, por el propio adelanto de la “regla” que obliga a madurar



más rápido a las jóvenes, por las mayores exigencias sociales a las propias mujeres, pero que en el caso de los chicos se ve exacerbada por los procesos específicos de construcción de la perspectiva masculina que, como dijimos anteriormente, tiene en la “*voluntad de poder*”, en la “*afirmación*” de uno mismo frente a los otros, frente al mundo, una de sus claves más definitorias de su identidad como “género”.

En este marco, el cuerpo masculino, el cuerpo físico y material siempre ha sido visto como un puro soporte muscular, energético que acompañaba dicha voluntad, que posibilitaba su desarrollo. Ahora bien, sin necesidad de entrar en modelos de desarrollo histórico más matizados, la aparición de todo el mundo post-industrial, de todo el mundo cibernético, informático y virtual<sup>25</sup> se ha traducido en que dicho cuerpo “máquina” más clásico se estuviese transformando en las representaciones sociales juveniles (y no sólo en ellas) en una especie de cuerpo prótesis, de cuerpo virtual en el que ésta se concibe como una especie de “mecano virtual”, más invulnerable que el cuerpo máquina más tradicional y más sustituible en la medida, también, que las tecnologías sanitarias lo permiten.

Conciencia de invulnerabilidad que conlleva un fuerte incremento de las conductas de riesgo, especialmente las relativas a la violencia, a la conducción temeraria, a la búsqueda de la trasgresión de los límites, de practicarlas hasta un más allá que exige, como subraya uno de los

profesionales entrevistados y ampliaremos más adelante, la necesidad de introducir en la educación para la salud todo un conjunto de ejercicios, de prácticas, de líneas de trabajo que conlleven como uno de sus objetivos el desarrollo de una conciencia real de la vulnerabilidad de cada uno, del propio cuerpo, frente a la creencia en la “invulnerabilidad” del mismo.

*“Yo creo que el tema de la inoculación, ¿no?, de elementos como romper la idea de invulnerabilidad que se tiene, porque es que parece que la vida para ellos es como un juego de la X-Box o de la Play Station...”*

*“Claro. Y ya ven películas donde ya lo ven todo, donde ya..., casi no hay límites, las posibilidades de..., tuyas son..., a todos los niveles, ¿no?, y entonces decir: “pero es que no, no... Es que tú vas con la moto y vas sin casco, te das una ostia y te has matado. Así, y te has matado y se ha acabado”; y entonces nosotros además utilizábamos en algún momento el vídeo este de “Beber no es vivir”, que tiene un vídeo que lo hizo el NAMUR con los... (¿?) que está muy bien para llegar a los jóvenes; se nos va quedando ya un poquito antiguo a pesar de que estaba muy bien hecho, ¿no?, con uno de los de los 40 Principales, ¿sabes?, pero es muy impactante, ¿sabes? Y muy así, muy dinámico, muy como a ellos les gusta. “Quieres vivir la vida a 100...”, dice: “...pero a 100 pasan estas cosas”, ¿no? Quiero decir que también contrasten, ¿no? Con la parte de realidad, ¿no?” (E. Prof. de Educación para la Salud)*

<sup>25</sup> En la monografía de “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la Población Activa Masculina de la Comunidad de Madrid” se reflexionaba sobre este tema de mucha presencia e importancia en los discursos masculinos.

## Los discursos sobre la salud de los jóvenes inmigrantes

La realización de dos grupos de discusión con jóvenes inmigrantes procedentes de varios países latinoamericanos no constituye una base muestral suficiente como para poder realizar un análisis sobre las concepciones sobre la salud, no ya de los inmigrantes en general ni siquiera de los inmigrantes colombianos, ecuatorianos, venezolanos, dominicanos y cubanos representados en los grupos.

La realización de dichos grupos sólo autoriza a introducir ciertos elementos de reflexión sobre sus nociones y comportamientos sobre la salud a partir de los discursos producidos y el grado de consistencia y coherencia de los mismos, más allá de sus posibles singularidades y especificidades. Por ello, hemos preferido denominar este capítulo “discursos sobre la salud” más que como “concepciones sobre la salud” que parecería significar unas nociones sobre la salud más articuladas y construidas, unas ideas más elaboradas y complejas. Discursos sobre la salud producidos, además, desde la perspectiva de los jóvenes madrileños lo que no deja de

inducir en los participantes de los grupos una perspectiva discursiva diferencial que si la dinámica se hubiera realizado desde la perspectiva de un grupo de inmigrantes de tal o cual nacionalidad.

Es evidente que el hecho de que en las citadas reuniones de grupo todos los asistentes fueran inmigrantes introducía esta dimensión como una cuestión clave en sus discursos pero y, al mismo tiempo, el hecho de que fueran de distintas nacionalidades de origen y la propia dinámica planteada como “jóvenes madrileños” de distintas edades, barrios y situaciones sociales, limitaba dicha perspectiva “*comunitaria nacionalista*” para reforzar, en todo caso, la perspectiva de “jóvenes madrileños de origen latinoamericano” o de “jóvenes latinos viviendo en Madrid”.

Perspectiva “joven” y “latina” que, junto con la perspectiva de “género”, se ha expresado como la dominante a la hora de producir sus discursos. De ahí, muchas de sus similitudes con los discursos de los jóvenes madrileños y de ahí, también, muchas de sus diferencias. Tal como ire-

mos viendo a lo largo del texto que continúa hasta el final del informe, los dos grupos de discusión realizados han aportado muchos elementos discursivos como para observar:

- Sus diferentes concepciones sobre el cuerpo en relación al resto de jóvenes madrileños.
- Sus acercamientos diferenciales al alcohol y al tabaco y, en general, a los consumos de drogas.
- Su concepción y práctica cualitativamente diferencial de las relaciones afectivo-sexuales.
- Sus diversos hábitos de higiene.
- Etc.

Conjunto de cuestiones que iremos abordando en todos y cada uno de los capítulos siguientes, siempre que exista algún elemento significativo y de interés al respecto.

Iniciando estos desarrollos con la cuestión de los discursos más generales sobre la salud conviene señalar cómo, en el entorno de la presente y reducida investigación, la perspectiva de “género” ha surgido como perspectiva discursiva y diferencial de los grupos entre sí más allá de cualquier otro tipo de dimensión. Perspectiva de “género” que en el marco de su posible comparación con los discursos del resto de grupos realizados exagera y polariza la diferenciación de perspectivas que se produce entre los citados grupos.

Junto con esta perspectiva, la otra dimensión muy presente en los grupos de jóvenes inmigrantes es la inscripción de sus nociones sobre la salud en un espacio más comunitario y colectivo, más vinculado a la relación social y jovial, a la relación más afectiva y lúdica que, por ejemplo, se puede expresar en el baile, en los gestos de co-

municación, en la expresión de los afectos en relación con las concepciones expresadas por el resto de jóvenes madrileños.

Así, por ejemplo, las chicas de 13-14 años, chicas que evidencian un grado de madurez personal<sup>26</sup> y de feminidad muchísimo más acentuado que sus coetáneas nacidas en Madrid, mantienen de forma repetida a lo largo de todo su discurso como “la salud” se inscribe claramente en el ámbito de la relación social y personal, en el espacio de la diversión al punto de situar el placer de las relaciones afectivas y de las relaciones afectivo-sexuales en el corazón de su noción sobre la salud, tal como puede observarse en el texto siguiente.

*“¿EN QUÉ SENTIDO SALUD ES DIVERTIRSE? PORQUE ESO LO HABÉIS DICHO VARIAS.*

*(Risas)*

*NO ERES LA ÚNICA... PERDONAD... ELLA TAMBIÉN DECÍA QUE SALUD ES DIVERTIRSE, Y VOSOTRAS TAMBIÉN LO HABÉIS DICHO. ¿EN QUÉ SENTIDO SALUD ES...? O DIVERTIRSE ES SALUD. ¿POR QUÉ DECÍS ESO? ¿POR QUÉ...?*

*-No, pero yo dije con precaución, porque sabes con las enfermedades que andan y esas cosas... Ellas me entienden.*

*-(Hablan a la vez)*

*-Que siempre tienes que tener tú precaución.*

*-Ya, que hay gente que se divierte con otras cosas, con el sexo y todas esas cosas” (RG. N° 3. Mujeres. Inmigrantes.13-14años)*

Los jóvenes de 15-16 años, por su parte, de los que también cabe señalar un mayor grado de madurez que en sus coetáneos nacidos en España, subrayan un mismo marco general del mundo festivo y relacional, del baile y la música como ele-

<sup>26</sup> Hablando del adelantamiento de la adolescencia, de su tendencial iniciación más temprana, los adolescentes y jóvenes inmigrantes se proyectaban a este respecto como los hermanos muy mayores de los jóvenes madrileños de su misma edad biológica.

mentos centrales de su bienestar. Sin embargo, a la hora de abordar la salud la circunscriben de forma más unilateral y reductora a una noción muy estrechamente vinculada a la salud orgánica del cuerpo, al desarrollo de un conjunto de hábitos saludables para que el organismo esté en buen estado (comer, dormir, hacer ejercicio)<sup>27</sup> y a la ausencia de enfermedades.

*“El bienestar; estar bien, ¿no? Y comer bien y todo.*

*-No tener enfermedades.*

*“Hacer deporte al máximo” (RG. Nº 8. Varones inmigrantes. 15-17 años. Madrid)*

*“Estar bien, dormir bien, comer bien... Yo qué sé; todo lo que termine en bien...”*

*-Sí, dormir bien... Eso también es sano dormir bien.*

*DORMIR BIEN.*

*-Claro” (RG. Nº 8. Varones inmigrantes. 15-17 años. Madrid)*

Desde ambos puntos de vista, pues, y con independencia de las expresiones en uno y otro caso, utilizadas pareciera que ambas perspectivas de los jóvenes inmigrantes acentúan las diferencias señaladas en las respectivas perspectivas “masculina” y “femenina” recogidas anteriormente en el citado informe de 1996. Acentuación que en el caso “femenino” se inscribe en un modelo de “yo en relación” mucho más cercano a las relaciones afectivo-sexuales e, incluso, a la propia “maternidad” que lo que podía ser el caso de las jóvenes madrileñas en 1996. Por su parte en el caso de los varones, la fuerte asociación de la salud con su estricto componente corporal, con la noción de cuerpo sano se aproximaría parcialmente a la noción elaborada por la perspectiva masculina en 1996. Ahora

bien, acercándose a dicha noción, la acentuación y exacerbación hasta una noción del cuerpo sano muy cercana a la idea de “cuerpo de trabajo”, del cuerpo para la “producción” se acercaría más al discurso masculino adulto expresado por los trabajadores industriales en el estudio sobre “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la Población Masculina Activa de la Comunidad de Madrid” (1998) que a la noción más juvenil del mismo, tal como se ha expresado en la presente investigación.

Distintas concepciones sobre la salud que, entre otros factores, parecen traducirse, como veremos en los próximos capítulos, en unas nociones y en unos comportamientos hasta ahora muy diferentes de los jóvenes españoles en todo lo que respecta a:

- Concepciones del cuerpo.
- Hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Relaciones afectivo-sexuales.

Tal como veremos más adelante, mientras en el caso de los jóvenes de origen español el acceso a la vida adulta pasa por una iniciación primera en los consumos de tabaco y de alcohol para, posteriormente, desarrollar más plenamente las relaciones afectivo-sexuales con mantenimiento de relaciones sexuales completas, en el caso de los jóvenes madrileños de origen inmigrante y latinoamericano representados en los grupos, dicho modelo de iniciación se invierte: los jóvenes se inician casi más rápidamente (hasta ahora) en el desarrollo de las relaciones afectivo-sexuales con mantenimiento de relaciones sexuales completas, mientras que el acceso al tabaco y al alcohol se hace de forma (hasta ahora) más minoritaria y en

---

<sup>27</sup> Sin entrar en muchos detalles interpretativos parece claro que esta concepción se relaciona con la idea de cuerpo para el trabajo, de cuerpo productivo que constituye un elemento central en el proyecto inmigrante, como no ha dejado de subrayar A. Sayad.

edades algo más tardías que las de iniciación de las relaciones sexuales completas.

De ahí que, como se señalaba en algunos de los textos anteriores y veremos más adelante, todo parece indicar que

será el ámbito de las relaciones afectivo-sexuales y, particularmente, en las chicas dónde se situará el ámbito de riesgo más importante para la salud en relación a los jóvenes inmigrantes en estos años próximos.

## La compleja situación actual en lo que respecta a la salud de los adolescentes y jóvenes madrileños

El resultado de todo este tipo de situaciones y de procesos, a menudo contradictorios, que afectan a los jóvenes madrileños desde los más diversos puntos de vista es la génesis de una situación crecientemente compleja en lo que se refiere a la salud de los adolescentes y jóvenes madrileños. Situación quizás más compleja que en momentos y años anteriores en la medida que dichos jóvenes están empezando a vivir en un nuevo marco de vida y de socialización muy diferente al existente en años anteriores y, al mismo tiempo y en paralelo, están ya viviendo muchas de las insuficiencias del mismo, de un modelo que les ofrece a los jóvenes trabajo precario, ocio y diversión pero, al mismo tiempo, les aparca en un espacio social en el que no pueden crecer y realizarse. Modelo de “*parque temático juvenil*” en el que prácticamente casi todo lo lúdico estaría permitido, en el que aparentemente casi ningún comportamiento tendría consecuen-

cias de futuro pero en el que, al mismo tiempo, no se puede crecer y madurar en responsabilidad, en el que no se puede ser verdaderamente libre, en el que aparentemente sólo se puede jugar<sup>28</sup>.

En este contexto, descrito parcialmente en las páginas anteriores y a la espera de encontrar entre todos los sectores sociales, entre todos los ciudadanos un nuevo modelo de regulación, de “contrato social” acorde a los nuevos tiempos, a la vida actual, los jóvenes, rápidamente, parecen estar viviendo las insuficiencias de dicha situación, parecen estar confusamente adquiriendo una cierta conciencia más o menos difusa de sus límites y parecen estar tanteando salidas individuales y, a veces, colectivas a dicha situación.

En dicho marco de cuestiones y ambivalencias, la línea de reflexión y de trabajo por la que se apuesta en este informe, a la luz del conjunto de textos producidos en la investigación, es la existencia de un

<sup>28</sup> Las recientes campañas de Nike, por ejemplo, ilustran muy bien esta noción de la juventud reducida y condenada a (aparentemente) pasárselo bien a través de diversos juegos infantiles.

intenso proceso de transformación de las creencias, concepciones y comportamientos de los jóvenes madrileños en muchos de sus espacios vitales, la salud entre ellos. Intenso proceso de transformaciones cuya orientación fundamental no parece todavía cristalizada en una dirección determinada sino que pareciera configurarse, a tenor de lo producido en la investigación, como un juego de equilibrios y de tensiones de cuyo resultado final pareciera depender dicha orientación. Juego de tensiones, vectores de fuerza que atraviesan a las nuevas generaciones madrileñas y que en el caso de la salud pareciera concentrarse en las siguientes líneas.

a) Una primera línea de tensiones importantes a la hora de entender la compleja relación de los adolescentes y jóvenes madrileños con la salud, con su salud, sería la derivada de la **incorporación más rápida a la adolescencia**, del acceso más pronto a muchos conocimientos de todo tipo y la paralela y más tardía asunción de la experiencia y de la responsabilidad a este respecto. Como no deja de señalar uno de los grupos más lúcidos, el de chicas universitarias de 18 a 21 años, “ahora” los jóvenes “vivimos las cosas mucho antes”...y en eso se nota. Eso te marca antes.

*“Yo por lo menos noto más competitividad, la gente...”*

*-No, y porque te haces mayor y tienes más responsabilidades y más cosas que afrontar; y a veces se te viene todo encima, tienes muchas cosas...*

*-Y no estás bien, claro, no lo has asimilado bien o algo y... Y además te ves solo y ves que no...*

*-Parece que muchas cosas... Yo creo que ahora vivimos las cosas mucho antes,*

*¿sabes? ... (¿?) el mismo tiempo y la misma capacidad. Vivimos las cosas antes, y eso se nota. Eso te marca antes.”*  
(RG. N° 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Madrid)

En este sentido, es “como si” en ciertos aspectos y dimensiones se creciera muy pronto y muy rápido y dicho crecimiento no fuera acompañado de la maduración paralela que te permite saber “afrontar” las cuestiones y a sumir las “responsabilidades” que dimanen del propio crecimiento<sup>29</sup>.

*“... es saber tus responsabilidades y saberlas cumplir. Y que las responsabilidades vayan creciendo, que es lo divertido, entre comillas. En el sentido de que si eres mayor para unas cosas para otras también. Si puedes conducir un coche puedes también tener otras responsabilidades.*

*-Claro. Y cuando no lo cumples pues te sientes mal.*

*-(Risas)”* (RG. N° 9. Universitarias. 18-21 años. C. Medias Altas. Madrid)

Ahora bien, más allá de esta mirada más lúcida y reflexiva realizada desde los 18-20 años, el hecho cierto es que cuando se inicia la preadolescencia y la adolescencia la exposición más continua a los medios de comunicación, la convivencia más habitual con los adultos, el propio avance tendencial de ciertos procesos fisiológicos asociados a la propia evolución adolescente como puede ser la edad más temprana de la “menarquia” en el caso de las chicas jóvenes, edad situada en la actualidad a los 12 años (Alfonso Antona, Juan Madrid y Máximo Aláez. “Adolescencia y Salud”, en Papeles del Psicólogo vol. 23 n° 84. Enero-Abril 2003), la propia existencia de una evolución de la mentalidad social que percibe al “niño”, al “adolescente” como sujeto de derechos plenos

<sup>29</sup> Tal como veremos más adelante, sería conveniente tener en cuenta el posible impacto de la inmigración a este respecto ya que los jóvenes inmigrantes maduran más rápido que los propios jóvenes españoles.

(“La Libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l’enfance”. A. Renaut. 2002. Bayard-Calmann-Levy) y todo un conjunto de otras dimensiones, presionan para que preadolescentes y adolescentes se consideren a sí mismos “informados” y competentes en muchas materias por el mero hecho de disponer de una información formal a este respecto.

*“Las revistas. Es que ya lo sabes todo. Ya te ha llegado. Y luego vienen tus padres aquí como: venga, que te descubrimos el mundo.*

*(Risas)” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

De ahí, que cuando los padres, los profesores, los educadores en general se acercan con sus “charlas”, con sus “sermones”, como se denomina en algún grupo y como ampliaremos al final de este texto, los jóvenes las rechazan por considerar que de “eso”, del contenido informativo y cognitivo de dichas charlas, ya lo saben todo.

*“¿Y LOS SERMONES DE QUÉ VAN?*

*(Risas)*

*-De todo...*

*-Hay sermones y sermones. Hay sermones que es para informarte de ciertas cosas y hay sermones por algo que has hecho que no tenías que hacer.*

*ES QUE YA HACE MUCHO QUE NO ME DAN SERMONES, ¿PERO CÓMO ES ESO DE...? ¿DE QUÉ TE INFORMAN, Y DE QUÉ ES LO QUE...?*

*-Pues a lo mejor... Vale, es que... A lo mejor te cogen y te empiezan a explicar lo que es el sexo, o te cogen y te... ¿sabes?, que te...*

*-Como si no lo supieras...*

*-Eso, como si no lo supieras, te cogen y te explican para qué sirven los preservativos, como si no lo supieras... Y esos son los sermones aburridos, que te puedes tirar tres horas hablando tus padres y tú...*

*-Pasando.*

*-Claro, y sabiéndote todo además ya” (RG. Nº 1. Mujeres 13-14 años. C. Media. Madrid)*

Sin embargo, al mismo tiempo que se produce esta mayor y más rápida accesibilidad a la información y al conocimiento impulsado por el conjunto de factores citados y de otros más, otro conjunto de instituciones dedicadas a la adolescencia y juventud, otro conjunto de orientaciones hacia la adolescencia y juventud trata de contener a éstos en una especie de “burbuja” cerrada y aislada de sus múltiples entornos, fomentando una educación formal con creciente distancia de las experiencias sociales, de los procesos concretos y vitales de la maduración y crecimiento personal, de los procesos vitales que permitan a los jóvenes no sólo entender, no sólo saber de oído o memoria unas normas sino haberlas sabido integrar en sus vidas.

Desajuste entre lo cognitivo y lo experiencial que se encuentra en la base de muchos de los comportamientos juveniles que tratan, de forma titubeante, a ciegas, de encontrar un camino de experiencias vitales que les ayude a madurar, a veces, a ser más responsables y a conferir un mayor sentido a sus vidas. Forma titubeante, a ciegas, que incurre, muchas veces, en el exceso, en el desfase, en el “accidente” al no haber tomado todavía la medida a la realidad, al no haber asumido que “entre el dicho y el hecho hay mucho trecho” y que el ejercicio de las acciones, de los derechos debe ir asociado al de las responsabilidades, que la voluntad y el deseo de uno sólo puede madurar en el encuentro con el otro.

b) En estrecha relación con el ámbito de tensiones anteriores cabe precisar otra fuente de tensiones importantes entre un conjunto de marcos de socialización que tienden a una cierta “infantiliza-



ción” de los jóvenes y el afán confuso en unos casos, más claro en otros, de crecer, de afirmarse por parte de éstos. Como venimos señalando en el texto y tuvimos ocasión de desarrollar de forma más monográfica en “La mirada de los padres” (Conde, 2002), las concepciones y, sobre todo, los comportamientos “proteccionistas” de la familia así como de muchos de los dispositivos de la sociedad de consumo actual, se traducen en una forma de “infantilizar” a las nuevas generaciones, de mantenerlas en un estado más dependiente y menos autónomo.

Sin embargo, frente a dicha situación, como estamos tratando de poner de manifiesto en este texto, adolescentes y jóvenes tratan de crecer, aspiran a ser más mayores, a ser tratados y considerados como jóvenes más adultos. Adolescentes y jóvenes madrileños que, como un emergente importante en esta investigación, tratan de mostrar que son más adultos, ansían crecer.

*“Es que estoy deseando que llegue el año que viene para cumplir 15.*

*¿POR QUÉ? ¿QUÉ PASA CON LOS 15?*

*-Pues que pasas de los 14.*

*(Risas)*

*NO, DIGO...*

*-Te vas acercando a los 18.*

*-16, molan más.*

*-Claro, los 16 y luego ya...*

*-Ya, pero decir 16 ya es como que dices otra cosa.*

*-Lo mejor es tener 15 ó 16, luego ya los...*

*-No, quedarte en los 18, eso es la mejor edad.*

*-Ya, pero luego ya te vas haciendo más vieja...*

*-Claro.*

*-No, yo a partir de los 18 ya no mola cumplir años.*

*¿POR QUÉ NO MOLA A PARTIR DE LOS 18?*

*-Pues porque en los 18 estás...*

*-En las nubes.*

*-Claro. Y puedes hacer lo que te... Bueno, con permiso de tus padres y hasta cierta hora. No, pero es que a los 18 ya puedes entrar en todas partes...*

*-Y les puedes decir: eh, que me voy de casa, cuidado.*

*-Eso, te puedes ir de casa, puedes buscar tu trabajo y puedes ser independiente; es que no...*

*-Y a los 16 también.*

*-No, pero a los 16 no te puedes ir a vivir sola” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

Es cierto que este emergente todavía no es mayoritario (si lo fuera, no sería un emergente) y que todavía muchos sectores adolescentes representados en los grupos prefieren mantenerse debajo del umbral de los 18 años y, con ello, ser reconocidos como “menores”, con todas las implicaciones que ello conlleve. De hecho, en la reunión de chicos jóvenes de 15 a 17 años de clases medias de la ciudad de Madrid, una fracción de dicho grupo expresaba claramente cómo no quería crecer para mantenerse en la burbuja de irresponsabilidad de los menores. Así en el marco de un debate sobre la “responsabilidad” de los jóvenes, dicha fracción derivó hacia la propia responsabilidad penal señalando el cuidado que había que tener a los 18 años porque, a partir de dicha edad, los “padres” dejaban de ser responsables y el joven tenía que asumir las consecuencias de sus actos.

*“¿QUÉ ES TODO CON LO QUE HAY QUE TENER CUIDADO A LOS 18?*

*-Con que ya tus padres no son responsabilidades de ti.*

¿QUÉ, PERDONA?

-Que tus padres ya no son responsables de ti cuando tienes 18 años, que lo que hagas tú ya es todo culpa tuya, que todos los problemas te van a venir a ti.

¿Y AHORA?

-Ahora no. Ahora tú haces algo y...

-Y el problema va a tus padres.

¿Y ESO ES BUENO O ES MALO? DIGO...

-Según cómo lo mires.

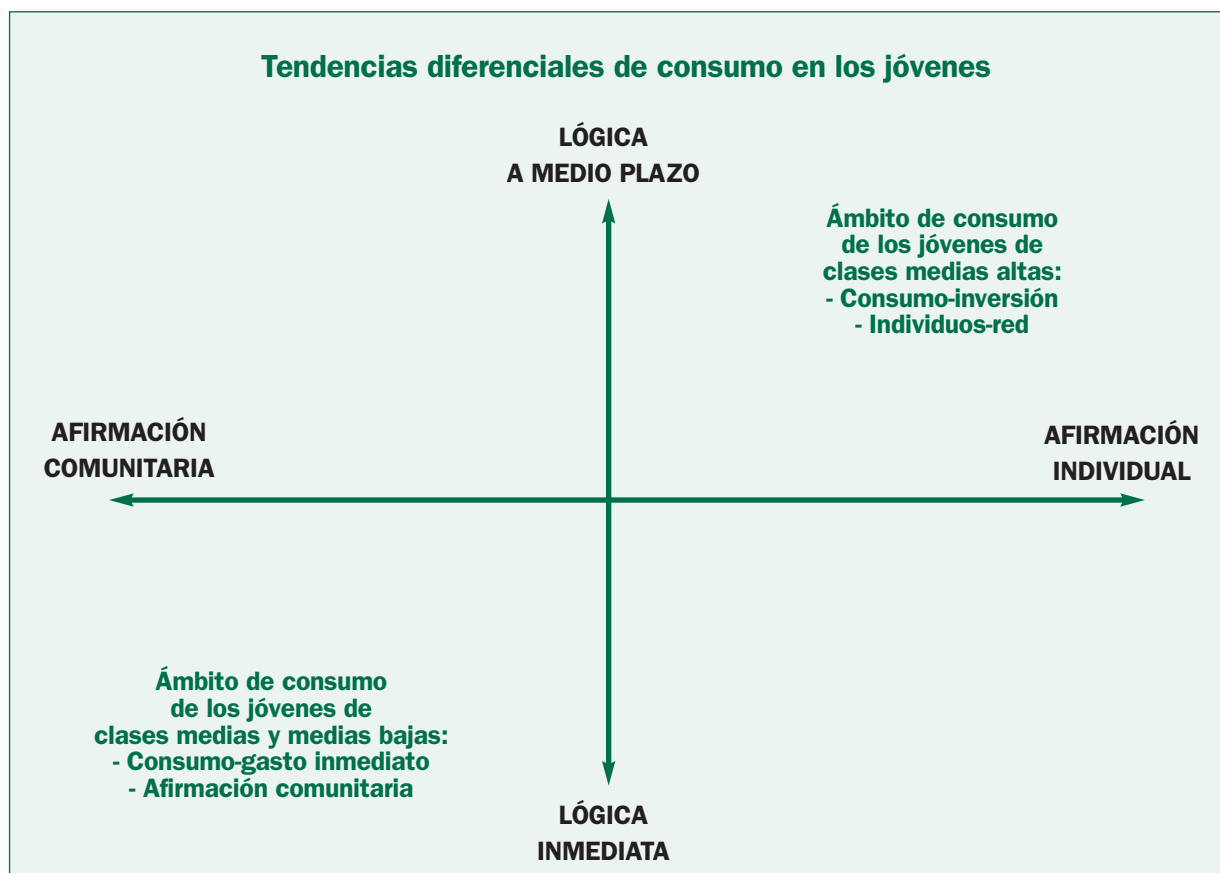
-Claro. Para nosotros es bueno, pero luego piensas y dices: es que por mi culpa le han dicho a él... O... Yo qué sé” (RG. N° 4. Mujeres. 15-17 años. C. Medias. Madrid)

Siendo cierta la existencia de este tipo de fracciones y de comportamientos juveniles, uno de los emergentes más claros de la presente investigación es, precisamente, el citado afán de crecer y de ma-

durar que expresan los adolescentes y los jóvenes madrileños.

La cuestión y el riesgo, en términos de salud, reside en que en la medida que dicho crecimiento no está acompañado, no está reconocido por los adultos en muchos de los espacios de socialización en los que adultos y jóvenes conviven, dichas formas de crecimiento se desplazan hacia los espacios de ocio y tiempo libre subyaciendo en muchas de las conductas que denominamos “conductas de riesgo”.

Como no deja de señalar Le Breton (2002), cuando los adolescentes no tienen claros los referentes de autoridad familiar, cuando no tienen clara la existencia de referentes exteriores a su mundo, dicha situación “les fuerza a pelearse físicamente contra el mundo en una búsqueda de los límites que le ayuden a poder situarse, a tomar sus marcos, a saber quiénes son.”



c) La tensión entre el “presentismo” y la apertura de futuro y la **gestación de proyectos personales**. Una tercera línea de tensiones que aparece en los grupos es la relativa a lo que podríamos llamar actitud “presentista” dominante actualmente entre los jóvenes como resultado del proceso de cambios descritos anteriormente (ver especialmente Conde, 1999) y la gestación emergente y embrionaria de una perspectiva de futuro entre las nuevas generaciones madrileñas.

Segunda línea de tensiones estrechamente ligada con la situación social de las familias de los jóvenes y la mayor o menor capacidad de éstas de gestar unas ciertas pautas de socialización abiertas al futuro o, por el contrario, de dejarse arrastrar por el modelo de gasto y consumo más compulsivo e inmediatesta, tal como tratamos de esquematizar en el gráfico de la página anterior extraído de la obra “Los hijos de la desregulación” (Conde, 1999).

En el marco de estas tensiones, de este crecimiento del “presentismo” entre los jóvenes como recogen las distintas y sucesivas encuestas entre la juventud española (Martín Serrano y Velarde Hermida, 2001), en el contexto de esta ausencia de la noción de futuro entre las nuevas generaciones de jóvenes españoles, el conjunto de grupos realizados y especialmente los de las chicas, los de las mujeres jóvenes, han expresado cómo, más allá de la citada diferenciación social, empieza a generarse una preocupación por el futuro al observar el nuevo bloqueo del mismo y al comenzar a vivir y experimentar los límites del citado presentismo.

*“A mí me preocupa por... es que ahora el trabajo está muy mal. El trabajo, los pisos están muy caros. El trabajo está mal y la vida es muy cara, porque ahora con la mierda del euro éste todos los países ganan dinero y nosotros...”*

*-Es que ahora mínimo como una familia no se gane mínimo trescientas o cuatrocientas mil pesetas mínimo...*

*-Es que no vives.*

*... no se puede comprar nada, es imposible.*

*-No se puede pagar un piso.*

*-Si cenas no almuerzas.*

*-Y los pisos, que no sé cómo vamos a pagar un piso.*

*-Cincuenta millones ahora, pero espérate a ver dentro de diez años que... doscientos kilos por un piso.*

*-Luego nos dicen que no nos vamos de casa.*

*-¿Cómo nos vamos a ir de casa si no...?*

*-No nos dan dinero.*

*-Somos las futuras sin techo.*

*-Voy a buscar un puente por ahí.*

*-Es que no dan oportunidades a los jóvenes. Dicen que no hacemos nada, pero es que no podemos. O sea...*

*-Y los sueldos de mierda también.” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

Preocupación por el futuro que curiosa y significativamente surge en los discursos de los grupos más asociados a los miedos, a las inquietudes, cuando el moderador pregunta por ellos, que a una afirmación más positiva de estar ya hoy construyendo “proyectos de futuro”.

*“¿A QUÉ TENDRÍAIS MIEDO?*

*-Yo al fracaso.*

*FRACASO, ¿EN QUÉ SENTIDO?*

*-Pues a no llegar a ser nada en la vida, o sea...*

*-Siempre te queda, aunque en la vida todo va a pasar, o sea todo va a ir cambiando, pero siempre, y si ahora por ejemplo llego a la universidad y no tengo a nadie. A mí el tema amigos es lo que más me... porque es lo que más me llena, ¿sabes? Los amigos es lo que más*

me llena. Estar bien y conocer a éstos y mira, me llama...

-A mí lo de los estudios también me influye mucho. Estoy estudiando un montón para que luego estudie y luego no ser nada, no sé. A mí me preocupa.

¿Y VOSOTRAS A QUÉ TENDRÍAIS MIEDO?

-A eso, a de repente encontrarte sola o a no llegar a ser lo que quieras. Como que la meta que tú querías saber, que no has hecho nada vamos. A mí me preocupa eso. También influye lo de ser feliz porque tú puedes tener todo eso y no ser feliz el día de mañana. Esa es otra, ¿me entiendes?

-Yo creo que lo mismo que han dicho todas.

¿LA IDEA DE FRACASO O ESTAR SOLA?

-Yo creo que son las dos a la vez, es que son las dos” (RG. Nº 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media Alta. Majadahonda)

“A mí me preocupa pensar..., pensar ahora por el futuro.

-Claro.

-O sea, tener que tomar decisiones ahora que no sabes si en el futuro van a ser buenas para ti o van a ser un fracaso. A mí eso sí me preocupa mucho.

-Pero lo piensas a lo mejor en un momento determinado, pero cuando tienes que estudiar y no te apetece, y no estudias, no dices: “jo, es que esto va a ser..., es mejor que estudie porque...”

-Ya lo sé, pero que yo te digo que tú estás tomando ahora unas decisiones, y tomas unas decisiones que no sabes si van a ser buenas para ti, van a ser malas, si el día de mañana eso te va a llevar a...

-Yo ahora mismo tengo una preocupación por eso alucinante, vamos” (RG. Nº 6. Mujeres 15-17 años. C. Media. Chinchón)

“...a mí lo que más me preocupa es mi futuro, de que voy a ser, de mis estudios. Y no de ser una empollona, sino de... de qué voy a trabajar. Yo no quiero trabajar por ejemplo en el McDonalds. Eso es lo que más me preocupa a mí...” (RG. Nº

11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

“Y también a la soledad, quedarte sólo, a mí eso me da mucho miedo.

-A la soledad y al fracaso.

¿EN QUÉ SENTIDO AL FRACASO?

-A no poder...

-No cumplir nada de lo que tú quieres.”

(RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media. Majadahonda)

Conjunto de textos grupales que, con sus matices asociados a las edades y, especialmente, a la diferente situación social de los grupos de referencia, expresa la generación de este emergente, tan positivo a nuestro juicio, de la preocupación por el futuro en los jóvenes madrileños y, en especial, en sus componentes femeninos.

Emergente hipotéticamente asociado en nuestra línea de análisis a la propia experiencia juvenil al respecto. Experiencia que empieza a vivir los límites del “presentismo” y el impacto especialmente notorio en Madrid de la inmigración en los jóvenes de las mayoritarias clases medias bajas y bajas. Inmigración que, como analizamos en un principio, puede ser vivida como un elemento “perturbador” de las actuales trayectorias sociolaborales de estos jóvenes.

d) La cuarta tensión subyacente en los actuales comportamientos y valores juveniles en relación a la salud podría sintetizarse en el dilema de la atracción por las “conductas adictivas” y la atracción por las “conductas de riesgo”.

En clara relación con la línea de análisis que desarrollamos en el informe “Las Representaciones Sociales de los Jóvenes Madrileños sobre la salud” de 1996, cabría señalar que el desarrollo de las conductas adictivas como principal y más significativa expresión del malestar juvenil en aquellos años se debía a la conciencia di-

fusa, entre los jóvenes, de la pérdida de referentes, de la ruptura de los vínculos sociales asociados a los más tradicionales mecanismos de cohesión social vigentes en las últimas décadas en la sociedad española<sup>30</sup> y a cómo todo ese tipo de vivencias y experiencias se traducían, por desplazamiento, a las denominadas “dependencias de objeto”, a las conductas “adictivas” y “compulsivas”.

En efecto, en aquel texto de 1996 señalábamos cómo *“a lo largo de la adolescencia se produce toda una serie de cambios que fragilizan el sujeto y su campo afectivo y relacional y que, por tanto, lo hacen especialmente vulnerable al desarrollo de este tipo de conductas adictivo-relacionales. Desde los meramente fisiológicos a los de la personalidad, desde los más individuales a los más sociales, desde las modificaciones en las relaciones familiares, a la escuela, pasando por los amigos, desde los cambios más estrictamente fisiológicos y endocrinos, desde el “estirón” y el cambio en las formas corporales a los más generales de modificaciones en los modelos de referencia adolescente y juvenil pasando por los cambios de personalidad adolescente, etc. Todo este proceso de cambios desestabiliza el equilibrio tradicional del sujeto, le hace preguntarse por su identidad y por la fortaleza de sus vínculos afectivos. En una palabra, todo este conjunto de mediaciones induce a generar en la adolescencia un conjunto de situaciones más frágiles, más inseguras e inciertas, más propensas, en una palabra, al desarrollo de las citadas patologías. Conjunto de procesos que en el fondo no hacen más que sintomatizar este necesario reajuste y reequilibrio, este obligatorio proceso de readaptación del sujeto consigo mismo y con el*

*medio que le rodea. Medio en el que los “otros” juegan, el papel clave en esta etapa de la vida.”*

A tenor de lo producido en las reuniones de grupo, cabría pensar que entre 1996 y el 2003 actual, es decir, a lo largo de estos 7 intensos años transcurridos entre las fechas de realización de la investigación citada y de la actual, se habría producido una cierta evolución en lo que se refiere a esta conciencia y sensación de vulnerabilidad y fragilidad asociada al mundo de las relaciones personales de los jóvenes y a su percepción de integración en el mundo social más general.

Por un lado, parecería seguir existiendo una gran preocupación al respecto como se ha podido observar en los grupos a partir de los largos debates mantenidos acerca de los amigos, de qué se puede entender por amistad, sobre la fuerza de los lazos de amistad y/o de noviazgo, entre las diferencias y los posibles conflictos entre unos y otros planos del mundo efectivo-juvenil, sobre la existencia de una alta dosis de violencia en el seno de las relaciones juveniles, etc., etc.

Por otro lado, la vivencia, la actitud con la que se afronta dicha situación parece haber ido cambiando con el paso del tiempo y con la aparición de nuevas generaciones de jóvenes que en 1996 eran niños. Baste pensar que la mayoría de los grupos realizados en la presente investigación tenían menos de 13 años en aquellas lejanas fechas en la vida de los jóvenes de hoy. En este sentido y a tenor del conjunto de investigaciones que hemos venido haciendo entre los jóvenes en estos últimos años, cabría sintetizar el cambio citado en la siguiente formulación: en 1996 lo que dominaba entre los jóvenes era la sensa-

<sup>30</sup> No deja de ser significativo a este respecto que una de las líneas de comunicación de los productos y marcas juveniles está siendo en estos últimos años la caracterización de dichos productos como objetos que facilitan el contacto, la relación entre los jóvenes, tal como hemos desarrollado con L.E. Alonso en “Gente Conectada: la emergencia de la dimensión fática en el modelo de consumo glocal”. Revista Política y Sociedad. Vol. 39. nº 1. Enero-Abril 2002.

ción de la ruptura de los vínculos sociales y, con ello, las patologías dominantes y en crecimiento eran las conductas adictivas y las denominadas dependencias de objeto, mientras que en el 2003 lo que parece emerger con más fuerza entre los jóvenes es la búsqueda, la afirmación de nuevos espacios y ámbitos generadores de vínculos sociales, es la mayor confianza en sí mismos para abordar el presente y el futuro, para crear nuevos vínculos y redes. Nueva situación más individualizada, por un lado, más confiada, por otro, y con más necesidad de crecimiento personal, que tendría su traducción en una mayor importancia de las prácticas que desde los discursos adultos pueden entenderse como prácticas de riesgo y que desde los jóvenes podrán vivirse como “desafíos”, como retos a los propios límites.

En este sentido, una de las hipótesis fuertes que surgen de la presente investigación es que mientras las denominadas conductas adictivas estarían en un cierto proceso de contención y de recesión, lo que se estaría incrementando ahora y se incrementaría, aún más, en el inmediato futuro serían las conductas habitualmente denominadas como conductas de riesgo, mediante las que los jóvenes tratan de buscar los límites..., de su crecimiento, tratan de observar hasta dónde pueden llegar, de qué son capaces en una especie de “desafío”<sup>31</sup> a sí mismos.

*“¿Y CUÁLES SON LAS COSAS QUE HACÉIS QUE VOSOTROS SOIS CONSCIENTES O SABÉIS QUE OS VA A VENIR MAL Y LO HACÉIS...?”*

*- Coger la moto y a lo mejor hay un monte que está con la cuesta así y dices..., quie-*

*res subirla y quieres subirla y hasta que no la subes a lo mejor te caes quince veces. Hasta que no la subes no te vas, y es cabezonería yo creo; y te la pegas, y a lo mejor sabes que hay un riesgo, pero la quieres subir, y...*

*BUENO, PERO ESO ES COMO UNA ESPECIE DE DESAFÍO, ¿NO? O ALGO ASÍ.*

*- Sí, es un desafío.*

*¿Y EN OTRO ORDEN DE COSAS QUE NO SEA LA MOTO?*

*En todo hay riesgo.*

*¿QUÉ?*

*Que en todo hay riesgo.*

*¿EN TODO?*

*Hasta en cruzar la carretera.*

*Yo qué sé, igual estás bebiendo y es el caso de que llegue un madero y te pille y te meta una multa de 50 papeles. “RG. Nº 7. Varones 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Desplazamiento de las denominadas “conductas adictivas” a las denominadas “conductas de riesgo” que, en la línea de análisis de interpretación del citado texto de 1996 y del actual informe, significaría que el momento vital y existencial de los jóvenes madrileños se habría modificado sustantivamente entre uno y otro año en lo que se refiere a las formas de vivir el vínculo social y a las paralelas formas de construir su propia identidad. Tal como acabamos de señalar, de lo que se trataría en la actualidad entre los jóvenes madrileños sería de testar, de poner a prueba las relaciones sociales de los jóvenes, de probar la posible consistencia del vínculo establecido, en línea con los análisis de Le Breton (2002) al respecto. Autor que sugiere que para los jóvenes las conductas

<sup>31</sup> La línea de publicidad de Renault Clio, dirigido a los jóvenes como público preferencial, ilustra claramente esta evolución. Inicialmente, a primeros de los 90 se dirigía a los jóvenes JASP (jóvenes aunque sobradamente preparados). Posteriormente, a mediados de los 90 hizo su aparición el trabajo precario y en la presentación del consumo, de la compra de Renault, como sustituto de dicho cierre del trabajo precario (anuncio del “geropa” y la música de J. Brown “sex machine”). En la actualidad, en dicha línea de anuncios se concentra la idea de “incorpora todos los desafíos” del joven a su conducción.

de riesgo son “una forma de testar el amor de los otros”. Test del vínculo, en lugar de testimonio desplazado de su fractura, que significa, pues, que los jóvenes madrileños estarían re-tejiendo, re-enhebrando una nueva red, una nueva malla, unas nuevas formas de relaciones personales y sociales de las que, todavía, no se sienten muy seguros. De ahí, la necesidad de testarlas, de ponerlas a prueba. Falta de seguridad en las mismas, fragilidad de nuevo tipo que sería una de las motivaciones subyacentes, en esta línea de análisis e interpretación, de las conductas de riesgo como forma de “testar” dichos vínculos, de tensionarlos para sentir, para vivir hasta qué punto se está seguro del “otro”<sup>32</sup>.

Un acalorado debate mantenido en la reunión de chicas jóvenes de 15 a 17 años de clases medias bajas puede ilustrar claramente esta caracterización de las conductas de riesgo vistas desde el grupo de amigos. En efecto, en dicho grupo se produjo un fuerte debate acerca de qué hacer con un amigo/a que se emborracha y, sobre todo, cuando se emborracha de forma repetida, En caso de que sea una primera borrachera el conjunto del grupo está de acuerdo: hay que ayudar al amigo/a borracho/a. Sin embargo, en caso de que se repitan esas experiencias, de que se repitan las borracheras, el grupo se divide en dos posiciones: la mayoritaria defiende seguir ayudando y responder positivamente al “test”, en lenguaje de La Breton, de la “borrachera” y sin embargo, la posición minoritaria es que se ayude una vez y que “una y no más Santo Tomás”, tal como puede observarse en el siguiente diálogo.

*“Yo pienso que cada uno es responsable de lo que hace, y debería de saber cuándo tiene que dejar de hacer algo. Ahora, si no eres consciente de lo que estás ha-*

*ciendo, no lo hagas. Pienso.*

*-No, pero tampoco ves a la gente por ahí tirada, ¿no?*

*-No, pero una y no más Santo Tomás. Si yo a ti te puedo decir: no hagas esto, que no te va a venir bien, te lo puedo decir una vez y a lo mejor ese día tú acabas mal y yo te puedo ayudar ese día; y por muy amigo mío que seas si te lo he dicho una vez, dos veces no te recojo de la calle.*

*-¿No me recoges?*

*-No.*

*-Hombre, a mis amigos les aviso, y si les veo cinco y seis veces no les voy a dejar por ahí tirados.*

*-Pues no. Pues yo creo que cada uno es mayorcito de saber lo que hace y si se lo has dicho una vez, pues una vez vale, pero dos no. ¿Qué eres, la tonta de turno o qué?*

*-¿Y qué vas a dejar a tu amigo tirado en la calle?*

*-Pues sí, la próxima vez que espabile. Así de claro.*

*-(Risas)” (RG. Nº 4. Mujeres. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)*

Lo interesante de este debate, desde el punto de vista de la posible relación de las conductas de riesgo y su carácter sintomático de test de las relaciones de amistad, es que la posición minoritaria arguye que la auto-responsabilidad debe primar y que, en caso de que ésta desfallezca, la conducta de riesgo puede llegar a romper la solidaridad básica que debería primar en el seno de una relación de amistad. Argumento que se defiende, incluso, si la afectada es la propia joven que defiende dicha posición.

*“Y si te pones tú pedo y no te recogen, qué movida, ¿no?”*

<sup>32</sup> En la citada investigación de Vallecas, algunos informantes muy cercanos de los jóvenes nos señalaban cómo había chicas que realizaban el amor sin preservativos en un afán de ganar el amor y la confianza del “otro”.

-Claro, una vez... A ti te puede pasar una vez y te dicen: la próxima ya sabes.

-Pues ya está. Yo con una vez tengo bastante.

-Y dos... Y si te pasa a la segunda, porque te puede pasar.

-Yo con una vez creo que tengo bastante.

-¿Pero si te pasa dos veces?

-Nada, pues mala suerte. Pues cuando me despierte al día siguiente diré: pues mira, lo que he hecho está mal y a lo mejor..." (RG. N° 4. Mujeres. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)

Argumento que le lleva a cuestionar la propia relación de amistad con la afectada.

"Yo en mi pueblo a una amiga mía la he visto muy mal, pero muy mal, ¿eh?, que se la tuvieron que llevar y todo al hospital y la dije: mira, este día vale, porque sí; digo: pero que sepas que mañana... Y estaba ella buah..., estaba hecha una mierda, y me daba pena y todo. Y se lo dije: una y no más. Digo: Sarai, que sepas que esta es la primera y la última vez, que si te vuelve a pasar esto yo no voy a ser la tonta que te vaya a recoger. Y al día siguiente hablé con ella. Digo: no sé si te acordarás de algo de lo de anoche, pero que sepas que conmigo no vuelvas a contar." (RG. N° 4. Mujeres. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)

Argumento y posición que genera la crítica frontal del resto del grupo precisamente desde la argumentación contraria: la forma mejor de ayudar a los amigos que puedan coger borracheras, que puedan desarrollar dichas conductas de riesgo es la de mantener la relación de amistad y desde ella intentar que dicha persona abandone poco a poco dicha conducta. Lejos de buscar el tipo de "escarmiento" que defiende la posición minoritaria, esta posición mayoritaria defiende otro camino para hacer frente a dichas conductas de riesgo.

En efecto, la posición mayoritaria argumenta frente a la anterior minoría que, incluso, una sucesión de borracheras, que una conducta de riesgo repetida debería ser tratada en el seno de las citadas relaciones de amistad y movilizar la ayuda, la solidaridad básica de los/as amigos/as. Argumentación que en el marco proyectivo del debate viene a significar que la conducta de riesgo puede deberse a muchas razones que se escapan a los amigos pero que, más allá de dichas razones, dicha conducta debe ser integrada, asumida desde las relaciones de amistad. Integración que, en la línea argumental de la posición mayoritaria en el grupo, sería el camino más eficaz de ayudar a esa persona a superar el problema que está en el origen de la citada conducta.

Para la posición mayoritaria, pues, la citada conducta de riesgo no sería una cuestión a abordar y resolver sólo por la persona que la practica. Sin negar la responsabilidad de ésta, la citada posición mayoritaria vendría a integrar dicha conducta en los problemas que tienen los adolescentes y jóvenes, en los altibajos de sus comportamientos, en las distintas formas que tienen unos y otros de "salir".

"Luego también hay gente que siempre que va a beber se va a pillar el pedo: Igual que hay gente que está en el grupo y no bebe, hay otra que va a pillarse el pedo" (RG. N° 4. Mujeres. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)

Y cómo unos y otros comportamientos, más o menos habituales hoy en día en la vida juvenil, especialmente en las edades más jóvenes en las que se sale de la preadolescencia deberían integrarse, aceptarse (hasta cierto punto) desde la cotidianidad y normalidad adolescente y desde la solidaridad básica del grupo de amigos/as como mejor forma de crecer y de ayudarse mutuamente.



Desde este punto de vista, el paso “simbólico” de las “conductas adictivas” a las “conductas de riesgo” vendría a significar, hasta cierto punto, una forma de reencauzamiento hacia la normalidad, si se nos permite esta expresión, de las conductas juveniles. Si, como señala Le Breton (2002), la adolescencia puede entenderse como *“tiempo de enfrentamiento con el mundo con la intención de probar su cuerpo, de sentir sus límites, de tocar lo más cerca su existencia, de experimentar al fin su independencia de la mirada de los padres”*, la mayor relevancia (emergente) de las “conductas de riesgo” sobre las “adictivas” no sería más que una expresión de la nueva configuración de la adolescencia y la primera juventud en el nuevo marco de vida que, de forma redundante y algo repetitiva, estamos intentando describir en este texto.

e) La quinta tensión, de características muy diferenciadas con respecto a la tensión anterior, sería la existente entre las **pautas de socialización masculina y femenina** y las respectivas perspectivas de “género” en un contexto social, como hemos señalado anteriormente, de progresivo acercamiento entre las citadas perspectivas. Acercamiento que no elimina, como señalamos anteriormente, la especificidad de cada una de ellas.

El actual mundo adolescente y juvenil es un mundo construido, hasta cierto punto, de forma más autónoma e inmanen-

te que en el pasado, tiempo en el que la presencia física y, sobre todo, simbólica del mundo adulto en el mismo era más fuerte. En esa medida, el actual mundo adolescente y juvenil va a ser el resultado más directo de lo que aporten más directamente los jóvenes al mismo. Aporte en el que las respectivas perspectivas de género (así como otras perspectivas vinculadas a la diferente situación social, de edad, etc., de los jóvenes) ocupan hoy en día un lugar fundamental. De esta forma, cabe pensar que en función de cómo se articulen dichas perspectivas el resultado va a ser muy diferente.

En este marco, la apuesta, la línea de análisis de este texto, es que la articulación de ambas perspectivas, de la mayor contención femenina y de la tendencia al exceso masculino, estaría favoreciendo, con ciertos matices y diferencias, la existencia de un cierto modelo de autorregulación en las conductas juveniles. Modelo de autorregulación que apuesta, que busca la creación de nuevas normas definidas por los jóvenes, matizada por cada uno de forma más individualizada. Nuevas normas de autocontrol juvenil en las que se compaginan, en las que se resuelven de forma positiva cada una de las tensiones anteriores.

De esta forma, de cómo resulte el juego entre el citado conjunto de tensiones, tal como hemos sintetizado en el siguiente gráfico, así resultará en el futuro el desarrollo de la juventud madrileña en lo que a sus principales modelos de relación y de comportamientos saludables (o no) se refiere.

## RESUMEN DE LAS LÍNEAS DE TENSIONES DOMINANTES EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS DE 13 A 21 AÑOS EN RELACIÓN A LA SALUD (2003)

A) Tensión entre las instituciones de socialización que tienden a infantizarles.	↔	El progresivo y creciente afán de crecer y de ser más mayor por parte de adolescentes y jóvenes.
B) Tensión entre el incremento de la información y el conocimiento formal.	↔	La carencia de la madurez y de las experiencias vitales que lo acompañan.
B) Tensión entre el “modelo presentista” que trata de fijar los jóvenes en el gasto y consumo inmediato.	↔	La apertura hacia el futuro y la génesis de proyectos.
C) Tensión entre la perspectiva femenina más asociada a la “contención” en los comportamientos.	↔	La perspectiva “masculina” más asociada al “exceso” en los comportamientos.
D) Tensión entre las “conductas adictivas” más orales y compulsivas.	↔	El desarrollo de las “conductas de riesgo” en la búsqueda de los límites.

En este marco, la hipótesis de trabajo de este texto es que la promoción y la educación para la salud de los adolescentes y jóvenes madrileños debería servir para reforzar los emergentes positivos del anterior juego de tensiones,

de presentarles a los jóvenes los dilemas que éstos deben de abordar y resolver en sus vidas y ayudarles a reforzar los elementos de control positivo existentes en relación con sus concepciones y hábitos de salud.

## La presencia de los jóvenes inmigrantes

Tal como venimos señalando en el texto, en este complejo mundo de cambios y transformaciones sociales en relación con la forma de concebir y construir la adolescencia y la juventud, en este no menos complejo espacio de reacciones de los jóvenes madrileños nacidos en España a este respecto, viene a sumarse otro importante factor de complejidad como es el reciente aflujo de una inmigración en rápido proceso de crecimiento y expansión que se ha traducido ya, a fechas del 2003, en que cerca de un 10% de los jóvenes madrileños hayan nacido ya fuera de la Comunidad de Madrid y fuera de España y que, hacia el futuro, un no menos importante número de jóvenes madrileños nacidos ya en esta Comunidad de Madrid pertenezcan a tradiciones sociales, culturales, religiosas muy diferentes a las existentes hasta ahora en los jóvenes madrileños nacidos en España y el seno de familias con varias generaciones de existencia en nuestro país.

Importante aflujo de jóvenes madrileños con otras formas de vida y de pen-

samiento, con otro tipo de creencias y concepciones sobre la vida, la salud que no va a dejar de significar un importante cambio, que va a conllevar un importante impacto en el mundo de las representaciones sociales y de los discursos juveniles sobre la salud en esta Comunidad de Madrid, que va a significar un no menos importante cambio en muchos de los hábitos y comportamientos relativos a la salud de los jóvenes de nuestra Comunidad. De hecho, alguno de los profesionales entrevistados sitúa la presencia de los jóvenes madrileños de origen inmigrante como uno de los “emergentes” más fuertes de la actualidad, como uno de los elementos que habrá que seguir más cerca en los próximos años tanto para saber el estado de salud de los jóvenes madrileños como para poder intervenir entre los jóvenes de la forma más eficiente posible.

*“AL PRINCIPIO ME HABÍAS DICHO QUE HABÍA PARA TI EN LOS TEMAS DE SALUD DOS EMERGENTES FUNDAMENTALES;*

ME HAS DICHO EL DE LAS CHICAS Y LUEGO HEMOS IDO DERIVANDO HACIA OTROS TEMAS. ¿Y CUÁL ERA EL OTRO EMERGENTE?, ¿O YA SE TE HA IDO DE LA CABEZA?

-No, los inmigrantes. Los inmigrantes, porque por ejemplo yo creo que hoy no se puede hablar ya de embarazo en adolescente sin separar claramente los embarazos que se producen en la población inmigrante de los que se producen... Digo embarazos tanto nacimientos como tema de abortos, ¿no? Porque sé que el porcentaje es muy..., vamos, es abismal. Quiero decir, nuestra experiencia es que no están aumentando los embarazos en adolescentes sino que lo que están es aumentando en la población inmigrante, pero no en la población general de aquí, ¿no?

ADOLESCENTE.

-Y el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, lo mismo. Entonces, bueno, yo creo que ése es un aspecto que va a haber que tener en cuenta, ¿no?; desde el punto de consumo de alcohol, de tabaco, de accidentes, de todo, incluso de drogas pues es que yo creo que va a ser un perfil que va a haber que separar, porque es que si no la sensación o la percepción va a ser pues en la línea que te comentaba; como seguramente respecto a la población joven sí que está habiendo adolescentes, sí que está habiendo un cambio favorable, pero por ejemplo si el (SIVFRENT) no desagrega esa población, entonces hay un matiz ahí que estás perdiendo, ¿sabes? Porque claro, es que es ya el 10% de los jóvenes de la Comunidad de Madrid los inmigrantes, ¿no?, entonces es que es un volumen altísimo; es un porcentaje muy alto. Que tienen otros comportamientos porque tienen otra culturización y tienen otra situación social, etc." (E. Prof. de la Educación para la Salud)

Emergente de la inmigración de fuerte presencia ya en todo el conjunto de comportamientos relativos a la salud afectiva-

sexual, como se señala en el texto anterior, pero que lógicamente se acabará expresando en todos y cada uno de los planos de la vida juvenil, en especial en los sectores sociales y en los ámbitos territoriales que más contacto directo tienen con los mismos.

Es por ello que aunque sea todavía con un escaso número de grupos como, por otro lado, corresponde a su presencia minoritaria en la Comunidad de Madrid, hemos considerado importante empezar a abordar la cuestión de los jóvenes inmigrantes en el marco más general de las actitudes, discursos y comportamientos de los jóvenes madrileños ante la salud.

Es evidente que habría que realizar estudios más monográficos y en intensidad en este amplio grupo de jóvenes que permitan conocer en profundidad sus concepciones y comportamientos, así como la gran diversidad de situaciones que se dan entre los mismos. Estudios que permitan diferenciar entre unos y otros colectivos y que posibiliten conocer los comportamientos y los principales problemas de salud que les afectan. Es claro que dos grupos, uno de chicos con fuerte componente de colombianos y otros de chicas, con fuerte componente de países del Caribe, no pueden aportar dicho conocimiento. Sin embargo, sí pueden aportar algunos elementos de interés para la reflexión y la intervención en Promoción y Educación para la Salud que, en última instancia, es de lo que se trata con la presente investigación.

La actual situación de la inmigración en la Comunidad de Madrid, las dos dinámicas de grupo realizadas, así como otros tipos de investigaciones realizadas o en curso sobre este tema, dejan abiertas las puertas a cómo se va a producir, a medio y largo plazo, la integración de los inmigrantes en la sociedad madrileña y cuál va a ser el resultado de dicho

proceso en relación a la gestión de una cultura social más rica y compartida por todos los madrileños con independencia de su origen.

Por poner un ejemplo cercano el terreno que nos ocupa, la presencia de los jóvenes madrileños de origen inmigrante no deja de acentuar la tensión entre “exceso” y “contención” que atraviesa al resto de jóvenes madrileños, como hemos venido viendo en las páginas anteriores. Como subrayan los participantes de las propias reuniones de grupo, de unos asistentes con pocos años de residencia en nuestro país y, por tanto, todavía sorprendidos por muchas de las costumbres españolas y por el contraste con sus países de origen, en Madrid existe una mayor liberalidad de costumbres, es constatable una mayor presencia de bares en las calles, como también lo es la cotidianidad del consumo de alcohol y de tabaco<sup>33</sup> y, así, un largo etcétera de situaciones que pueden fomentar el “exceso” en muchos de los citados consumos, desde una perspectiva de su mayor accesibilidad y aceptación social.

*“Que allá no hay como aquí, la misma libertad que hay aquí. Allá le tienen un poco más controlado si sale por ahí, si llega tarde...”*

*-En cambio aquí no...*

*TÚ CREES QUE AQUÍ AL HABER MÁS LIBERTAD TAMBIÉN SE FUMA MÁS.*

*-Cuenta aquí... Cuenta que uno anda tarde, hasta las cinco de la mañana que llega a su casa, las seis, siete, ocho...*

*-Sí. Y allí en Colombia uno casi siempre es en su barrio, porque uno no va a tener plata para salir de su barrio para otros lados. En cambio aquí se tiene amigos*

*en Conde de Casal, en Pacífico, en varios lados” (RG. N° 8. Varones. Inmigrantes Colombianos. C. Media Baja. 15-17 años)*

*“... por lo menos allá poder ir al parque de atracción pues una vez cada seis meses, y acá se puede ir si quieres una vez a la semana.*

*-Claro.*

*-Que son cosas que...*

*-La economía también.*

*-Es más barato y todo.*

*-Que acá comes carne dos días..., todas las semanas, se come una vez a la semana...” (RG. N° 8. Varones. Inmigrantes Colombianos. C. Media Baja. 16-17 años)*

Sin embargo y en la dirección contraria, la educación familiar presente en la mayoría de sus hogares, el tipo de normas de educación todavía<sup>34</sup> vigentes en la mayoría de las familias inmigrantes, parecería conllevar un claro movimiento de “**contención**” de dichas conductas juveniles más tendentes al exceso por la ósmosis de la propia situación de la sociedad madrileña y del proceso de integración en la misma.

Ejemplo de la citada tensión que también manifiesta cómo frente a muchos discursos sociales que sólo ven repercusiones negativas en la presencia de los inmigrantes, éstos pueden aportar muchos elementos de “normas” y de “contención” de la que hoy carecería, en gran medida, la parte de la sociedad madrileña de acogida. En este sentido, es claro que el desarrollo de unas y otras tendencias, que el proceso de construcción de unas culturas sociales más ricas y complejas va a depender mucho de cómo se vaya realizando, día a día, el citado proceso de encuentro y de integración de todos.

<sup>33</sup> No deja de ser muy interesante a este respecto la mirada de los “otros” para devolvernos, si acaso alguno lo había olvidado, la cotidianidad, la permisividad de nuestra sociedad hacia muchas conductas que desde determinado tipo de discursos luego se condenan.

<sup>34</sup> Otra cosa sería saber cómo van a evolucionar hacia el futuro dichas normas al convivir con una sociedad más permisiva y relacionada a este respecto.

A tenor de lo señalado en ambos grupos, cabría señalar que la vivencia de dicho proceso de integración no deja de ser ambivalente en la medida que se subrayan ciertos avances y mejoras en la propia calidad de vida de los inmigrantes pero, al mismo tiempo, por todo un conjunto de razones, de incompreensión, de alejamiento y desconocimiento y, también de racismo, la tendencia actual entre los jóvenes presentes en los grupos es a cerrarse sobre sus propias comunidades, nacionalidades de origen. Cierre que conlleva, incluso, un uso precavido y temeroso del propio espacio público, de la calle y de las plazas del espacio de todos.

*“Aquí en la calle, la policía pide los papeles todo el tiempo... La policía los pide mucho.*

*LA POLICÍA LOS PIDE MUCHO.*

*-Vamos por la calle: “me dan sus papeles”, y siempre toman nota de todos los papeles.*

*¿Y QUÉ VAIS SIEMPRE, CON LOS PAPELES ENCIMA?*

*-Casi siempre” (RG. N° 8. Varones. Inmi-*

*grantes Colombianos. C. Media Baja. 16-17 años)*

Proceso de exclusión y de control, presencia del racismo y de otros factores de exclusión y paralelo retraimiento comunitario de los inmigrantes<sup>35</sup> que, sin duda, refuerzan muchas de las concepciones y creencias propias de la sociedad de origen y que dificulta los citados procesos de integración, cuando no está en el origen de ciertas e iniciales formas de violencia juvenil, como no se ha dejado de subrayar en los propios grupos citados y se denunciaba en la investigación que el año anterior, en el 2002, este mismo equipo de investigación pudo realizar en Vallecas.

Dificultad en los procesos de integración que, por otro lado, no deja de incidir negativamente en muchos aspectos de la salud de los jóvenes inmigrantes y que no deja acentuar la realización de ciertas prácticas de riesgo, entre ellas las citadas por el profesional entrevistado acerca de las relaciones afectivo-sexuales y de otras problemáticas relativas a la salud mental de los mismos.

---

<sup>33</sup> Retraimiento comunitario que está empezando a cuajar en la constitución de bandas juveniles específicamente “latinas”, como se subraya en los grupos, al hablar de los “Latin King” y otras bandas de jóvenes latinos.

## La problemática del malestar psicosocial

En este mismo orden de cuestiones y sin que en ningún momento hayan sido calificadas como “enfermedades”, en el conjunto de grupos ha surgido una amplia problemática relativa a lo que de forma general cabría denominar como “malestares psicosociales”, de todo un conjunto de problemáticas que se traducen en diferentes vivencias, sensaciones relativas al propio bienestar, el propio equilibrio personal desde el punto de vista más psicológico.

El momento de la adolescencia especialmente y también el de la juventud constituye situaciones vitales caracterizadas por el propio desequilibrio, por los propios desarreglos derivados del conjunto de transformaciones fisiológicas, emocionales, identitarias que constituyen la propia adolescencia desde un punto de vista más íntimo. Como señalan los propios grupos, los cambios continuos de estado de ánimo suele ser algo que acompaña la vida adolescente y juvenil, sin que haya una razón aparente y más formal que los desencadene.

*“... esto también es relativo, porque puedes estar bien en un momento y en otro no, y en diferentes..., o sea, en el mismo día. Yo me entiendo...”*

*-...*

*-No sabes porqué, pero dices: hoy no estoy bien. Puede ser por la regla muchas veces...*

*-Influye.*

*¿LA REGLA INFLUYE? ¿Y QUÉ MÁS INFLUYE?*

*-Los amigos y la familia...” (RG. Nº 4. Mujeres. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)*

Ahora bien, más allá de esta situación consustancial con el propio proceso evolutivo de la adolescencia y de los primeros años de la juventud, el conjunto de grupos ha señalado la existencia de lo que podríamos llamar un refuerzo, un recrudecimiento de las condiciones psicosociales que parecerían favorecer el desarrollo de este tipo de malestares, así como la orientación más singular de los mismos en lo que podríamos decir un fuerte componente fóbico o paranoico, al punto de que cada

vez resulta más común entre los jóvenes la propia expresión de “emparanoiarse”.

*“... tengo una amiga que tiene ataques de ansiedad, entonces la da miedo salir sola a la calle porque dice que si la dan los ataques de ansiedad pues se mareará y se cae”* (RG. Nº 11 Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

Componente fóbico que se expresa en comportamientos defensivos, de miedo a salir a la calle, de entrar en relación con los demás, de temor a ser dolorido o agredido en estas relaciones, etc.<sup>36</sup> En este sentido, los grupos realizados han subrayado la mayor presencia de este tipo de malestares en las nuevas generaciones de jóvenes madrileños.

*“Yo lo que veo es que hay muchísimos problemas de nuestra edad, de gente con ansiedad, con cosas...”*

*-Con estrés, con ansiedad...*

*-Con problemas para ir al psicólogo.*

*¿POR...?*

*-No lo sé.*

*O SEA QUE NOTÁIS ESO.*

*-Por el ritmo de vida.*

*-No sé si será por el trabajo en...*

*-Por el ritmo de vida.*

*-Yo tengo una amiga que aparentemente no tiene ningún problema, e igual se te pone a llorar: “no lo sé qué me pasa, que es que...”; igual, ha estado yendo al psicólogo, allí en la Seguridad Social...*

*-...*

*-Eso está generalizado, lo que pasa que la mayoría de la gente no lo cuenta y no lo exterioriza, pero tú te pones a plantear-te...”* (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

*“... que creo que dentro de nuestra generación hay mucha gente y con muchos problemas; y problemas indirectamente pueden ser divorcios, mil cosas que les afectan y que esa gente está ya tan pronto marcada de por vida, y quieras que no eso te afecta a tu personalidad, y yo una persona no te quiero decir sana en el..., o sea, no ser sano en el sentido negativo. No ser sano a lo mejor es eso, que se te va un poco más la cabeza, te emparanoias con otras cosas, y yo eso lo considero una persona no sana, pero no quiere decir que sea malo. No sé; no veo el sentido negativo”* (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media/Media Alta. Madrid)

Generalización cualitativa, sensación de mayor presencia de este tipo de trastornos psico-sociales en la vida de los jóvenes madrileños que, a la luz del conjunto de textos producidos por los mismos a este respecto, cabría asociar con dos tipos de dinámicas sociales actualmente en curso y de mucha incidencia en la vida de los jóvenes.

- La sensación de fragilidad de las relaciones sociales y personales.
- El incremento paralelo de competitividad e incertidumbre.

Conjunción de ambas dimensiones que se ha expresado, por ejemplo, en que los asistentes a diferentes grupos hayan señalado “el miedo al fracaso y a la soledad” como uno de los miedos, uno de los temores más importantes en el momento actual.

*“Y también a la soledad, quedarte solo a mí eso me da mucho miedo.*

*-A la soledad y al fracaso.*

<sup>36</sup> No deja de ser curioso y significativo a la vez, la existencia en la actualidad de diversas líneas de comunicación publicitaria dirigida hacia los jóvenes que introducen estos elementos de “fobias” en la representación de las relaciones personales simuladas en la citada comunicación.



*¿EN QUÉ SENTIDO AL FRACASO?*

*-A no poder...*

*-No cumplir nada de lo que tú quieres”*  
(RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Majadahonda)

La sensación de fragilidad de las relaciones sociales y personales de la vida de los jóvenes madrileños se traduce en todo un conjunto de situaciones desequilibradas a lo largo de todo el proceso evolutivo que va desde la inscripción y fuerte identificación de los niños y preadolescentes con la familia de origen, a la situación más adulta de relaciones de amistad y de noviazgo a lo largo de la juventud, pasando por la fuerza del grupo de amigos, del grupo de pares en la adolescencia. Conjunto de relaciones sociales y personales que se suceden en su importancia en el tiempo y que coexisten y se complementan a todo lo largo de la vida de adolescentes y jóvenes. Conjunto de relaciones que, en la actualidad, parecería ser más vulnerables y frágiles que en otras épocas anteriores, desde la vivencia y el discurso de los jóvenes tal como venimos analizando en el texto.

*“Yo tengo dos amigos que ya van al psicólogo.*

*-Yo conozco a muchísima gente que va al psicólogo, pero muchísima.*

*-Pero yo creo que más que nada que la gente, ¿sabes?, vivimos en una sociedad que la gente necesita hablar con la gente, y la gente que no tiene a nadie pues a lo mejor acude a un psicólogo.*

*-Y aunque tengas a alguien, yo creo que siempre tienes una persona que no te prejuzgue.*

*-Porque eso pasa también, a veces como que da la impresión de que la gente se avergüenza. O sea, mis padres se han divorciado, no lo quiero contar como si fuera su culpa o algo, no es que fuera su culpa, sino yo que sé. Yo tengo una amiga*

*también que está muy mal, está en el psicólogo, no porque se hayan divorciado sus padres, bueno, unas historias muy raras que tiene, que ella viene de otro país, no sé qué, no sé cuál y no nos lo quiere, somos sus amigas y no nos lo quiere contar, y lo pasa muy mal, es como que se avergüenza.*

*-Y es la cosa más normal del mundo en este momento.*

*-Es que a mí me dices ir al psicólogo y me parece lo más normal.*

*-Claro, te quedas igual.*

*-Antes sí pero ahora como ya conozco a tanta gente.*

*-... es verdad, es verdad.*

*-Sí.*

*-No sé, yo creo que hoy en día la gente va más a su bola. Antes era todo pues mucho más cerrado, más familiar todo y eso también perjudica.*

*-Somos mucho más egoístas.*

*-Pero por la competitividad.”* (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Madrid)

El incremento progresivo de la competitividad y de la incertidumbre de futuro es otra de las dimensiones que más parecen afectar a los jóvenes y que más estrecha relación parecen guardar, en su decir, con la aparición de este tipo de problemas y malestares.

*“... ya te agobias porque vas a suspender el curso o voy... O a lo mejor en un trabajo no sé, no necesitaban gente te han echado y ya empiezas a decir que no, que no vales...*

*-Te desmoralizas.*

*-Psicológicamente.*

*-Sí, es lo que me pasaba a mí antes. Al estar en el instituto suspendía porque tenía una racha, sacaba todo treses.*

*-Como yo.*

*-... (...)...*

-Sí, ya te sale todo mal y ya ves todo mal.

-Sí. Y con el trabajo igual ahora. A lo mejor se te olvida algo y dices, ¡madre mía! Ya...

-Pasa algo en el trabajo y ya...

-Sí, ya me van a echar, ya el mes que viene me preparan el finiquito” (RG. N° 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)

A tenor de lo que producen los grupos, parecería que ambas dimensiones se combinan de forma diferenciada según la edad y grupo social de referencia del que se trate.

- En edades más adolescentes, los problemas derivados de la fragilidad de las relaciones personales parecerían tener más fuerza que las derivadas de la competitividad e incertidumbre de futuro. Dimensiones que aparecerían con más fuerza en edades juveniles más adultas.
- En las clases medias y medias bajas parece tener más presencia los problemas derivados de la fragilidad de las relaciones personales y de los problemas del trabajo, mientras en los jóvenes de las clases más acomodadas la presión familiar hacia un mejor rendimiento escolar parecería ser la fuente de ansiedad dominante.

El propio debate en la reunión de chicos de 15 a 17 años de clases medias en la que se expresaron dos fracciones bien diferenciadas de clases medias altas y otros de clases medias bajas es instructivo al respecto. Mientras en la primera frac-

ción, la presión familiar hacia el estudio y hacia el seguimiento de otra serie de normas familiares llega a ser denominado como “opresión” por dicha fracción grupal, en clara consonancia con lo expresado por el grupo de chicas de similar edad y posición social.

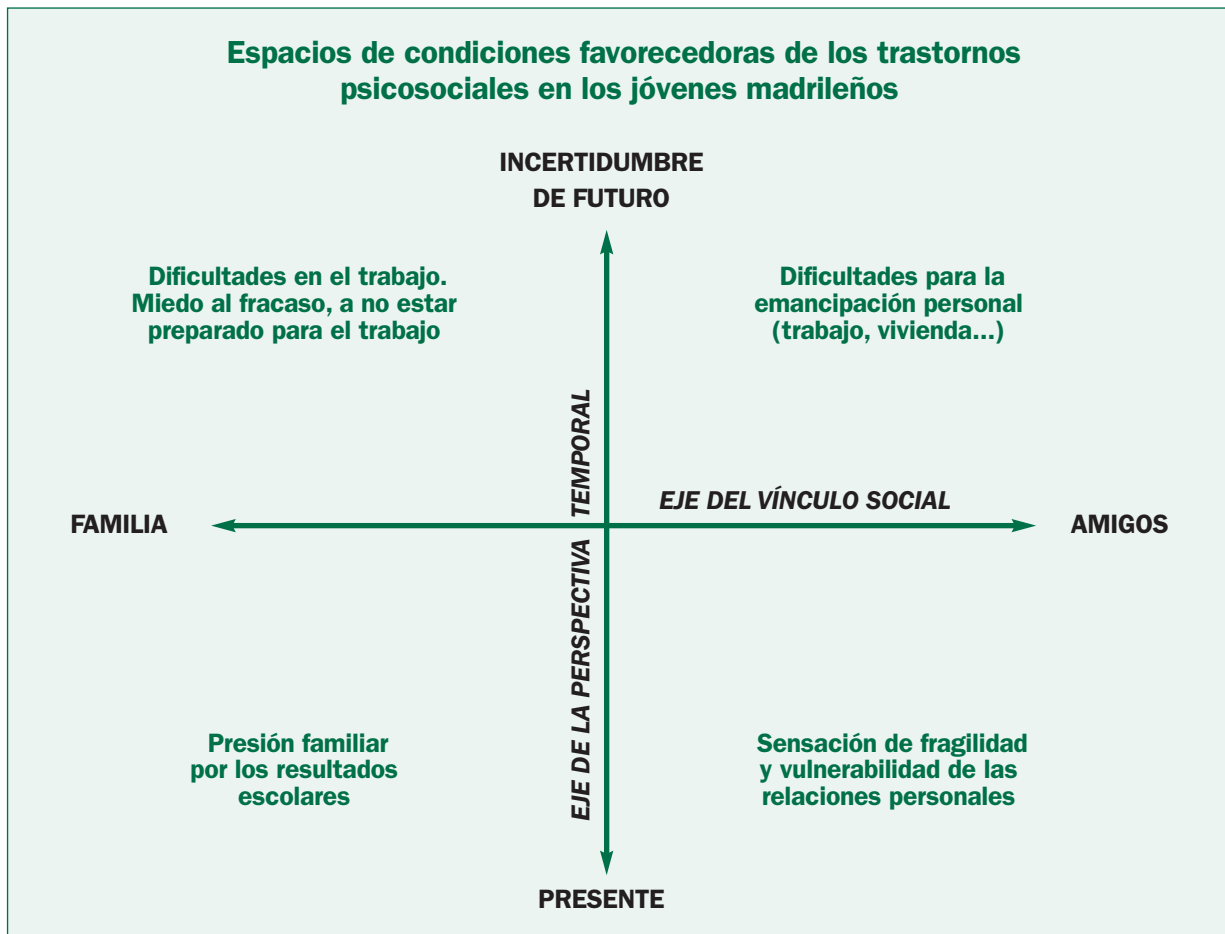
“Es que no lo sé, porque son tantas cosas juntas que: haz eso, haz lo otro, haz no sé qué, tal... Que ya dices: joder pero... déjame respirar... ¿sabes?... y poco a poco lo voy haciendo. Pero si es que eres tal, si es que eres cual... Y es que eso ya terminas agobiada. Ya estoy deseando que me den las vacaciones. Yo lo he contado antes, yo normalmente yo con mi madre tengo muy buena relación, ¿sabes?, y llega ya un momento en que dices: “no”. Y ahora pues estoy deseando irme de vacaciones y liberarme aunque sea un mes de mis padres” (RG. N° 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media Alta. Majadahonda)

En la fracción de clases medias bajas de dicho grupo de chicos, la presión familiar por los resultados escolares parece más reducida y, sobre todo, se expresa mucho más relajada su posible inquietud por los suspensos.

“Jo, el suspenso es que da igual, ¿no?”

-Uno más que uno menos, pues...” (RG. N° 7. Varones. 15-17 años. C. Media. Madrid)

Conjunto de situaciones favorecedoras de este tipo de malestares que hemos tratado de representar en el mapa siguiente.



En este contexto de problemáticas juveniles asociadas discursivamente con este tipo de trastornos, de conductas fóbicas, de ansiedad y estrés, conviene hacer mención especial de los jóvenes inmigrantes quienes parecen vivir de forma más acentuada esas mismas problemáticas como resultado del propio proceso de la emigración y de su nada fácil proceso de integración en la sociedad madrileña de acogida.

*“... a veces uno también está pensando... Está pensando en otra cosa, a veces piensa en otra cosa, en una, en otra..., y a veces eso psicológicamente también a uno le afecta.*

*-Sí.*

*-...*

*-Y de repente uno se pone..., se pone sentimental, a veces uno sabe que...*

*-Claro.*

*-Claro. Cuando uno piensa en la familia, en Colombia y todo.*

*-Claro. Añora mucho el país de uno, o está mal con la novia, o está mal..., o tiene problemas en la casa o así...*

*-Cuando se siente solo.*

*-... no duerme uno bien y entonces ya comienza uno a sentir más...*

**CUANDO TE SIENTES SÓLO.**

*-sí, cuando uno se siente solo también siente algo de tristeza.*

**¿Y TÚ TE SIENTES SÓLO A VECES ASÍ?**

*-A ratos, solo cuando estaba en la casa solo.*

*-Entonces se tiene que mantener en la*

*calle más*” (RG. N° 8. Varones. Inmigrantes. 15-17 años. C. Media Baja. Colombia y países andinos)

Soledad, por un lado, pérdida de relaciones familiares, por otro, incremento del grado de ansiedad y estrés derivados de

las dificultades de los procesos de integración, entre otros factores, que hacen de los jóvenes inmigrantes uno de los colectivos juveniles más sensibles a la aparición de este tipo de problemas y malestares que pueden llegar a transformarse, en su caso, en problemas de salud mental.

## Las enfermedades que más preocupan

Las opiniones y argumentos producidos en los grupos con respecto a las enfermedades que más preocupan vienen a significar una especie de retrato en negativo de los discursos producidos sobre la salud, de sus creencias acerca de la relación de los jóvenes con la salud y de la evolución de sus representaciones sociales a este respecto, tal como hemos ido describiendo en los epígrafes anteriores.

En principio y como afirmación general y punto de partida, los jóvenes, los chicos y las chicas reconocen estar escasamente preocupados por las enfermedades a lo largo de dicha etapa de sus vidas. En lógica coherencia con la opinión de que la juventud viene a ser sinónimo de salud, los discursos juveniles subrayan que no se piensa mucho en dicho ámbito de preocupaciones. Más aún si se tiene en cuenta que, en general, cuando se habla de enfermedades tiende a pensarse en enfermedades “orgánicas”, físicas y, en este entorno, el cuerpo joven se percibe y caracteriza como cuerpo “sano” casi por naturaleza.

*“Yo creo que las enfermedades que no es una cosa que ahora demos...”*

*-Yo no le doy importancia...*

*-No hay que pensarlo.*

*-Si alguna vez me pasara algo ya me lo plantearía, pero ahora...*

*-Yo a mi alrededor no hay nadie que esté así y yo tampoco estoy así, tampoco me planteo las cuestiones de decir, qué enfermedad, qué malo es esto, qué mal... Que luego cuando lo estás viviendo a tu alrededor es cuando te das cuenta, pero mientras tanto yo pienso que tampoco lo piensas mucho.*

**NO SE PIENSA MUCHO EN ENFERMEDADES.**

*-Yo a mi edad no pienso mucho en lo que me pueda pasar y en lo que no me pueda pasar.*

*-Yo creo que a esta edad lo que tienes que hacer es vivir el presente.” (RG. N° 6. Mujeres. 15-17 años. C. Media. Chinchón)*

Las enfermedades orgánicas, las “enfermedades” es algo que tiende a apare-

cer cuando se es más mayor, cuando se es más adulto, de forma que los jóvenes más “sanos” y más orientados al presente no perciben ningún motivo de preocupación al respecto. Incluso cuando el coordinador pregunta expresamente los jóvenes reconocen no sentir ningún tipo de preocupación personal e inmediata.

*“HABÉIS HABLADO UN POQUITO DE LOS ACCIDENTES, ¿HAY ALGUNA ENFERMEDAD QUE OS PREOCUPE O NO?”*

-No” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media Alta. Ctra. de La Coruña)

Despreocupación juvenil acerca de las enfermedades que se ve acentuada en estos tiempos por el incremento señalado de la creencia en la propia “invulnerabilidad” personal en el caso de los chicos, principalmente, y por la sensación creciente de que, en caso de problemas, las tecnologías médicas y sanitarias tienen capacidad de resolver y de curar enfermedades hasta hace poco mortales, como pueda ser el propio SIDA. Noción reforzada por la creencia de que cualquier enfermedad importante se difiere a un lapso de tiempo posterior, lo que concede más plazo para que las tecnologías sanitarias sigan avanzando y lleguen a curar lo que todavía hoy parece incurable.

*“A mí ninguna, ahora con los métodos que hay ahora mismo si no se puede quitar (el SIDA) se puede vivir más o menos bien y si te pasa una dentro de 20 años pues ya dentro de 20 años habrá avanzado la ciencia”* (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/S. Sebastián de los Reyes).

En este marco más generalizado de despreocupación, el análisis de las opiniones grupales al respecto permite observar la existencia de dos tipos fundamentales de preocupaciones simbólicas

con respecto a las enfermedades.

- Las enfermedades más próximas y más cercanas a sus edades.
- Las enfermedades más genéricas que puedan afectar a toda la sociedad, a todas las edades y que encuentran su eco en los adolescentes y jóvenes madrileños.

Doble ámbito de enfermedades de preocupación juvenil que ya sugiere un primer cambio al respecto en relación a 1996. Mientras en dicho año, como puede observarse en el texto de las representaciones sociales varias veces citado, el conjunto de preocupaciones señaladas se inscribía de forma dominante en el propio mundo juvenil como era el caso de ciertas conductas adictivas, en el 2003 aparecen también enfermedades como el cáncer y el alzheimer que parecen recoger una cierta apertura a problemáticas de salud más generales, más allá de lo que ocurre más habitualmente en la propia juventud.

En este sentido y hasta cierto punto, cabría pensar que la aparición de estas problemáticas de Salud-enfermedad en relación con lo ocurrido en 1996, pareciera ser coherente con la inflexión general ocurrida entre uno y otro año, tal cómo venimos analizando en el texto. Es decir, mientras 1996 parecía situarse en un momento especialmente fuerte de lo que podríamos llamar la inmanencia de la propia juventud, de una juventud volcada hacia sí misma, sobre sí misma, con escasa apertura al futuro y al mundo adulto, el 2003 sería un año en que muchos emergentes discursivos en muchos y muy variados ámbitos de la vida juvenil parecen apuntar hacia una mayor conciencia de la trascendencia de la vida juvenil, hacia una cierta apertura hacia el futuro y hacia los “otros” adultos. Conjunto de emergentes en los que cabría situar esta misma problemática de las enfermedades.

## 9.1. El campo de las enfermedades más próximas

### 9.1.1. La anorexia

En este espacio particular de enfermedades la “anorexia” y las “tetraplejas” y otras invalideces como consecuencia de los accidentes de tráfico serían las dos modalidades de enfermedades que más preocupan. Preocupación que vendría asociada, además, a una cierta perspectiva de “género”.

- Las chicas jóvenes mostrarían su mayor preocupación por la anorexia.
- Los chicos, por su parte, se mostrarían más preocupados por las consecuencias de los accidentes.

En relación con la “anorexia” ya en el citado informe de 1996 sobre “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los jóvenes madrileños” analizamos como dicha enfermedad era vivida y percibida por los jóvenes y qué lugar simbólico ocupaba la “anorexia” en el conjunto de conductas adictivas y otras dependencias de “objeto” que aparecían como las cuestiones más cardinales en aquellos años.

El tiempo transcurrido entre una y otra investigación lógicamente ha incidido en las consideraciones juveniles a este respecto de modo que los grupos realizados han acentuado con respecto a 1996 unas consideraciones básicas con respecto a la generalización y la mayor extensión de la anorexia y de las conductas pre-anoréxicas entre los jóvenes madrileños.

La mayor extensión y presencia de la anorexia en la vida juvenil de la Comunidad de Madrid se expresa claramente en los grupos en la mayor cantidad de testimonios de amigas, de próximas afectadas por esta enfermedad.

*“Iba a decir la anorexia, pero eso sí.*

*-¿Anorexia también hay?*

*-Y además un montón.*

*-Cada vez más.*

*-Yo casi todas mis amigas están... (¿?) pero todo vomitando... (¿?)*

*-¿Y no hablas con ellas?*

*-¿Eh?*

*-¿Y no hablas con ellas?*

*-¿Y qué haces?*

*-Hay amiga mía que yo voy con ella a aeróbic y que no quiere comer, no quiere comer y no quiere comer.*

*-Pero es que...*

*-Yo tengo una amiga que casi se muere por anorexia.*

*-Aunque hables con ellas no te hacen caso.*

*-Ya, ya, es que...*

*-Pero yo te digo una cosa, la chica esta, la que yo conozco estuvo ingresada en... O sea, estuvo en la UVI, además montón de tiempo, e iba yo a verla y si estás todos los días con ella apoyándola y luego la pides el favor de que deje de vomitar y tal, lo acaban haciendo; si de verdad te consideran amiga.*

*-Pero hasta que no les pase algo grave, no se dan cuenta.” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid).*

Generalización de la anorexia que interpela más directamente a las jóvenes y que las cuestiona sobre el qué hacer, sobre el cómo actuar si una amiga presenta síntomas del citado comportamiento. Cuestionamiento social y personal de esta enfermedad entre las jóvenes madrileñas que, quizás, podría ser un buen punto de refuerzo para el trabajo de educación para la salud en los centros escolares.

Por otro lado, como desarrollamos en otro epígrafe del texto, la anorexia parece constituir en la actualidad uno de los ejemplos más claves del desplazamiento de las “conductas adictivas” a las “conductas de

riesgo”, tal como tendremos ocasión de analizar con motivo del debate mantenido a este respecto por las chicas jóvenes de Chinchón. Grupo de chicas de 15-17 años que señalan precisamente en la “obsesión” y, como consecuencia de ello, la posible falta de control sobre el peso, la existencia de una conducta de riesgo y el paso posible de una adicción a una enfermedad.

*“Una enfermedad puede ser la gripe, y otra enfermedad puede ser pues la anorexia y la bulimia, que tú no lo controlas.*

*-Yo creo que cualquier obsesión por algo...*

*-Pero una gripe, yo qué sé, tomándote una medicación se te pasa.*

*-Pero ya no es obsesión ni nada, eso ya te pasa...*

*-Claro. Por eso, que no es...*

*-Es que te pasa porque tiene que pasar; o sea para...*

*-Por eso, que no es... Que son enfermedades muy diferentes.*

*-Yo creo que una enfermedad es cualquier obsesión que tengas, o...*

*-Ya, ¿la gripe es una obsesión para ti?*

*-Tía, pero te estoy diciendo...*

*-Que hay enfermedades y hay enfermedades.*

*(Hablan a la vez)*

*-No voy a estar yo: “yo quiero tener cáncer. Yo quiero tener cáncer”; y al final cáncer.*

*-Una obsesión... que digo que una obsesión yo creo que ya..., llevada al límite es una enfermedad. Igual que una adicción.” (RG. Nº 6. Mujeres. 16-17 años. C. Media. Chinchón).*

O lo que es lo mismo, la “anorexia” inscrita inicialmente en la fractura, en el marco de la relación afectiva con el entorno relacional y familiar, acaba progresivamente instalándose en una problemática más individualizada de control del propio

sujeto sobre su alimentación, de capacidad del propio sujeto de superar la obsesión y no traspasar, de ese modo, el límite del riesgo a la enfermedad.

### **9.1.2. Las consecuencias de los accidentes**

Los “accidentes” de todo tipo, practicando un juego o deporte, conduciendo, utilizando vehículos de motor, motos y automóviles, han tenido una fuerte presencia en los discursos juveniles de chicos y chicas y, especialmente, de los primeros. Presencia de accidentes que, sin embargo, no va asociada a una paralela toma de conciencia sobre la gravedad de las lesiones más que a partir de una cierta edad. Es decir, mientras los más jóvenes de 13-14 años, por ejemplo, relatan accidentes sin que ello les lleve a una expresión de preocupación al respecto y tampoco a una modificación de sus conductas a partir de una cierta edad que cabría situar en torno a los 17-18 años, si parecería desarrollarse una mayor conciencia al punto de que en el grupo de varones de 18-21 años de clases medias de la zona de Alcobendas y San Sebastián de los Reyes, los accidentes y, sobre todo sus consecuencias aparecen como una de las primeras preocupaciones juveniles y como una de las “experiencias” que más les influye en la modificación de sus comportamientos.

*“A mí me da miedo pegarme un talegazo con el coche y quedarme tonto.*

*-Sí, eso sí.*

*-Quedarte vegetal o parapléjico o hemipléjico.*

**ESO OS AGOBIA AHORA.**

*-Si, lo más fácil es pegarte un talegazo con el coche.*

*-Y quedarte inservible.*

**PERO QUEDARTE INSERVIBLE ¿ES POR TENER UN CÁNCER O POR UN ACCIDENTE?**



-Por un accidente.

-Sí, el no valerte por ti mismo, el tener que beber con una pajita y que me lo tengan que hacer todo.

PERO ESE ¿CUÁL SERÍA EL ORIGEN?

-Un accidente.

-Lo más jodido es un accidente, además es que un accidente con el coche lo tienes sin darte cuenta.

-O que te lo den, que te den por detrás.

-Sí, no depende de ti.” (RG. Nº 10. Varones 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).

Como expresa el texto anterior, no deja de resultar significativo en la línea de análisis del texto, que la argumentación desplegada en torno a la preocupación por los accidentes subraye, ante todo, dos cuestiones:

- El azar, la aleatoriedad del mismo.
- Las consecuencias del mismo en cuanto a la génesis de una situación en la que el sujeto no pueda valerse por sí mismo.

Como venimos señalando en varios lugares del texto, la “incertidumbre” es uno de los elementos que más preocupa y más mina la percepción y la valoración del presente y del futuro de los jóvenes. Incertidumbre como presente y horizonte problemático ante la que los jóvenes intentarían responder con la génesis de diversos tipos de estrategias y conductas para su reducción de forma que puedan situar sus vidas en un espacio de mayor autocontrol por su parte.

Los accidentes, por su génesis y posible repercusiones, toca de lleno en el corazón de esta estrategia y re-introduce nuevas dosis de azar e incertidumbre, de falta de control. En su génesis ya que un accidente puede tener lugar, más allá de la propia voluntad y responsabilidad del propio sujeto. Incluso reconociendo una cier-

ta parte de responsabilidad, en caso de beber alcohol y conducir, el discurso mayoritario y dominante sobre los accidentes tiende a situar éstos en el citado espacio del azar, del “no depender sólo de ti”.

*“HABÉIS HABLADO ANTES DE SI BEBO NO CONDUZCO, ¿CÓMO ES ESO?*

*-Pero es que da igual, al fin y al cabo no depende sólo de ti.*

*(Hablan a la vez)*

*-... puedes ir fenomenal...*

*-Hombre, también influye si tú vas bien vas a tener mucha más capacidad de reacción, pero al fin” (RG. Nº 10. Varones 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).*

Por otro lado, en las consecuencias de los accidentes las repercusiones que preocupan no son las fracturas u otros problemas por graves que sean. Como reconocen los jóvenes, éstas se resuelven, más aún teniendo en cuenta la noción de cuerpo “prótesis” que hemos analizado en otro lugar del texto y que conlleva una fácil reparación del cuerpo con la “sustitución”, si se nos permite la expresión, de una pieza por otra, de una parte del cuerpo dañado por otra. Lo que más preocupa son las repercusiones que guardan una estrecha relación con la voluntad y la pérdida de la autonomía del sujeto en caso de tetraplejias e incapacidades.

## 9.2. Las enfermedades más generales

En el ámbito de las enfermedades más generales aparecen mencionados el sida, el cáncer y el alzheimer. Enfermedades que también son inscritas en el mismo ámbito de preocupaciones y problemas señalados anteriormente sobre la incertidumbre y la falta de control del sujeto sobre sus vidas.

Un primer elemento nos señala ya

cómo en este tipo de problemáticas el acento sobre estas dimensiones ha conllevado un cambio en el orden de importancia y preocupación sobre este tipo de enfermedades. En efecto, de forma tradicional, prácticamente a partir de la segunda mitad de la década de los 80 en la que aparece el VIH-sida, la preocupación por el sida ha ganado a la preocupación por el cáncer en las opiniones juveniles. Su mayor cercanía relativa a los propios jóvenes (ya sea mediante el intercambio de jeringas, ya sea mediante la realización de las relaciones sexuales completas sin preservativos con una persona afectada) hacía comprensible esta mayor preocupación juvenil. Su ubicación tan singular en la frontera, en el campo de las relaciones del “endogrupo” al que pertenece el joven con el “exo-grupo” con el que se relaciona, tal como analizamos en el texto de 1996 sobre los jóvenes, reforzaba todavía más esta presencia y lugar central entre los jóvenes madrileños.

Sin embargo, en la presente investigación dicha centralidad del VIH-sida ha sido desplazada por el cáncer en la mayoría de los grupos, a excepción de los dos grupos de inmigrantes y, parcialmente, en el grupo de chicas jóvenes de Chinchón. Desplazamiento del VIH-sida por el cáncer en la mayoría de los grupos y excepciones a dicho desplazamiento, que resultan ser muy significativas de los cambios operados entre 1996 y el 2003 entre los jóvenes madrileños con respecto a su salud, tal como estamos tratando de ir describiendo y analizando en este texto.

En primer lugar, el cáncer parece ganar al sida como preocupación central en los jóvenes madrileños a este respecto en la medida en que los jóvenes tienen más experiencia social y personal del cáncer que del VIH-sida.

*“Es una plaga.*

*-Es que el cáncer, ¿quién no conoce a al-*

*guien que...? Es que... no sé...*

*-Es que las probabilidades son... Nosotras que estamos aquí alguna seguro... Es verdad, es verdad.*

*PERO LAS PROBABILIDADES DE TENERLO...*

*-De tenerlo, yo creo que de tenerlo sí, que son cada vez mayores. Y yo conozco a gente y es que es increíble. De aquí a diez años conoces a un montón de gente que se ha muerto...”* (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media Alta. Majadahonda).

*“Es que es la enfermedad que está al día, no es que sea lo normal, pero vamos, es lo que más se oye. Y lo que no se puede evitar tampoco.”* (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Zona del Corredor del Henares).

Frente a las preocupaciones más centrales por el sida a lo largo de la década de los 90 fuertemente marcadas por el impacto mediático de la enfermedad y por el papel simbólico tan central de la misma en aquellos años, la recuperación del cáncer como preocupación juvenil más central parece responder a su mayor peso en la propia experiencia social de los jóvenes madrileños y al nuevo lugar que ocupa el cáncer en la nueva simbólica, en el renovado mundo simbólico de los jóvenes madrileños acerca de la salud y de la enfermedad, tal como venimos tratando de analizar en este texto.

En segundo lugar y aunque sea de forma minoritaria, mientras en el sida la aparición de los distintos tipos de terapias retro-virales que detienen durante un tiempo el avance de la enfermedad, ha tenido un cierto eco en los grupos de jóvenes.

*“¿EN QUÉ SENTIDO SE PUEDE VIVIR MÁS O MENOS BIEN?*

*-Antes una persona pilla SIDA y se muere, ahora una persona pilla SIDA y si la enfermedad que no se queda latente, que sigue a lo mejor se tiene que tomar 20 pastillas al día pero la vida la hace*

normal.

-No.

-No vive, pero vive, está viviendo, disfruta como tú y como yo.

-Eso no es vida." (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).

En el caso del cáncer, pese a su mayor tasa de curación en muchos tipos de cáncer, sigue existiendo la imagen, la idea de que jamás se puede estar seguro de su curación con lo que la "incertidumbre" se viene a convertir en uno de los ejes de relación con la citada enfermedad.

"Sí, porque aunque por ejemplo te quiten un pecho se va a volver a reproducir. Sí, pues yo tengo un amigo que le detectaron cáncer de garganta, se la quitaron y ahora se la han detectado en las piernas" (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares).

Incertidumbre que, como veremos posteriormente en el apartado del cáncer, se sitúa como nudo gordiano del mundo simbólico en el que los jóvenes madrileños inscriben esta enfermedad en estos años de principio de siglo. Desde este punto de vista, pues, podemos observar cómo tanto la argumentación desplegada por los grupos que subrayan la centralidad del cáncer entre las preocupaciones juveniles, como las excepciones que siguen situando al sida en dicho rol, señalan la existencia de unos mundos simbólicos diferenciales que permiten comprender las razones de la importancia concedida a cada una de las citadas enfermedades.

### 9.2.1. La preocupación por el sida

En primer lugar, empezamos la argumentación por las excepciones: los dos grupos de inmigrantes de clases medias bajas y el grupo de chicas de clases me-

dias de Chinchón. En ambos tipos de grupos, por muy distinto tipo de razones, el sida aparece como una enfermedad muy central en sus preocupaciones.

"¿EL SIDA POR QUÉ OS PREOCUPA?

-Porque ahora según la ciencia no... no te puedes curar.

¿Y OS PREOCUPA POR ESO? ¿PENSÁIS QUE ESTÁIS EXPUESTAS? ¿POR QUÉ?

... si te toca la china por...

-A mí porque no tiene cura, te vas apagando poco a poco y te acabas. Tu vida se acaba poco a poco y al final acabas... Que puedes vivir muchos años con tratamiento, sí, pero sabes que no tiene remedio y te vas a morir. Antes o después" (RG. Nº 6. Mujeres. 16-17 años. C. Media. Chinchón).

"Hay gente que tiene el sida y dice: voy a estar con todos los chicos y todas las chicas para pegárselo.

¿QUÉ?

-Que hay gente que tiene sida y se lo quieren contagiar a otros.

-Sí. Allá en... En el barrio donde yo vivo sí son malos...

-"Voy a acostarme con éste, que éste está enamorado de mí hace años..."

... dicen: "no, yo no tengo el sida", y se lo pega al otro.

-Así se van muriendo unos cuantos.

-Por eso hay que usar precaución.

-Así al menos evitas el peligro, ¿no?" (RG. Nº 3. Mujeres Inmigrantes. 13-14 años. C. Media Baja. Barrios céntricos y del sur de Madrid).

Asimismo, en ambos tipos de grupos el abordaje y la argumentación desplegada para expresar dicha preocupación es muy similar, es homóloga, a la existente y dominante en la juventud madrileña en 1996. Argumentación que, como acabamos de señalar, inscribiría el "sida" como una enfermedad incurable ubicada simbólicamente en las citadas relaciones entre "el

endogrupo” y el “exogrupo”. En el caso de las chicas de Chinchón dichos endogrupos harían mención a una comunidad rural más cerrada y reducida frente al exogrupo de la sociedad urbana más amplia y abierta, en el caso de los citados grupos de inmigrantes el “endogrupo” sería su propia “comunidad” nacional de partida y los “exogrupos” serían las distintas “comunidades exteriores” a la misma.

En este marco de cuestiones, en la investigación realizada sí se ha podido observar también una cierta preocupación por el sida en las edades más jóvenes y en ciertos sectores de clases medias bajas.

*“El sida... Bueno, el sida sí. Ahora ya sí. Ahora ya sí es más normal (que lo haya).  
-Pero tampoco en nuestra edad. No sé.  
-El sida. En el sida sí que no se encuentran casos que la gente salga adelante”*  
(RG. Nº 4. Mujeres. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)

Sectores que por su propia situación generacional y social tienen el mundo relacional, las relaciones con el “otro” como una de sus categorías vitales más básicas y con ello una cierta preocupación por las posibles enfermedades inscritas en dicho ámbito.

### *9.2.1.1. La preocupación por el sida en los jóvenes inmigrantes*

En el contexto de esta argumentación quizás sea interesante detenerse un momento en el caso de los dos grupos de jóvenes inmigrantes ya que las opiniones de los mismos a este respecto revelan unos grados de desinformación mucho mayores que los que puedan existir en el resto de los jóvenes madrileños y, sin embargo, sus comportamientos sexuales presentan, como veremos más adelante, unas elevadas dosis de riesgo a este respecto. En

este sentido cabría decir, que las opiniones vertidas por los dos grupos, sin ser conclusivas de la situación de los jóvenes inmigrantes de Madrid, sí apuntan toda una serie de rasgos y perfiles sobre la enfermedad que recuerdan, en gran medida, a la información y a las creencias que podrían existir en el conjunto de jóvenes madrileños a finales de los años 1980 y primeros de los 1990.

Es decir, disponiendo de ciertas informaciones parciales relativas a la existencia de un conjunto de terapias y de intervenciones médicas inexistentes en aquellos años...

*“Ya, el sida porque vamos, no se cura ni con..., ni con remedio de nada.*

*¿TAMBIÉN A TI?*

*-Aunque tú lo tengas ahí tomando pastillas, y lo tengas ahí...*

*-Y duras poco, ¿eh?*

*-Ya. Puede que te den unos medicamentos para que te... para que dures.*

*-Menos de tres meses.”* (RG. Nº 3. Mujeres Inmigrantes. 13-14 años. C. Media Baja. Barrios céntricos y del sur de Madrid)

...la imagen de la enfermedad, como expresa el propio texto anterior, sigue estando asociada a la imagen de una muerte rápida e inevitable con un evidente y expresivo deterioro físico como puede ser “la caída del pelo” y la “delgadez” extrema.

*“Yo tuve un amigo que murió de sida...*

*¿QUIÉN TIENE?*

*-Yo tuve un amigo que murió de sida. Era gordo y...*

*-Y flaco se murió. Flaco, flaco.*

*-... y se enflaqueció todito, se quedó en los huesos. Cuando una vez fue que amaneció muerto.”* (RG. Nº 8. Varones inmigrantes. 15-17 años. C. Media baja. Colombia y otros países andinos)

*“Que es una enfermedad venérea.*

-Que es una enfermedad que se desarrolla al tiempo. Cuando uno menos piensa ya le está desarrollando, se le desarrolla y empieza ya a comerse los glóbulos y todo.

¿QUÉ IDEA TENÉIS VOSOTROS DEL SIDA?

-De que es una enfermedad letal.

-Si uno tiene el sida ahí se queda muerto.

-O sea, si ya tiene el sida...

-Lo va matando lentamente. De todas maneras ya sabe que se va a morir." (RG. Nº 8. Varones inmigrantes. 15-17 años. C. Media baja. Colombia y otros países andinos)

"Yo creo que la persona que tenga ansiedad lo pasa mal porque... Bueno, hay gente que te apoyan, pero las personas... Por ejemplo tú lo tienes y te estamos apoyando: no, que eso... Resiste, ten fe que no sé cuántos. Uno es bueno... es decir, pero tú no sabes lo que tú tienes, esa enfermedad. Que después se te cae el pelo, que si lo otro, que ya después piensas que te vas a morir... Hay gente que se mata.

¿CONOCÉIS A GENTE QUE TENGA SIDA O QUE ESTÉ...?

-Yo no.

-Yo conocí uno.

-Yo... Allá en... (¿?)" (RG. Nº 3. Mujeres Inmigrantes. 13-14 años. C. Media Baja. Países de la Zona del Caribe)

Imagen de una enfermedad relativamente transmisible por toda una serie de vías, las relaciones sexuales completas y sin protección, desde luego, pero también por muchas otras vías erróneas como puede evidenciarse en los siguientes textos.

¿PERO CREÉIS QUE EL SIDA ES... QUE PODÉIS CONTAGIAROS DEL SIDA FÁCILMENTE, O...?

-Depende de cómo tengas las defensas.

-Por ejemplo, tú te cortas o algo, y ya tie-

nes miedo a tocar a alguien o algo. No sé, y yo..." (RG. Nº 3. Mujeres Inmigrantes. 13-14 años. C. Media Baja. Países de la Zona del Caribe)

“¿Y SABÉIS CÓMO SE TRANSMITE?

-Sí.

-Claro, por relaciones sexuales.

-Por relaciones sexuales, ¿no?

-Y por saliva y tal; por muchas cosas.

-No, pero por saliva yo creo que no.

-NO, POR SALIVA NO SE TRANSMITE.

-... (¿) contacto con sangre.

-Ah, sí, con sangre.

-O sea, por el cepillo de dientes pues también..." (RG. Nº 8. Varones inmigrantes. 15-17 años. C. Media baja. Colombia y otros países andinos)

En este sentido, ambos grupos expresan un evidente desconocimiento de la enfermedad del sida y de sus vías de transmisión, de los propios medios de prevención, más allá de la mención genérica a los “preservativos” que, por otro lado, como veremos más adelante, no suelen utilizar en sus relaciones sexuales completas. De hecho, no dejan de ser significativas las tres menciones señaladas sobre la reacción ante la enfermedad:

- Aquellos que, se dice, la transmiten a sabiendas de lo que hacen.
- Aquellos que por miedo a contagiar a otro, se inhiben del mantenimiento de las relaciones sexuales.

“Si tienes el sida no puedes... hacer cosas. Ya no... Si tienes el sida no sé, no puedes... Por miedo a contagiar a la gente..." (RG. Nº 3. Mujeres Inmigrantes. 13-14 años. C. Media Baja. Países de la Zona del Caribe)

- Aquellos que conociendo de la existencia del sida en su entorno personal, siguen sin utilizar el preservativo.

Son tres tipos de reacciones que, en ningún caso, señalan la medida más fácil y eficaz, la medida que permite seguir manteniendo una vida afectivo-sexual sin riesgo: la utilización del preservativo.

De ahí, la importancia desde el punto de vista de la promoción de la salud de pensar ya en estos colectivos, como uno de los segmentos prioritarios para la intervención educativa. No deja de ser significativo que, en el caso de los varones, al final de la dinámica de grupo se transformara en una serie de preguntas al coordinador acerca del sida y de sus vías de transmisión y de los posibles riesgos asociados a distintas prácticas sexuales: el sexo oral, al anal, a ciertas caricias, etc.

### 9.2.2. La preocupación por el cáncer

La mayor preocupación por el cáncer en relación al sida en las mayorías centrales de los grupos realizados responde, a su vez, a nuestro juicio, al cambio operado en este tipo de preocupaciones de un modelo simbólico esencialmente preocupado por la crisis del vínculo y los procesos de relación con los “otros” y, en su defecto, por las “adicciones” y las conductas compulsivas, a un modelo simbólico en el que aparece con fuerza la cuestión de la incertidumbre y la necesidad más social y personal por parte de los jóvenes de hacerse con el control de sus vidas, en especial conforme la edad de los adolescentes y jóvenes avanza. Como subrayan los grupos, más allá de las posibles tasas de mortalidad asociadas a una y otra enfermedad, lo verdaderamente preocupante es lo que cada sujeto puede hacer o no, para evitarlo, para enfrentarse a ello, para superar la enfermedad. Mientras el sida se puede evitar con unas medidas de precaución, el cáncer, “eso no lo evitas”.

*“No es que tenga más miedo a una u otra, porque lo mismo el sida, que el cán-*

*cer, que tal, puedes morirte de todas las formas.*

*-Pero a lo mejor el sida lo puede evitar más, pero el cáncer...*

*-Claro.*

*-Eso no lo evitas” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

Más aún, cuando nuestra sociedad conlleva por sus formas de vida y de alimentación, por sus formas de trabajo y de producción, toda una serie de elementos que indirectamente se sitúan como razones de un posible desarrollo del cáncer sin que, al mismo tiempo, sujeto no sólo no pueda hacer nada por evitarlos, como no ha dejado de subrayar el grupo más distante y crítico con la actual sociedad urbana, el grupo de chicas jóvenes de Chinchón.

*“¿Y EL CÁNCER POR QUÉ OS PREOCUPA?*

*-Pues lo mismo, porque últimamente es una de las enfermedades que más... que la gente...*

*-Y todo produce cáncer, y todo... todo lo que haces en tu vida habitual o casi todo lleva lo mismo, o cáncer de piel o cáncer de... no tomes el sol porque te da cáncer de piel, no fumes porque puedes tener cáncer. Es como todo...*

*-Claro.*

*-Todo está mal en ese sentido.*

*¿TODO ESTÁ MAL?*

*-Todo te produce algo malo.*

*-Tú puedes ser una persona que no fumes en tu vida, no bebas en tu vida y tengas cuidados y sin embargo yo qué sé, pues... la china te puede tocar a ti. Si fumas y bebes tienes más riesgos, es que es eso, pero te puede tocar la china igual.” (RG. Nº 6. Mujeres. 15-17 años. C. Media. Chinchón)*

Como venimos subrayando en estos capítulos más centrales de la obra y de

forma parcialmente parecida al caso de los “accidentes”, la argumentación desplegada para ratificar la importancia del cáncer en relación con el sida señala precisamente la “aleatoriedad”, el azar en su origen y la incapacidad por parte del sujeto de llegar a controlar verdaderamente su desarrollo. Más allá, incluso, que el posible número de cánceres verdaderamente curados, más allá de que muchos cánceres se curan frente a la no curación del VIH-sida, los grupos mayoritariamente construyen una argumentación, inscriben al cáncer en un mundo simbólico marcado por las cuestiones que más parecen preocupar hoy a los jóvenes madrileños: el azar, la incertidumbre y la falta de control de un proceso que, además, se produce en el interior del propio organismo sin una relación directa y monocausal con el exterior.

*“...como hay tantos, o sea, no sabes si por cualquier tontería... Como no sabes lo que...”*

*“...”*

*-Lo que hay dentro... ¿Sabes?, pasa dentro, ¿sabes?, que... (¿) dentro, entonces... No sé, que a lo mejor... Claro, yo pienso: es que a lo mejor puedes tenerlo pero en principio... (¿) y que a lo mejor es tarde. O sea... Es algo de eso, ¿sabes?*

*-Puedes tenerlo, no tenerlo desarrollado y que se empieza a manifestar tarde; o no darte cuenta, simplemente, ¿no? Pero yo creo que el cáncer es lo que más me preocupa, porque es que es lo que tú dices, hay de todo tipo...*

*¿CUÁL?*

*-El Sida.*

*EL SIDA.*

*-No tanto quizás porque yo qué sé, tienes como menos posibilidades de... O sea, a la vez tienes menos pero también tienes, ¿sabes?, entonces no sé, yo creo que también me preocupa un poco el sida” (RG. Nº 5. Mujeres. 15-17 años. C.*

*Media Alta. Majadahonda)*

*“... pero vamos, es lo que más se oye. Y lo que no se puede evitar tampoco.*

*-Sí, porque aunque por ejemplo te quiten un pecho se va a volver a reproducir. Sí, pues yo tengo un amigo que le detectaron cáncer de garganta, se la quitaron y ahora se la han detectado en las piernas.*

*-Es igual.*

*-Pero es una cosa que no dices voy a evitar hacer esto y voy a evitar hacer lo otro para no tenerlo. No, es que es una cosa que sí te viene, te viene y no lo vas a poder evitar. Como no han encontrado solución... claro... (¿?) Te entra una neumonía, un sarampión y... antes de que se te complique mucho dices hay solución, pero el cáncer no tiene solución equis y no lo puedes evitar.*

*-Es que te mata poco a poco, te está matando y lo sabes encima. Y es la impotencia, encima no puedes hacer nada” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media baja. Corredor del Henares)*

*“El cáncer. Es una cosa que aparece cuando menos te lo esperas, además sin motivo a lo mejor” (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)*

*“A TI TE AGOBIA EL CÁNCER, ¿POR QUÉ?*

*-Porque es una cosa que no sabes cuando te va a aparecer, a lo mejor eres la persona más sana del mundo te aparece un cáncer de hígado o de riñón y sin saber ¿por qué? Te lo preguntas, ¿por qué me ha salido a mí un cáncer y no le sale a otra persona? Es que lo piensas, hay tanta gente en el mundo y me tiene que salir a mí.*

*“... a lo mejor el sida lo puedes evitar más, pero el cáncer...”*

*-Claro.*

*-Eso no lo evitas.*

*-Cualquier punto que te ves y... (¿?) yo tenía bultos en los pechos, pero era porque te salen... me dijo la psicóloga que sí, pero... (¿?) que era normal, pero yo*

*preocupada porque decía, joder, a ver si voy a tener algo y siempre te preocupa.*

*-A mí es que eso me aterroriza.*

*-Es que es la enfermedad que está al día, no es que sea lo normal..." (RG. Nº 10. Varones. 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes)*

Conjunto de textos producidos por distintos grupos de edad, perspectiva de género y situación social que redundan en el citado conjunto de aspectos ya señalados. Abordaje juvenil específico del cáncer que todavía puede ser más subrayado si se compara la citada construcción simbólica, con la desarrollada por las mujeres, por

las generaciones de "madres" de estos grupos de jóvenes en la investigación realizada en el año 2000 sobre la misma problemática de las "Representaciones Sociales sobre la Salud". En dicha investigación, el cáncer también superaba al sida como preocupación central, pero la argumentación desplegada vinculaba el desarrollo del cáncer, de mama y útero, principalmente, con la cuestión de la construcción de la "feminidad" y con la "mortalidad". Sin embargo, en el caso de las jóvenes, como hemos podido observar en los textos anteriores, además de su posible mortalidad, se subraya el azar, la aleatoriedad en su génesis e, incluso, en su desarrollo, la falta de control del sujeto,





su “impotencia” al respecto como si el cáncer privase al sujeto de la capacidad de ser dueño, de controlar su propia vida. Cuestión que, como venimos señalando en el texto, aparece en la actualidad como una cuestión central en sus discursos.

De hecho y hasta cierto punto, toda la argumentación desplegada por los jóvenes viene a hacer del “cáncer” una especie de gran “frustración”. En un mundo y en unas edades en las que se puede todo, el cáncer recuerda que esto no es así... que el ser humano, que el adolescente es finito y vulnerable.

Conjunto de argumentos relativos al sida y al cáncer que permiten visualizar en ambas enfermedades el gran cambio operado en los jóvenes madrileños en estos últimos 8-10 años en lo que se refiere a las principales preocupaciones y dimensiones simbólicas en las que inscriben sus preocupaciones sobre la salud y la enfermedad, tal como tratamos de resumir en el gráfico de la página anterior.

### 9.2.3. El Alzheimer

Por último, las menciones más minoritarias al Alzheimer pero igualmente muy significativas por proceder de unos jóvenes biológicamente muy alejados de dicha enfermedad, no deja de reforzar la argumentación señalada de la recuperación del “futuro” como una preocupación, de nuevo, central en los jóvenes y la centralidad que tiene en su actual campo de preocupaciones todas aquellas cuestiones relativas al “control” sobre sus propias vidas subrayando al máximo los marcos de “incertidumbre”, por un lado, y de “dependencias”, por otro, en los que se inscriben mayoritariamente sus vidas.

*“A mi el Alzheimer. Yo tengo poca memoria y me agobia, digo de mayor Alzheimer perdido” (RG. N° 10. Varones 18-21 años. C. Media. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes).*



## **TERCERA PARTE:**

# **LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS**



# La educación para la salud de los adolescentes y jóvenes madrileños

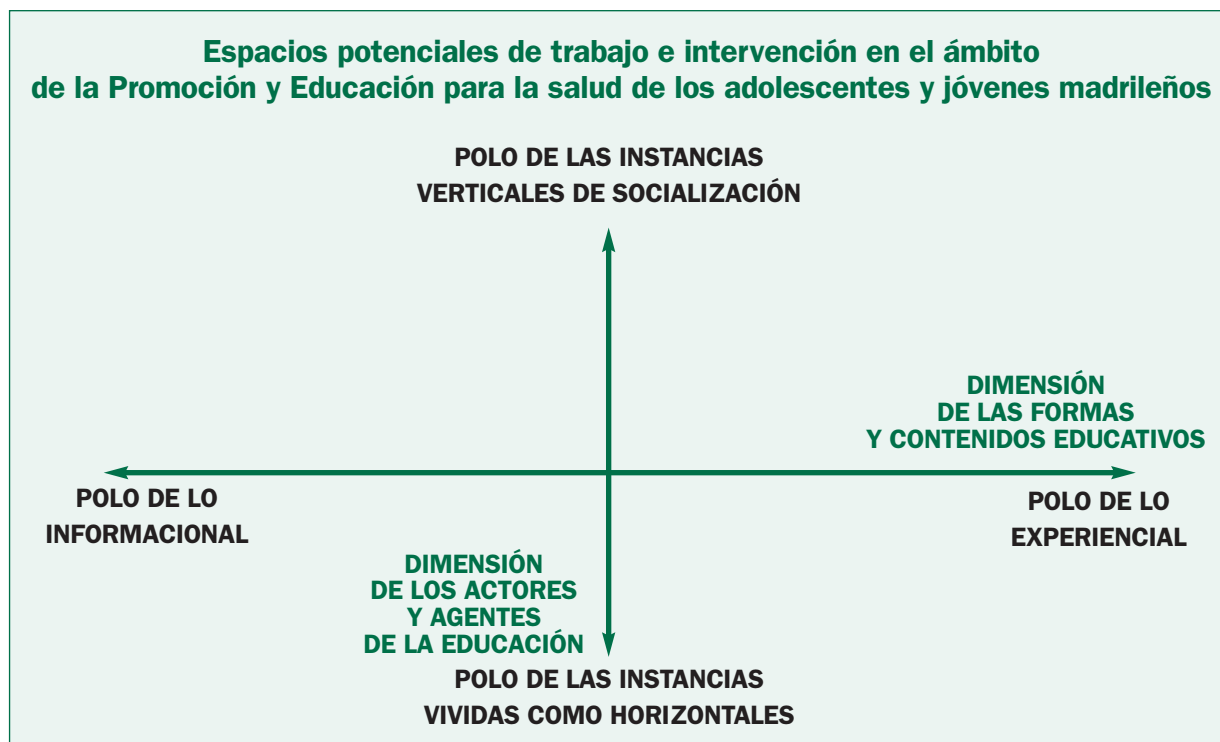
Una vez presentados el conjunto de aspectos relativos a las concepciones sobre la salud y a la evolución de las representaciones sociales al respecto entre 1996 y el 2003, en esta tercera parte de este primer volumen destinado a presentar los resultados más generales de la investigación, vamos a centrarnos en la presentación de aquellos resultados que son más relevantes de cara a la promoción y a la educación para la salud de dichos jóvenes. Conjunto de aspectos que, a tenor del conjunto de opiniones producidas en la investigación, vamos a tratar de presentar en función del juego, de la interacción de dos dimensiones básicas:

- La relativa a lo que podríamos llamar el actor o agente de la socialización y de la educación del adolescente y del joven.
- La relativa a las formas particulares, a los modos concretos, a los contenidos y medios que se utilizan tendencialmente por cada uno de dichos actores en la actividad de la socialización y educaciones juveniles.

La primera dimensión va a hacer referencia, pues, al conjunto de instancias de socialización y educación adolescentes y juveniles (familia, sistema escolar, amigos...). La segunda dimensión va a subrayar especialmente la diferencia entre un tipo de educación basada preferentemente en las dimensiones más informativo-cognitivas de los sujetos y otro tipo de educación más integral centrada preferentemente en el plano más experiencial de la vida de los jóvenes. Señalamiento de una cierta polaridad entre la mera información y la inmersión en una cierta experiencia propia al respecto, que nos ha parecido cardinal a la luz de todo lo analizado anteriormente y ante el tremendo contraste que parece existir entre unos modelos educativos, el familiar, en primer lugar, que en la práctica parece negar la experiencia autónoma juvenil en aras a una protección, a un evitar el daño, etc., la necesidad de experimentar, de vivir, de buscar sus límites por parte de los jóvenes en las más diversas facetas de la vida.

Desde ambos puntos de vista, pues, podríamos desde un principio tratar de visualizar el espacio de trabajo que vamos a desarrollar en este apartado del informe a

partir de la representación en un mapa o gráfico construido a partir de la articulación de dichas dimensiones, tal como puede observarse en el mapa adjunto.



Espacios de trabajos de la promoción y educación para la salud que vamos a tratar de presentar y de desarrollar a partir de los ejemplos señalados en los grupos en especial en lo relativo a los campos del consumo de drogas y de la educación afectivo-sexual, en la medida que son los campos que más ejemplos han producido y que constituyen los temas de mayor preocupación del Instituto de Salud Pública, tal como figuraba en las bases de la convocatoria de esta investigación.

abordando en esta última parte del informe, la existencia de un conjunto de instancias e instituciones de socialización de la juventud que juegan un papel determinante en su educación desde los más diversos puntos de vista. De una forma muy sintética y reductora, cabría señalar la existencia de seis grandes espacios e instancias de socialización de las nuevas generaciones de madrileños de particular interés por su incidencia en el conjunto de creencias, de actitudes, de comportamientos de las mismas ante la cuestión de la salud.

### **1.1. Las principales instancias de socialización y de educación de los adolescentes y jóvenes**

Es un lugar común en toda la literatura acerca de la problemática que estamos

- El marco normativo y legislativo general del país en general y de la Comunidad de Madrid en particular.
- El sistema educativo formal, es decir, el sistema escolar.
- La familia.

- Los amigos y los grupos de pares en general.
- Los medios de comunicación de masas.
- El ambiente social más general al que se hace referencia con la denominación de “sociedad”.

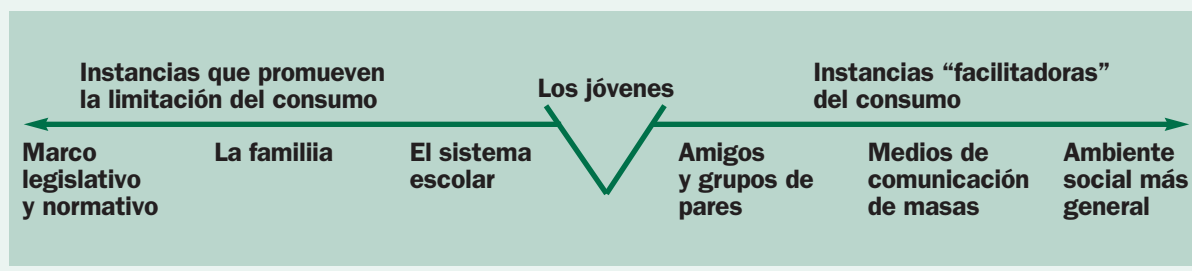
Es evidente que en las decisiones y pautas de conducta adolescentes y juveniles influyen más mediaciones sociales, por ejemplo, en la obra *“Los hijos de la desregulación”* subrayamos la influencia del espacio urbano y de la temporalidad semana/fin de semana en la configuración del consumo, de la misma forma que también hay factores de la personalidad de cada joven que facilitan, que ayudan a comprender su decisión en relación a uno u otro tipo de comportamientos, que ayudan a entender las distintas reacciones personales ante el mismo entorno y unos estímulos muy similares.

Ahora bien, dados los objetivos de esta investigación y los principales destinatarios y potenciales lectores de la misma, parecería adecuado centrarse en el análisis de la incidencia de estas instancias de socialización en la medida que en ellas se produce, en lo fundamental, la génesis de unos modelos y pautas educativas cuyo conocimiento y comprensión es clave para abordar una buena estrategia de Promoción y de Educación para la Salud en los jóvenes madrileños.

### 1.1.1. Una distinción inicial

En primer lugar, y siempre desde el punto de vista de los propios jóvenes, cabría señalar que dichas seis instancias de socialización, expresado siempre en unos términos generales que iremos matizando en la medida de lo posible, parecen inscribirse en unos modelos de relación con los jóvenes muy diferenciados de unos a otros casos, en unos modelos de relación que tanto por la estructura de los mismos, como por los mensajes y pautas de educación que transmiten parecen orientarse en direcciones prácticamente opuestas. **Las leyes, la familia y el sistema escolar tenderían en general y en lo explícito a limitar, a condenar, a prohibir el consumo de alcohol y de otras sustancias estupefacientes, tenderían a limitar al máximo los llamados comportamientos de riesgo entre los jóvenes, tenderían a “protegerles” del entorno y, a veces, de sus propios excesos.** Sin embargo los amigos, la acción de los medios de comunicación y el “ambiente social” más en general podrían entenderse como “facilitadores” de muchos de esos comportamientos y modalidades de consumo. De esta forma, tal como tratamos de representar en el esquema adjunto, parecería que cada joven concreto y singular, se encuentra inscrito en una especie de tensión y conflicto de fuerzas en el que unas instancias parecen presionar hacia un lado y otras hacia el lado contrario.

#### Esquema de las principales instancias de socialización juvenil en relación al consumo de alcohol y a otras conductas juveniles relativas a la salud



Al menos desde el punto de vista de los jóvenes, dicha primera división de las citadas instancias de socialización parece clara. Las leyes, (en la memoria de todos en Madrid está muy presente la llamada Ley contra el botellón), los padres y el sistema escolar tienden a generar una posición y un discurso que formalmente tiene en la limitación del consumo, en unos casos, y en la prohibición directa en otros, uno de sus objetivos educativos fundamentales. Esta sensación juvenil, esta imagen es tan clara que la expectativa juvenil al respecto es que prácticamente toda opinión, orientación, norma procedente de dichas instancias va a estar siempre marcada, de forma repetitiva y redundante, por un tipo de mandato negativo en relación con una gran parte de los posibles comportamientos juveniles que pueden desarrollarse a este respecto.

En la dirección contraria se orienta en la opinión y creencia de los jóvenes, la incidencia de las otras tres instancias mencionadas. Amigos, medios de comunicación y “ambiente social” en general aparecen como espacios que facilitan, que presionan, hasta cierto punto, hacia el consumo de alcohol y, también de una forma más implícita o explícita hacia el consumo de otras sustancias, hacia el desarrollo de uno y otro tipo de conductas de riesgo, a la iniciación de relaciones sexuales cada día más tempranas, etc. La publicidad presiona, el “ambiente social” influye pero, según la declaración de los propios jóvenes, parecería que sería el grupo de amigos en particular y el grupo de pares en general quiénes más directamente incidirían en la promoción de actitudes y conductas más o menos saludables.

*“Influyen mucho las compañías. Porque*

*mi hermana empezó a irse, mi hermana tiene dieciséis años y mi hermana fuma porros. ¿Yo qué hago? Por mucho que se lo diga a mis padres, por mucho que se lo prohíban lo va a seguir haciendo. Pero, ¿por qué? Mi hermana antes no lo hacía, porque iba con un grupo de chicas majísimas que alguna fumaba, pero fumaba tabaco y no bebía. Pero ahora se ha juntado con un grupo de gente que no, es que no, son gente que fuma porros pero con catorce años y con trece años. Que se ponen pedo, que se meten de todo y es que le influye mucho, es que a ella le influye mucho y yo lo sé. Bueno, por mucho que la diga no me va a hacer caso. Y me tiene a mí de ejemplo, que ella sabe que yo no bebo, que ella sabe que yo no fumo. Pero bueno...”* (RG. N° 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media-Baja. Corredor del Henares)

Influencia de las compañías reconocida por los jóvenes de todas las edades pero especialmente subrayada por su carácter teóricamente más negativo por las generaciones más adultas, (Conde, 2002).

La incidencia de unas y otras instancias de socialización goza, además, de lo que podríamos llamar una legitimidad muy diferencial ante los ojos juveniles. En efecto, las leyes de los Gobiernos, los padres y los profesores en las escuelas suelen percibirse y valorarse como instancias adultas que desarrollan un modelo de relación asimétrica, jerárquica y vertical hacia los jóvenes, más basado en la posición más clásica del ejercicio del poder y/o de la autoridad<sup>37</sup> que en otro tipo complementario de fuentes de credibilidad y de persuasión.

Mientras que, por su parte, las otras instancias mencionadas se viven por parte de los jóvenes como situadas en un plano de relación más simétrica, más democrática, más horizontal en la que el joven se ve

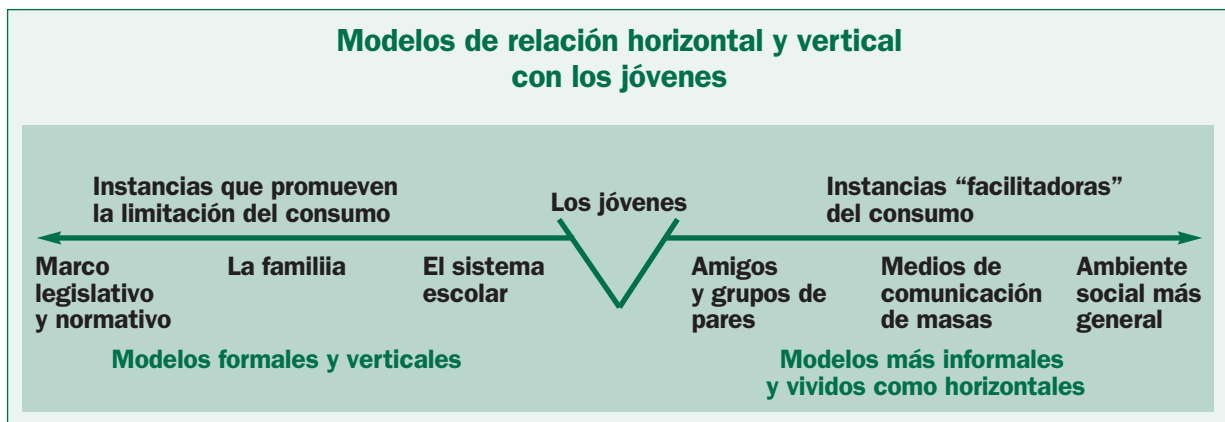
---

<sup>37</sup> En “La mirada de los padres” (Conde, 2002) hemos diferenciado entre las relaciones de poder y las de autoridad en el seno de la familia, subrayando la confusión existente a este respecto y cómo las verdaderas relaciones de autoridad fomentan la autonomía y responsabilidad de los hijos.



más reconocido como tal en su singularidad en el marco de una relación más igualitaria. En el caso del grupo de pares dicha caracterización parecería no ofrecer ninguna duda. Sin embargo cabría pensar que la relación con los medios de comunicación podría ser caracterizarse como “vertical” y más unidireccional como hacen, por ejemplo, los teóricos de los modelos de comunicación más tradicionales basados en el esquema del estímulo-respuesta. Ahora bien, la naturalización de dichos medios en

nuestra sociedad, su masividad, su presencia en casi todas las instancias de la vida, su capacidad de impregnar, como el “ambiente social”, todos y cada uno de los espacios y de los momentos de la vida juvenil, y, sobre todo, la propia vivencia de los mismos por parte de los jóvenes permitiría situarlos, con ciertos matices, del lado de los medios de socialización vividos de forma más horizontal por parte de los jóvenes, tal como tratamos de sintetizar en el siguiente esquema.



Diferenciación que resulta muy importante no sólo porque en la actual situación social y cultural, los modelos informales y horizontales tienen más legitimidad entre los jóvenes que los modelos más formales y verticales, sino porque ambos tipos de modelos tienen una diferente traducción en lo que podríamos llamar la esfera de la inculpación y de la responsabilidad de unos y otros agentes inscritos en los citados modelos de relación.

En efecto, los citados modelos formales y verticales permiten una modalidad de inculpación más directa por parte de los jóvenes en el sentido de poder visualizar más claramente el origen de una determinada opinión y norma, mientras que en el caso de los citados modelos más informales y horizontales la modalidad de inculpación es mucho más difusa al no existir un actor, un agente claramente iden-

tificable como productor de opiniones y normas. De hecho, en este segundo caso, la modalidad de inculpación, cuando se produce, es mucho más ambigua, “los amigos”, los “medios”, “el ambiente” que puede llegar a incorporar en dicha denominación al propio sujeto, al propio joven ajeno inicialmente a dicha instancia.

*“Yo te digo casi siempre, casi siempre. Llegas a un grupo que, a lo mejor, son diez personas, y las diez personas se meten lo que sea, casi siempre lo acabas probando, por lo menos probando.*

*-Siempre dices, para alternar con ellos me voy a meter.” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media-Baja. Corredor del Henares)*

En una línea prácticamente opuesta a la anterior se producen las vivencias de la responsabilidad personal en relación a la propia

vida y a las decisiones que se adoptan en la misma. Mientras la imagen dominante sobre las instancias más formales y verticales es que éstas tienden a la hiper-protección del joven frente a la potencial peligrosidad de su entorno (Conde, 2002) dificultando su crecimiento, su autonomía y su responsabilidad personal. La imagen dominante con respecto a las instancias de socialización más informales y horizontales es que en la relación con ellas, el joven sería más autónomo y responsable en sus decisiones.

## 1.2. Las principales formas y contenidos de la educación transmitida

En una cierta relación tendencial con las distintas instancias de socialización y educación señaladas anteriormente, se sitúa lo que podríamos denominar los modos y contenidos educativos que se desarrollan en cada una de ellas. Es decir, las pautas de educación que se desarrollan en cada una de dichas instancias, el conjunto de contenidos educativos que dichas instancias vehiculan podría interpretarse como un conjunto de contenidos que interpelan a los jóvenes desde las dimensiones más estrictamente informativas, cognitivas, sin que se movilicen otras dimensiones su vida a las dimensiones ubicadas el polo opuesto de la interpelación más experimental en el que sí se movilizan la totalidad de los planos de la personalidad del joven y en el que éste tiende a vivir por sí mismo, a hacer suya dicha pauta educativa.

Los jóvenes se refieren de forma muy distinta a uno y otro polo de la citada modalidad de interpelación. En el caso del polo estrictamente informativo-cognitivo, los grupos subrayan que los padres y los profesores por ejemplo, “les hablan” de tal o cual tema. En el segundo caso, los jóvenes se-

ñalan sus propias experiencias, sus propias vivencias, sus propios errores y aciertos, pudiéndose reconocer, incluso, la propia validez de los consejos paternos dados anteriormente, previos y al margen de las experiencias vitales que en dicho momento puedan estar viviendo los jóvenes.

*“Y para ti son un mundo los problemas que te pasan, y claro, según va pasando el tiempo o los años ves que no, que no es tan difícil como tú pensabas. Pero ahora es cuando te van pasando los problemas, las cosas y re vas dando cuenta mejor de lo que te van diciendo cuando eres pequeño, que te dan consejos, que tus padres que siempre están encima de ti, y ahora es cuando te das cuenta. Yo por lo menos me doy cuenta ahora de lo que mis padres me dicen” (RG. N° 6. Mujeres. 15-16 años. C. Media. Chinchón)*

División entre un modelo de educación para la salud más unilateralmente concentrada en las dimensiones más estrictamente informativas o más integral y cercana a la experiencia del joven y capaz de movilizar más dimensiones del mismo que, desde otro punto de vista, desarrollaba uno de los profesionales entrevistados al sugerir que los actuales programas de la educación para la salud estarían mayoritariamente centrados en el aspecto “cognitivo” sin abordar y trabajar otras dimensiones igualmente esenciales para llevar a buen puerto la tarea de la educación para la salud<sup>38</sup>.

*“... lo que creo, vamos, que se debe de hacer desde un punto de vista de educación para la salud es que sí..., es trabajar siempre los tres elementos: el elemento cognitivo, el elemento afectivo y el elemento digamos práctico de competencia,*

---

<sup>38</sup> A este respecto puede leerse también “Adolescencia: Consumo de Alcohol y otras drogas”, José P. Espada y otros autores en “Papeles del Psicólogo” vol. 23, nº 84. Enero-Abril, 2003.

de habilidad, ¿no? Entonces los programas deberían de tener por lo menos esos tres elementos, ¿sabes? Y la mayoría de los programas pues tienen elementos cognitivos; darles información... Alguno lleva a trabajar alguna actitud, pero en general pocas, ¿no?, y trabajar mucho; eso ya lo viene también diciendo Marina, ¿no?, el tema de trabajar mucho más la educación sentimental, que al fin y al cabo es un elemento de motor, ¿no?

¿QUIÉN ES MARINA, PERDONA?

-José Antonio Marina.

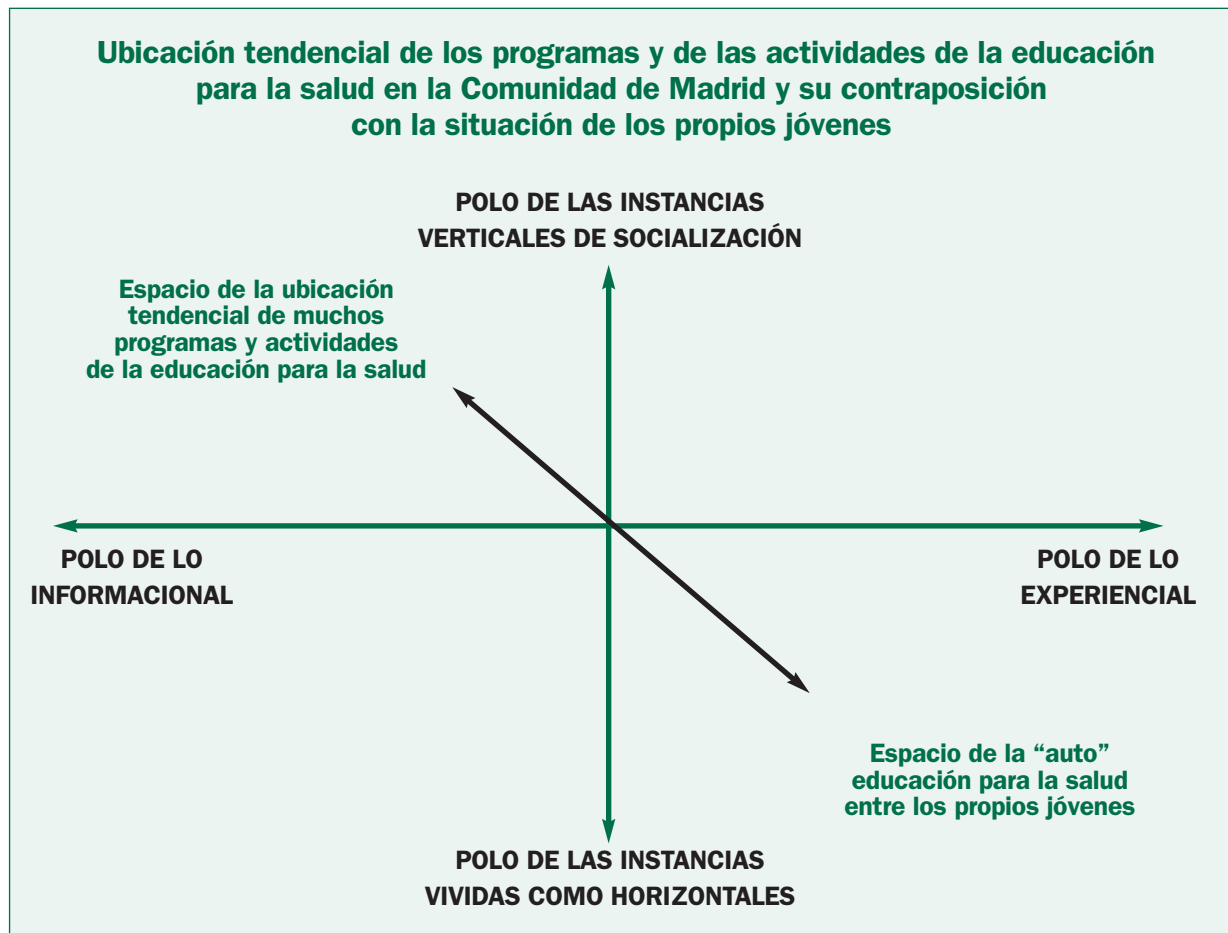
AH, JOSÉ ANTONIO MARINA.

-Todo el tema de... del análisis de la teoría de..., irracional de Ellis, que bueno, que es el otro elemento que es: si quieres trabajar con los chavales tienes que trabajar las creencias" (Entrevista Prof.)

Modelos educativos que subrayando uno y otro aspecto obtendrían unos y otros

resultados, como cabe deducir del conjunto de grupos realizados y como señalan los propios profesionales entrevistados.

Pues bien, en este marco, tal como apuntaba el anterior texto del profesional entrevistado y tal como sugieren la práctica totalidad de los grupos realizados, parecería que la mayoría de los modelos de educación para la salud que se desarrollan en las familias y en el sistema escolar madrileño estarían ubicados en lo que se podría caracterizar como uno de los espacios más negativos de los cuatro posibles espacios que hemos visualizado anteriormente en relación a esta cuestión, es decir, en el espacio caracterizado por la "verticalidad" de las relaciones establecidas y por la dimensión reductoramente informativa de la educación transmitida, tal como tratamos de visualizar en el mapa adjunto y analizaremos en los capítulos siguientes.



## La educación para la salud en los centros escolares

Uno de los objetivos centrales de la investigación era analizar cómo se desarrolla la educación para la salud en los centros escolares de cara a evaluar la posibilidad de introducir mejoras en el desarrollo de dicho campo de trabajo. Con independencia de que más adelante, veamos más detenidamente las posibles propuestas de mejora al respecto, en este epígrafe vamos a centrarnos en la presentación de las opiniones grupales producidas en el transcurso de la investigación.

La primera cuestión a subrayar es que la problemática de la educación para la salud en los centros escolares no surge de forma espontánea en ninguno de los grupos realizados. Hay que preguntar específicamente por esta problemática para que los grupos opinen al respecto. Situación grupal que expresa el escaso interés que genera esta problemática entre los jóvenes madrileños y también, posiblemente, la escasa presencia y fuerza en la vida de los jóvenes de las actividades de educación para la salud que se desarrollan en el sistema escolar madrileño.

La demanda a los grupos para que opinen de estos temas, posibilita varios tipos de valoraciones y de análisis al respecto.

En primer lugar, conviene subrayar que el recuerdo de los asistentes sobre la existencia de este tipo de actividades en sus centros escolares es más bien escasa como si, en realidad, no se realizaran de forma más o menos regular este tipo de actividades de educación para la salud en los distintos centros en los que estudian los asistentes a los grupos. En este sentido, comparando con las impresiones cualitativas de estudios realizados años anteriores, parecería que la presencia de la educación para la salud en los centros escolares hubiese disminuido con el paso del tiempo en las edades representadas en la investigación. Disminución de su presencia cuantitativa en los mismos que también iría asociada a un menor impacto cualitativo en la reflexión adolescente y juvenil, a tenor del conjunto del material producido en la investigación.

En segundo lugar, conviene señalar que dicha disminución de la presencia de la edu-

cación para la salud en estas edades parecería producirse tanto en los centros públicos, como en los centros privados y concertados. La única diferencia tendencial entre unos y otros tipos de centros es que en los colegios privados y en algunos concertados, la cuestión de la sexualidad parecería más excluida de los contenidos de la educación para la salud o, al menos, contar con mucha menos presencia que en los centros públicos. Al menos a tenor de lo recogido en la investigación, los centros privados y algunos concertados darían más entrada en sus cursos a la educación vial, a la alimentación que al tema de la sexualidad. Como señalan en algún caso las chicas presentes en los grupos, los temas de educación afectivo-sexual serían un tema menor que, en el mejor de los casos se deja para el final de curso y que, en última instancia, acaba por no realizarse.

*“Religioso. Pasan del tema... O sea, lo dejan para lo último: ya lo daremos al final de curso. Acaba el curso y nunca lo dan.” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

Asimismo, en uno y otro tipo de centros escolares también parece producirse una cierta división en los contenidos de los cursos, en sus temáticas en función de la edad de los alumnos/as de forma que mientras los cursos de seguridad vial y alimentación se darían, por ejemplo, en edades más tempranas, la cuestión de la sexualidad o de las drogas se produciría en edades más elevadas, algo más mayores que las de los anteriores contenidos:

*“En cursos más avanzados, en tercero y cuarto, hablan de sexología, de drogas.*

*¿A VOSOTROS NUNCA OS HAN HABLADO DE ESO?*

*-Sí.*

*-No.*

*-Sí.” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña)*

En este marco general, parecería que con una relativa independencia de los contenidos temáticos abordados existiría todo un conjunto de rasgos comunes en dichos cursos, en dichas actividades de educación para la salud que parecen desincentivar a los jóvenes. Dichos rasgos comunes parecen situarse en tres terrenos fundamentales:

- El ámbito de los contenidos informativos de los cursos.
- La cuestión de la orientación dominante en los mismos.
- El modelo de relación que se constituye con los escolares.

## 2.1. El ámbito de los contenidos informativos

El análisis del conjunto de opiniones vertidas por los grupos acerca de su aprendizaje en este tipo de ámbitos y problemáticas relacionadas con los temas que tradicionalmente se abordan en los programas de la educación para la salud (educación vial, tabaco, alcohol, drogas, alimentación, anorexia, educación afectivo-sexual) permite observar que la transmisión de los contenidos de estos cursos suele basarse y limitarse, en lo fundamental, a la mera dimensión informativo-cognitiva de los citados contenidos a partir de charlas, de exposiciones, etc.

*“... en una charla sobre tabaco es algo más general porque siempre es lo mismo, siempre son las consecuencias y tal” RG. Nº 5. Mujeres 15-17 Cl. Medias Altas. Majadahonda)*

Prácticamente en ninguna ocasión, pese a preguntar por ello, se ha señalado la presencia de un taller, de un trabajo en grupo, del visionado de una película y de un debate posterior, es decir, de alguna

metodología que se salga de la charla o de la información más clásicamente impartida en una clase.

Es evidente que en la Comunidad de Madrid existen programas y actividades de educación para la salud que se basan en una metodología que moviliza a los jóvenes más allá de la mera información. De hecho, uno de los profesionales entrevistados señala como en algunos centros que él conoce se desarrollan talleres con jóvenes con otra orientación más práctica e implicativa.

*“... además este tipo de talleres son muy prácticos, y como además les hacemos el aprendizaje de la resucitación cardiopulmonar, ¿sabes?, entonces es que ellos tocan un cuerpo; es un muñeco, ¿no?, pero aprenden a hacer respiración boca a boca, entonces tienen una mayor percepción de la importancia que eso tiene, que no es una teoría decir: “y hay que tener cuidado y tal”; yo me acuerdo que incluso en un momento determinado como que les di un toque, ¿no? Porque estábamos comentando los diferentes accidentes, no sé qué, y todos: ¡ja, ja, ja!, ¡ja, ja, ja!, y digo: “yo no sé dónde está la gracia. ¿Cuál es la gracia?”; digo: “este... A ver, a ti, el compañero que se te murió, ¿te hizo gracia que se matara? ¿Cómo viviste tú la sensación de pérdida de...?”; de repente: fuuuuu; cambia... Entonces intros..., hacen una introspección realmente del vacío la dimensión que tiene”* (Entrevista Prof.)

Sin embargo, más allá de este tipo de planteamientos más prácticos y de interpelación a los jóvenes en base a su experiencia directa, a situaciones vividas o representadas en el taller de educación para la salud, lo significativo es que la práctica totalidad de las menciones grupales se refieren al otro tipo de aproximación más clásica de “charla informativa”. Situación grupal que hace pensar que dicha forma de trabajo sea la dominante en la Comunidad

de Madrid cuando se aborda en los centros escolares la educación para la salud.

## 2.2. La orientación dominante

En una cierta coherencia con el hincapié en la línea reductoramente cognitivo-informativa de la educación para la salud en los centros escolares, se sitúa la orientación predominantemente “técnico-cientifista” de la exposición de las distintas temáticas planteadas. Denominación con la que queremos caracterizar a un tipo de exposición de los contenidos en la que éstos se ven pobremente reducidos a sus expresiones más instrumentales, biologicistas, técnicas y organicistas más allá de las diversas expresiones personales, emocionales, actitudinales, etc., que conllevan cualquiera de estas problemáticas en la vida de la juventud.

*“... a veces vienen y nos hablan de sexología.*

*-De vez en cuando nos hablan de sexología, la de naturales.*

*-Sí, pero a mí la de naturales no.” (RG. N° . Varones. 13-14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña)*

*“Del SIDA sí; pero lo meten en el tema de la sexualidad. Cuando te hablan de la sexualidad te..., es el tema incluido.*

*-Pues a mí no, a mí en biología, en la célula.*

*-(Risas)” (RG. N° 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

De esta forma, en lugar de hablar y de exponer los temas desde la multiplicidad de dimensiones sociales, experienciales, psicológicas, simbólicas, técnicas, económicas, actitudinales, etc., que suelen caracterizar cualquiera de los problemáticas citadas, la exposición de los mismos se reduce a su dimensión más organicista, más anatómica. Cuestión importante, sin duda, pero insufi-

ciente como única perspectiva de aproximación al tema tratado. Así la cuestión de la educación afectivo-sexual se reduce a la cuestión de la anatomía; la cuestión de la alimentación a las proteínas y otros nutrientes; la del tabaco a su composición y a los órganos dañados..., como si ésta fuera la dimensión central de dichas problemáticas y la dimensión, además, que permita interesar y enganchar a los jóvenes.

De esta forma, en lugar de que éstos hablen, participen, se aproximen a una u otra temática desde sus más diversos puntos de vista, en lugar de escuchar a los jóvenes, de hacerlos participar y, a partir de ahí, devolverles y completarles la información que poseen, corregir sus errores, aportarles nuevos puntos de vista, etc., la actividad educativa se reduce a una charla sobre lo malo, sobre lo negativo que resulta hacer tal o cual actividad.

*“Y ¿QUÉ OS HAN DICHO?”*

*-El otro día vino una inglesa a darnos un poco el coñazo, a hablarnos de todo lo que tenía el tabaco y nos trajo una lista de todo lo que tenía dentro.*

*Y ¿CÓMO LO RECIBISTEIS?”*

*-Es que te acaba aburriendo, es que ya lo sabes y si te lo repiten todo el rato pues...*

*¿SABÉIS TODOS LO QUE TIENE EL TABACO?”*

*-No, todo no porque es una lista impresionante, es una buena lista.*

*ES QUE COMO DICES QUE YA LO SABES TODO.*

*-Sé que es malo.*

*NO, PERO NO ME REFIERO A QUE ES MALO SINO SI SABÉIS LO QUE TIENE EL TABACO. ¿POR QUÉ ES MALO EL TABACO?”*

*-Por lo que lleva.*

*Y ¿QUÉ LLEVA?”*

*-Alquitrán, nicotina, TNT me parece...*

*¿TNT?...*

*-Sí, yo lo he oído.” (RG. Nº 2. Varones. 13-*

*14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña)*

*“¿QUE ERA UN POCO PALIZA?”*

*-Sí, por cómo lo contaron porque no te enteras de nada, usaban palabras extrañas, palabras técnicas.” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña)*

Charlas informativas que, además, suelen incurrir en la incompreensión y en el desinterés de los jóvenes, “no te enteras de nada, usaban palabras extrañas, palabras técnicas”, o bien en la posición normativa de señalar que “es malo” consumir. Planteamientos en ambos casos, negativos para los jóvenes.

Es evidente, como señala uno de los profesionales entrevistados, que en muchas ocasiones hay que informar sobre las dimensiones orgánicas, anatómicas, fisiológicas de muchas de las problemáticas de la educación para la salud, dada la desinformación existente. Ahora bien, dicho tratamiento debe complementarse con otros y, además, debe inscribirse en una metodología de trabajo menos unidireccional y más abierta a la discusión y a la participación de los propios jóvenes.

### **2.3. El modelo de relación con los escolares**

El modelo de relación con los escolares es el tercer aspecto en el que de forma más consensuada han hecho hincapié el conjunto de grupos. Modelo de relación con el que pretendemos denominar el tipo de actitudes y de conjuntos de interacción profesor (tutor)-alumnos que se produce en este tipo de sesiones, en la opinión de los escolares asistentes a los grupos.

En primer lugar, dicho modelo de relación podría caracterizarse como “normativo”. Los grupos señalan que el tipo de información suministrada se inscribe siempre

o casi siempre en un entorno dicotómico (de lo bueno y de lo malo) que conlleva, lógicamente, a prescribir la conducta “positiva” y a proscribir la conducta “negativa”.

*“Lo que pasa que lo del colegio siempre... (¿?) a rechazarlo, pues no, hombre claro, siempre te dicen que no a todas las drogas. Pues mira, yo digo que sí, o bueno, no digo que sí, pero yo qué sé.” (RG. N° 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Majadahonda)*

En lugar de hacer un planteamiento al joven en cuyo marco éste debe reflexionar, integrar la información y tomar una decisión; en lugar de presentar las problemáticas abordadas en su complejidad, en sus claroscuros, en la multiplicidad de dimensiones que tienen y entre las que el joven realmente va a vivir y va a tener que decidir, el planteamiento básico se reduce a un modelo dicotómico de bueno-malo en el que el joven debe prácticamente limitarse a obedecer la norma, la prohibición que se deduce de dicha dicotomía.

En lugar de asumir las tensiones vitales que atraviesan a los adolescentes y jóvenes, en lugar de partir de ellas y de tratar de reforzar los emergentes positivos presentes en las conductas juveniles; en lugar de plantear al joven los “dilemas” que dimanen de esas tensiones y, por tanto, la toma de posición, la decisión que el joven debe adoptar ante ellas, se suprime la ambivalencia, se niega la experiencia juvenil al respecto, sus dudas y sus certezas y se trata de imponer una orientación basada en el pretendido saber-poder del informante y ante la que al informado sólo le cabe asentir o transgredir.

Como señala uno de los profesionales entrevistados, en la educación para la salud con los adolescentes y jóvenes no se trata sólo de pasar, de transmitir unos contenidos alrededor de una problemática concreta, sino de ayudarles a crecer, a abordar y resolver las “angustias” que tie-

nen, a ponerlas en frente de las decisiones, de los “dilemas” que deben abordar en sus vidas, en las problemáticas de la educación para la salud.

*“... además te digo una cosa, que es que es lo que más necesitan los chavales; es decir, a la hora de la verdad lo de menos es hablar del alcohol, del tabaco, de esto, sino es hablar de los elementos que a ellos les están generando su angustia vital, ¿no? Que es que tienen aparentemente mucha energía, tienen aparentemente mucho poder, tienen mucho mundo y muchas cosas que hacer, pero claro, les falta pues un nivel de experiencia y muchas veces un nivel de control, ¿no?, de todas esas situaciones. Entonces poder trabajarlas y evidenciarlas... Ahora se está trabajando mucho con el tema de cuentos, entonces hay una línea editorial, me lo van a pasar ahora los libros, que desde la filosofía trabaja todo el tema de los dilemas; yo creo que ese sería un elemento fundamental, ¿no?, ¿sabes?, ahí trabajando con los chavales.*

*¿SABES QUE UNO DE LOS CAPÍTULO...? EL LIBRO, EL INFORME LE ESTOY EMPEZANDO: “EL DILEMA JUVENIL”... NO SABÍA QUE ESTABAN HACIENDO ESO.*

*Pues es trabajar con la idea de dilema; no decirles lo que es, lo que no es, ¿no?, sino enfrentarles a que puedan analizar diferentes situaciones, ¿no?, no que es que lo que hay es esto y es que es la única opción que hay y hay que vivir..., y es que no puedo hacer otra cosa, es que es lo que hay. Bueno, perdona, hay otra forma de vivir y de hacer las cosas” (Entrevista Prof.)*

Planteamiento metodológico del trabajo educativo basado en el “dilema”, en las experiencias, “en los casos y en los supuestos” como denominaba otro profesional entrevistado, que interesa al joven, que le hace crecer, que le hace sentirse tratado como un “adulto”, como una “persona res-



ponsable” y que permite reforzar todos los emergentes positivos planteados en el apartado de la salud y los jóvenes.

Sin embargo, a tenor de lo producido en los grupos de adolescentes y jóvenes madrileños, la orientación dominante en la educación para la salud en los centros escolares en los que estudian los asistentes a dichos grupos es todo lo contrario. Es una orientación dicotómica y normativa que, además, de ser negativa por no recoger adecuadamente la verdadera complejidad de los problemas apenas si genera algún interés en el alumnado ya que dicha posición elimina cualquier tipo de interés, cualquier tipo de expectativa al respecto. Como dicen los jóvenes si “*siempre cuentan lo mismo*” y, además, lo plantean desde el mismo modelo normativo y prohibitivo, ¿qué interés tiene atender?

*“LA EDUCACIÓN VIAL...*

*-Sí, en el mío también, ése, otro coñazo, empezaban a decir que a los abuelitos que les dejes pasar, que respetes las señales de tráfico, que no pases que es muy malo, y vale, que nos alegramos un montón pero que no te lo cuenten.*

*¿POR QUÉ?*

*-Porque ya te sabes las señales de tráfico. Que respetes a los basureros, a los ancianos que los dejes pasar tranquilos, ya te lo sabes y encima te cuentan una historia suya que sabes que es mentira.*

*ESTE TIPO DE COSAS DE LA EDUCACIÓN VIAL ¿LO COMENTÁIS EN VUESTRA CASA CON VUESTROS PADRES O LO APRENDÉIS A BASE DE IR EN EL COCHE O A BASE DE CAMINAR POR LA CIUDAD?*

*-A nosotros nos explican cosas que ya sabíamos y la mayoría de cosas que te dicen pues ya las sabes.” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. C. Media-Media Alta. Ctra. de La Coruña)*

*“Porque siempre te cuentan lo mismo, yo qué sé.*

*-Siempre te cuentan lo mismo.*

*¿QUÉ ES LO QUE CUENTAN?*

*-... (¿) oír, pues lo que quieren oír. Ya está. Tú vas allí por ejemplo y dicen: di tu opinión, no sé qué; y quieren oír lo que quieren oír*

*¿QUÉ ES LO QUE TÚ CREES QUE ELLOS QUIEREN OÍR?*

*-Joder, no sé, igual de sexualidad, sí, tienes que: sí, yo sé que hay que usar condón, no sé qué, no sé cuántos... Lo que quieren oír” (RG. Nº 7. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Expectativas que refuerzan la sensación de que los contenidos de los citados cursos son algo ya conocido y sabido por los escolares, tanto desde el punto de vista de sus principales contenidos, como desde el punto de vista de la moralidad y normatividad con la que se exponen.

*“A nosotros nos explican cosas que ya sabíamos y la mayoría de cosas que te dicen pues ya las sabes.” (RG. Nº 2. Chicos. 13-14 años. C. Media-Media Alta. Ctra. de La Coruña)*

*“... pero muchas veces no sabes lo que... O sea, lo que puede pasar.*

*-A lo mejor piensas que es una tontería, pero luego... O sea, es algo que...*

*-Pero vale que te den una charla a que te den cuatrocientas todos los días. Que vale, te dan una y ya; ya está bien, nada más” (RG. Nº 1. Chicas. 13-14 años. C. Media. Madrid)*

Este tipo de relación asimétrica y normativa en la que el profesor, en la que el que da el curso expone y prescribe las normas y el escolar que lo recibe escucha y obedece (al menos es lo que teóricamente se pretende), genera o proyecta, además, un tipo de “imagen” del escolar, se asocia a un tipo de interacción con éstos que los adolescentes y jóvenes rechazan tajantemente. En efecto, los alumnos se consideran tratados en estos cursos, en especial en drogo-

dependencias y en educación afectivo-sexual, como sujetos sin ningún tipo de formación y conocimiento, como niños de una edad mucho más inferior a la que realmente tienen, como menores ignorantes y mucho menos maduros de cómo ellos se viven y se sienten como de forma redundante exponen y critican en todos los grupos realizados.

*“... te cuentan cosas que se creen que no las sabes, y las sabes ya de sobra y...”*

*-Nos valoran muy poco. Si esto se aprende de todo... Ahora mismo se aprende todo en cualquier lado. Haces ya... Ya sabes todo antes que...*

*-Por ejemplo las charlas de sexo normalmente te las dan... No sé en qué cursos estás, pero te las dan... De vez en cuando te las dan, van a esa charla 26 personas; de las 26, 20 ya se la saben de memoria esa charla, ¿sabes? Y además luego te empiezan a hacer preguntas, cosas de esas como si fueras subnormal o algo de eso*

**¿POR QUÉ PENSÁIS QUE LAS PREGUNTAS QUE OS HACEN SON DE SUBNORMALES?**

*-Porque tengas así, yo qué sé, diez clases de sexo, todas tienen casi... (¿), una opinión todos, que es el de evitar las enfermedades de transmisión sexual.*

*-No es que sean para subnormales, pero a lo mejor hay... A ver, por ejemplo en el tema ese de quedarse embarazada y no sé qué, a lo mejor hay cuatro personas o no lo saben o lo que sea; toma, dejan a cuatro embarazadas y no sé qué; sale la noticia, bla, bla, bla..., y todo el mundo ya se cree que los chavales son así, ¿Y qué pasa?, pues que empiezan a sacar las charlas y eso y te empiezan a contar como si fueras tonto.*

*-De todas formas yo creo que...*

*-Se creen que somos mongolitos.*

*-... esas charlas no te van a valer de mucho, yo creo.*

*-¿Por qué?*

**¿PERO POR QUÉ DECÍS QUE PENSÁIS QUE OS TRATAN COMO MONGOLITOS?**

*-Pues porque...*

*-No, no, que pensarán...*

*-Te tratan como que no te enteras de nada, como que...*

**YA, YA. ¿PERO ESO EN QUÉ LO NOTÁIS?**

*-Pues yo qué sé, pues...*

*-Hombre, porque es que te están explicando una cosa que se sabe de toda la vida, vamos. ... (¿)*

*-Eso se aprende en todas las partes.*

*-Sí, yo creo que eso es la base, el preservativo. En todas las charlas es lo mismo: usa el preservativo.” (RG. Nº. Chicos. 15-17 años. C. Media-Media Baja. Madrid)*

**“¿CREÉIS QUE EL COLEGIO ES UN ESPACIO QUE PARA HABLAR DE ESTOS TEMAS ASÍ...?”**

*-Sí, sí los hablan, lo que pasa que tratan esos temas, los básicos, como si fuéramos niños de 5 años que no sabemos nada, y... No sé. Es eso.” (RG. Nº 7. Varones. 15-17 años. C. Media-Media-Baja. Madrid)*

Infantilización de los adolescentes y jóvenes, “te tratan como mongolito” y mandato desde el poder, “usa el preservativo” que viene a reproducir las escenas familiares de la infancia de las que se quiere huir en estas edades adolescentes. De esta forma, la educación para la salud desarrollada en base a este modelo de relación es valorada como algo que lejos de ayudarles a crecer, a madurar, a ser más libres, a ser más responsables de sus actos, es vivida, es percibida como un intento más de mantenerlos en un mundo más infantil, en el mundo del que se pretende salir en estas edades de la preadolescencia. Percepción que genera un rechazo radical de la misma.

De esta forma, en ausencia de un verdadero interés en la participación en este tipo de actividades de educación para la

salud, lo que viene a funcionar y explicar la asistencia a los cursos sería una especie de pacto implícito entre el profesional que los imparte y los alumnos que acuden. El profesional estaría interesado en cubrir formalmente unos objetivos, en informar de la utilización de los preservativos, por ejemplo, y los alumnos estarían interesados en perder una sesión lectiva. De ahí la asistencia siempre que la actividad se realice en el horario escolar.

*“... en las charlas dan por sentado que no lo sabes, que para eso están, para darte la charla porque no sabes nada, y...”*

*-Perder clase más que nada.*

*-Sí.*

*-Porque otra cosa...*

*¿EH?*

*-Perder clase. Las charlas esa para perder clase.*

*-Su objetivo es el saber del preservativo y nuestro objetivo es perder clase.*

*BUENO, ENTONCES PODÉIS COINCIDIR: ELLOS OS ENSEÑAN EL PRESERVATIVO Y VOSOTROS PERDÉIS LA CLASE.*

*-A ver. Lo malo es que no los dan.*

*¿NO DAN?*

*-Qué va” (RG. N° 7. Chicos. 15-17 años. C. Media. Madrid)*

Pacto implícito que no puede ser más negativo para la imagen y para los objetivos de la Educación para la Salud.

## La educación afectivo-sexual

La educación afectivo-sexual constituye, quizás, el ejemplo paradigmático del tipo de característica que suele adoptar la programación de la educación para la salud en los centros escolares:

- Información estrictamente biológica.
- Modelo normativo.

*“A nosotros nos explican cosas que ya sabíamos y la mayoría de cosas que te dicen pues ya las sabes*

*¿QUÉ COSAS OS DICEN QUE YA SABÉIS?*

*-Pues nada, cosas como que el espermatozoide fecunda el óvulo y cosas de esas.*

*-Usa preservativo.*

*Y LO QUE SABÉIS ES LO DEL ESPERMATOZOIDE, ÓVULO, PRESERVATIVO. Y ¿CÓMO LO HABÉIS APRENDIDO?*

*-Con el paso de la vida, un día te dice uno una cosa, otro día otra, luego en naturales también lo estudiamos”*

Ahora bien, más allá de esta dimensión, la educación afectivo-sexual ha

hecho surgir en los grupos tres tipos de posiciones que evidencian la complejidad de este tipo de educación y el tacto y el buen saber hacer con que este tipo de programación escolar debe ser abordada.

Por un lado y pese al citado tratamiento, en los grupos ha surgido un núcleo minoritario de asistentes que podríamos llamar más tradicionalista que consideran que el mero hecho de hablar de estos temas en las clases conlleva una “normalización” de la sexualidad, una especie de incitación a su práctica temprana por más que “verbalmente” pueda condenarse en el transcurso de la sesión informativa. Como subraya el texto adjunto de un núcleo minoritario de chicas de 15 a 17 años de clases medias altas, el mero recordatorio de las medidas preventivas, el mero consejo de utilización de los preservativos en caso de mantener relaciones sexuales conlleva, se dice, una llamada implícita a la práctica de la sexualidad.

*“... que te pongan los preservativos y tal, o sea, no es que no me parezca bien,*

*porque me parece muy bien que haya que tomar precauciones y tal, pero que te lo den así hace que parezca normal cuando a lo mejor*

*Hombre, está bien estar informado, pero no lo es.*

*¿EN QUÉ SENTIDO?*

*-Lo que decía yo antes. A lo mejor con quince no deberías hacerlo y sí, ¿sabes? Que está bien que te informes y que tengas una idea sobre el tema y donde te metes si lo haces. También en parte tienen que saber hacerlo bien para que no te inciten, no sé.*

*¿VOSOTROS QUÉ PENSÁIS? ¿LAS CHARLAS A VECES PUEDE PARECER UNA INCITACIÓN?*

*-No.*

*-Yo lo veo más como algo informativo. Es más, en mi colegio lo han pedido y nos lo han dado, o sea lo hemos pedido nosotros porque no nos daban nada y lo pedimos y nos lo han dado.*

*¿QUÉ PEDISTEIS?*

*-Sobre las drogas y sobre el sexo, también lo pedimos, porque hay gente que sabe y hay otra que no, y entonces que nos dieran una charla y nos la dieron. Yo prefiero ir informada a llegar y que me lo digan en dos minutos. (RG. Nº 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media-Alta. Majadahonda)*

Por otro lado, frente a esta posición minoritaria se situaría la posición más central y mayoritaria perteneciente a la práctica totalidad de los grupos realizados en el área metropolitana que considera positiva esta información que, como subraya el texto anterior, llega a ser demandada cuando no se produce y que, en bastantes ocasiones, considera que es un tipo de información excesivamente biologicista y anatómica.

Por último y en tercer lugar, estaría la opinión expresada por el grupo de Chicas de 15-17 años de Chinchón y por los dos grupos de jóvenes inmigrantes que consideran que es un tema que debe ser abordado y que debe hacerse, además, en un clima de confianza que permita pasar de la “anatomía”, de la “sexología”, en el sentido más reductor de la palabra, a la “sexualidad” en su sentido más amplio y positivo.

*“... más que charla es... pues yo qué sé...*

*-Historias para no dormir.*

*-Te contaban el aparato reproductor y una cosa llevaba a la otra.*

*-Claro.*

*-Empezaban hablando del reproductor y acababan hablando de sexo.*

*-Claro.*

*-Es para lo que es.*

*-Yo pienso que es un tema...*

*-Que se debería dar más.*

*-Que se debería de hablar más y aparte que el sentido de conversación entre gente de confianza y eso... Empiezas hablando por algo relacionado y siempre acabas hablando del mismo tema.*

*-Tú verás.*

*-Yo pienso que es un tema que a los jóvenes nos interesa.” (RG. Nº 6. Chicas. 16-17 años. C. Media. Chinchón)*

En este mismo sentido, los dos grupos de inmigrantes han subrayado, por su parte, la necesidad de abordar la sexualidad a partir de unos métodos y formas de trabajo que tomen en consideración su forma más “pudorosa” de abordar el tema.

## La información sobre las drogas ilegales

La educación para la salud en el caso de las drogas ilegales suministra otro claro ejemplo del tipo de orientación dominante con la que parece desarrollarse esta actividad en los centros escolares de la Comunidad de Madrid.

Al menos a tenor de lo producido en la investigación, la citada educación suele hacer hincapié en las dos dimensiones anteriormente mencionadas:

- La dimensión “científico-técnica” del tema.
- La dimensión moral y normativa.

En el caso de las drogas ilegales, lo que hemos denominado visión “científico-técnica” del problema pasa, ante todo, por detallar los posibles “efectos” biológicos, fisiológicos o psicológicos de las distintas sustancias que se pueden consumir.

*“Y VOSOTROS DE LAS DROGAS ¿QUÉ IDEA TENÉIS?”*

*-Lo que hacen, los efectos que causan.*

*-La adicción que provoca.*

*PERO ¿SABÉIS DE UNAS Y OTRAS O EN GENERAL DE LAS DROGAS?*

*-En general.*

*¿QUÉ NOMBRES DE DROGAS CONOCÉIS?*

*-Marihuana.*

*-Cocaína.*

*-Heroína.*

*-Hachís.*

*¿SABÉIS QUE DIFERENCIA HAY ENTRE EL HACHÍS, COCAÍNA, HEROÍNA, LO QUE HACE?*

*-No.*

*-No.*

*-Yo sí, los efectos de algunas.*

*¿Y SE LO PODRÍAS EXPLICAR A ELLOS?*

*-Pues que hay algunas que enganchan más que otras o algo así, o que perjudican más.*

*¿CUÁLES PERJUDICAN MÁS?*

*-Las químicas, la heroína, la cocaína.*

*-De todas formas depende de un gramo o no sé qué cosa, de pura o no pura que sea la sustancia.*

Y CUANDO SE HABLA DE ENGANCHAR  
¿SABÉIS QUE SIGNIFICA?

-Sí, que el cuerpo lo necesita.

-Sí, pero con dependencia” (RG. Nº 2. Chicos. 13-14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña)

Tal como puede observarse en el texto anterior, la problemática de las drogas se presenta centrada fundamentalmente en las posibles características más intrínsecas de las sustancias y de su mayor o menor capacidad de generar dependencia en los consumidores en función de sus características más singulares de cada una de las sustancias y de la posible cantidad que se consume: “*depende de un gramo o no sé que cosa, de lo pura o no pura que sea la sustancia*”. De esta forma, se dejan de lado el conjunto de mediaciones sociales, las posibles funciones y razones que pueden llevar al consumo, los roles que éstos pueden jugar en la actual vida juvenil y de ocio, su mayor o menor aceptación social entre los jóvenes, para centrar la argumentación en las posibles razones “individuales” de su consumo y en los posibles efectos “personales” en el consumidor.

¿Y TENÉIS IDEA DE POR QUÉ LA GENTE  
SE PONE DE DROGA O CONSUME  
DROGA?

-Porque lo probaron una vez

-O porque tienen problemas.

-Que se creen que les puede quitar los problemas o para taparse.

-O para olvidarse de ellos” (RG. Nº 2 Varones. 13-14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña.

Puede pensarse que sí existe la creencia en la juventud que la droga genera dependencia por “probarla una vez”, como señala el texto anterior, dicha creencia puede apartar a los jóvenes de su consumo por el miedo tan importante que hay a la dependencia. Sin embargo, dicha idea

no puede ser más falsa ya que se contrapone a la opinión generalizada entre los jóvenes y a la experiencia vivida por muchos de ellos de que con una “prueba” no se produce dependencia. De esta forma, la propia práctica social de la juventud se encarga muy rápidamente de desmentir este argumento aportado por los adultos, con lo que éste queda inutilizado en sus posibles efectos disuasorios.

Algo similar ocurre con el argumento individualizador de consumir por “tener problemas” o por querer “taparlos” u “olvidarse” de ellos. Sin negar la existencia de dichas razones, el conjunto de estudios e investigaciones realizadas al respecto muestra, sin embargo, que son las funciones de socialización e integración en el grupo de pares, la función de consumo lúdico-festivo principalmente en los fines de semana, las principales mediaciones y motivaciones que subyacen en los principales consumos de drogas: de las legales (como el alcohol y el propio tabaco) y de las ilegales (como la marihuana, las pastillas, la cocaína, etc.), excepción hecha de la heroína.

En este contexto, cuando los preadolescentes y jóvenes están en su entorno habitual de vida fuera de las clases y de los cursos de educación, cuando quieren integrarse en un grupo, mostrar su independencia de la familia y su “mayoría” de edad, cuando quieren proyectar una imagen más adulta y, a veces, simplemente pasárselo bien, acuden sin problemas a consumir unas y otras sustancias, olvidando las informaciones y argumentaciones recibidas.

“Y EN VUESTRO ENTORNO ¿HAY GENTE  
QUE CONSUMA DROGAS?

-Sí.

EN VUESTROS COLEGIOS... ¿CUÁLES?

-Sí.

-Marihuana, en mi clase.

¿Y SON LOS MISMOS QUE FUMAN TABACO O NO?

-Sí.

*-En la mía no, hay algunos que se meten de todo, va con un mayor y se mete de todo, mezcla alcohol y...” (RG. N° 2. Varones. 13-14 años. C. Media-Alta. Ctra. de La Coruña)*

De esta forma, con este segundo argumento ocurre algo similar a lo que sucede con el otro argumento anteriormente esgrimido. En la medida que la presión social y grupal entre los jóvenes, en la medida que sus pautas de consumo en los fines de semana integran e incorporan en bastantes casos estos tipos de consumo, de nuevo su propia práctica y experiencia conduce a los jóvenes a desmentir esta argumentación y a aceptar y a desarrollar la opinión dominante en los entornos juveniles centrada en la normalización de los consumos, en sus funciones lúdicas y de integración social, en la noción de que un consumo irregular y ocasional, como puede ser el consumo de fin de semana no provoca adicción, etc. En una palabra,

a desmentir este tipo de información recibida y a desarrollar otra inscrita en planes experienciales y motivacionales muy diferentes.

La información y la argumentación predominantemente desarrollada a este respecto en los cursos de educación para la salud en los centros escolares acaba, pues, concentrándose en una condena general de carácter “moral” sobre lo “malo” de dichos consumos y en una llamada normativa al no consumo, sin entrar en los detalles, en las ambivalencias, en las motivaciones reales de su consumo que serían los que, en última instancia, permitirían a los jóvenes pensar, argumentar, sopesar los pros y contras de este tipo de consumo y, por tanto, estar más preparados para tomar autónomamente sus decisiones al respecto<sup>39</sup>.

*“... lo de las drogas que, que ya sabes que te van a decir que son malas, pero hasta qué punto, todo lo que hay, todo lo que se mueve.” (RG. N° 5. Mujeres. 15-17 años. C. Media-Alta. Majadahonda).*

---

<sup>39</sup> Cabría pensar que puede existir una cierta relación entre la citada posición normativa del profesor y una posible falta de preparación del mismo para abordar estas problemáticas. En la medida que se siente inseguro, que no está formado, que carece de los conocimientos pedagógicos necesarios para abordarlo de forma flexible, la posición normativa es la válvula de seguridad que les permite trabajar.



## La necesidad de la experiencia personal. El aprendizaje en la búsqueda de los límites

Los ejemplos señalados en el caso de la educación afectivo-sexual y de la información acerca de los consumos de drogas ejemplifican, pues, claramente cómo los modelos de educación para la salud, tal como son descritos y percibidos por los jóvenes madrileños, no cumplen los objetivos que teóricamente persiguen. La combinación de la mera información con la norma y la prohibición no sólo no son válidas sino que generan críticas crecientes por parte de adolescentes y jóvenes.

En primer lugar, en relación a la “información” que se suministra, por ejemplo, en el ámbito de las drogas, los grupos, como vimos anteriormente, tienden a señalar que los jóvenes suelen estar bastante bien informados de lo que significan las drogas y que, por ello, es tirar el dinero el realizar actividades meramente informativas, como pueda ser la propia campaña “Abre los ojos”.

*“Como las campañas que hacen, la gente sólo... (¿?) haciendo campañas contra el alcohol, haciendo campañas*

*contra la droga y la gente... (¿?) Le dije a mi madre el otro día: tanto para nada. Tanto para nada porque la gente sabe lo que hay. ¿Qué crees que la gente es tonta y que no sabe que la droga es mala?*

*¿QUÉ ANUNCIO?*

*-El anuncio que han sacado de abre los ojos.*

*-La cremallera.*

*-Que sale una cremallera en un ojo y se abre la cremallera. Es un anuncio que te impacta, pero cualquier anuncio que sale para mi es perder el tiempo. Porque la gente que toma drogas no va a dejarlo porque salga una tía en televisión no tome drogas.*

*-Como si no lo supieran ya.*

*-La gente no es tonta” (RG. N° 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media/Media-Baja. Corredor del Henares)*

En la opinión dominante en los grupos, los jóvenes conocen lo que significa la droga, saben que el discurso adulto les va a informar de que la droga es mala, cono-

cen la información, “como sino lo supieran ya”, como si la gente fuese “tonta” y no supiese que “la droga es mala” y, por ello, consideran que es un esfuerzo inútil, que es tirar el dinero hacer campañas informativas únicamente centradas en este terreno. Y algo similar cabría decir de otras temáticas de la educación para la salud, tal como venimos analizando en el texto. De hecho, y siempre en opinión de los propios jóvenes, la única ventaja que se aprecia en este tipo de campañas es la información hacia los más jóvenes, hacia lo que todavía no se han incorporado al mundo de los consumos.

En segundo lugar, la dimensión moral y normativa “la droga es mala”, con que habitualmente se presentan los discursos adultos a este respecto, es cuestionada por la “normalización” y aceptación de los consumos que se produce entre los jóvenes.

*“... si nada es malo.*

*-Si con moderación nada es malo.*

*-Acostumbrarse a beber un cubata cuando sales por ahí tampoco es malo. Si te tomas uno detrás de otro ya...*

*-Claro” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media/Media-Baja. Corredor del Henares)*

Para los jóvenes, como hemos mencionado en otro lugar del texto, una gran parte de los hábitos y prácticas condenadas como negativas, no saludables, malas o peligrosas por los discursos adultos, se encuentran plenamente integradas y normalizadas como uno más de los hábitos que cotidianamente se desarrollan entre los jóvenes. No sólo dichos hábitos están normalizados y legitimados entre los jóvenes sino que, en bastantes ocasiones, la acentuada normatividad y condena con la que es enunciada la valoración adulta de unas ciertas conductas, induce a un sector de jóvenes a ejercitarla en un afán de

transgredir muy presente entre las generaciones más jóvenes.

*“Es que vale que te están diciendo una cosa para que la hagas. Si lo haces y lo pruebas y tú ves, merece la pena... entonces ahí ya...*

*-Todo el mundo va a contracorriente a lo que le dices. No hagas eso y lo hace, pues ya está” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media/Media-Baja. Corredor del Henares)*

De esta forma, el exceso en las normas condenatorias, en las prohibiciones, a veces, produce el efecto contrario de promover la trasgresión de las normas “prohibidas” por los adultos en unos momentos, como los de la adolescencia, en los que los jóvenes necesitan despegarse de la familia, cuestionar la autoridad familiar tradicional y afirmar un espacio propio de libertad y de mayor autonomía de lo sujetos.

*“O sea, cuando ya empieza la edad un poco así del pavillo, que ya te empiezas a dar cuenta de cosas y no..., y empiezas a ver las cosas de otra manera y no sé... Ya no es todo tan fácil.*

*(No se entiende)*

*¿NO ES TAN FÁCIL?*

*-No, porque no se, llega un momento que ya... Vamos, yo por lo menos tengo una edad ya que a mí me gusta tener pues...*

*-Libertad.*

*-Cosas, mi dinero, gastármelo en lo que quiero. Y antes cuando..., es verdad, cuando éramos pequeñas te lo daban todo hecho y tampoco tienes así mucho... No sé, que es diferente. Cuando te vas haciendo mayor ya la cosa cambia.*

*-Yo pienso que ahora es cuando empiezas a ver los problemas...*

*-Claro” (RG. Nº 6. Mujeres. 15-16 años. C. Media. Chinchón)*

Momento de crisis y de transformaciones, momento de separación de los jóvenes de la familia de origen que sitúa al joven ante un mundo nuevo, ante un mundo en el que ya debe caminar casi enteramente solo y tomar sus decisiones de forma autónoma y personal lejos de la sombra protectora de los padres. Momento en el que en lugar de que “te lo den todo hecho” como ocurría hasta ese momento vital, el joven debe hacérselo por sí mismo a partir de los recursos de los que disponga en su acervo personal.

Acerbo personal en el que desde luego es esencial la educación recibida para hacer frente a los nuevos problemas que aparecen como un nuevo “mundo” para los jóvenes que deben enfrentarse a ellos por primera vez. Bagaje personal en el que también cuenta con un peso decisivo los amigos que se forjan fuera del hogar y del control familiar.

*“Y a lo mejor antes siempre, cuando eras pequeño siempre lo único que tienes es a lo mejor a tus padres, lo único, y a lo mejor a algún amigo, pero ahora yo creo que casi todo lo buscas fuera. No todo fuera, sino que tienes...”*

*-No, porque hay cosas que no le vas a decir a tu madre, y...*

*-Ya, que no es lo más importante a lo mejor tu casa, sólo tus padres ahí que... Que buscas más a lo mejor otras cosas, los amigos sobre todo” (RG. Nº 6. Mujeres. 15-16 años. C. Media. Chinchón)*

Recursos personales en los que también conviene situar los desarrollados por el propio modelo de educación para la salud vigente en los centros escolares que, en todo caso, debe ponerse a prueba en la realidad de los hechos de las nuevas formas de vida que se abren al joven en estos momentos cruciales de su existencia. Y es ahí, en este marco y situación precisa, donde tienden a ponerse de ma-

nifiesto los déficits habituales de las pautas educativas recibidas hasta ese momento basadas, en muchos casos, en una combinación del proteccionismo en el seno de la familia y de la suma de la información y de la norma en el seno del sistema escolar. Déficits que en el terreno que nos ocupa se traducen en una cuestión central: dificultar, cuando no se trata de impedir que el joven pueda acertar o equivocarse por sí mismo, dificultar que el joven adquiera experiencia propia en relación a su propia capacidad de reacción ante lo que le rodea.

*“Es lo típico que se dice: “nadie como tu madre... para solucionar un problema...”*

*-Yo creo que te va a aconsejar como madre.*

*-Claro.*

*-Y no como hija.*

*-Yo creo que tiene que dejar que te equivoques.*

*-Luego hay madres y madres.*

*-Es que es depende.*

*-Como te toque la típica madre de ésta que no te deja hacer nada.*

**QUE DEJA QUE TE EQUIVOQUES, ¿EN QUÉ SENTIDO?**

*-Pues que igual que a lo mejor ella se puede equivocar en su momento, que igual se equivoca cualquiera que tú también te puedas equivocar, porque de los errores también se aprende, incluso se aprende más que hacer las cosas bien. Y de esa forma tú también, porque aparte de que ya con la educación y tal tienes algo de madurez llega un momento que tienes que empezar a vivir un poco por tu cuenta, más de lo que has visto en tu casa y lo que has visto en el colegio toda la vida. Es una forma más de enriquecerte yo creo. (RG. Nº 9. Universitarias. 18-21 años. C. Media-Alta. Madrid)*

Como señala el texto anterior, en el momento en que el joven tiene “algo de



Inversión en este espacio de socialización horizontal, marcado básicamente por las relaciones de amistad que conlleva que el joven tenga que redefinir y adaptar sus normas y códigos de conducta al nuevo entorno, que significa incorporarse a un espacio en el que actividades como fumar, beber, etc., no sólo no están mal vistas, como sucedía hasta ese momento, sino que están plenamente normalizadas e, incluso, su práctica puede vivirse en un primer momento como una especie de plus valor, como un extra de reconocimiento por parte de los grupos de pares.

*“... también depende del grupo. Yo por ejemplo mi grupo de amigos todos bebemos y casi todos fumamos y a lo mejor en su grupo hay una persona que...”*

*-No bebe nadie, (¿?) todo el mundo es extraño.*

*-Yo, a ella la veo que no bebe pues, no es que la vaya a pegar por eso, pero lo veo extraño. Pero porque yo estoy acostumbrada a que mis amigos...*

*-Yo no veo extraño que tú bebas.*

*-Pero porque yo estoy en un entorno de que todos beben.*

*-Pero yo creo que todos somos unos bebedores, o sea que bebemos todos” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media-Baja. Corredor del Henares)*

*“Es que también el entorno también, yo creo. Porque a lo mejor si estás en un grupo de amigos y ahí llega un grupo nuevo de amigos y todos se meten y así, hombre, no digo... casi siempre caes, ¿sabes?, casi siempre” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media-Baja. Corredor del Henares)*

*“Yo te digo casi siempre, casi siempre. Llegas a un grupo que a lo mejor son diez personas, y las diez personas se meten lo que sea, casi siempre lo acabas*

*probando, por lo menos probando.*

*-Siempre dices, para alternar con ello me voy a meter.*

*-Aunque luego no lo vuelvas a probar pero yo qué sé, una vez...” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media-Baja. Corredor del Henares)*

Proceso de inmersión que enfrenta la personalidad y los posibles recursos propios que pueda tener el joven<sup>40</sup> con la presión grupal y del entorno. Proceso de inmersión en el que ya no valen o, por lo menos, en el que pierden inicialmente algo de valor los criterios normativos procedentes de los adultos y en los que el joven debe empezar a encontrar y labrar su propio camino haciendo cosas, desarrollando actividades que se sabe pueden estar mal vistas por los padres, pueden estar criticadas por el sistema escolar pero que se practican porque el joven se siente “bien” haciéndolo, porque es lo que se hace entre los jóvenes.

*“Que son cosas que..., que tú las das más importancia de la que tienen a lo mejor, y dices: “no se lo voy a contar a mi madre, porque claro...”*

*-Que a lo mejor no están bien hechas, sabes que no están bien y se lo comentas a otra persona...*

*-Tú sabes que no están bien hechas y dices: “a ver qué hago yo ahora”.*

*-Yo a mi madre no se lo digo.*

*-Lo que te faltaba...*

*¿EN QUÉ SENTIDO NO ESTÁN BIEN HECHAS?*

*-Pues que haces cosas malas que para tí son buenas, pero no son buenas.*

*-Claro, que el punto de vista de tus padres no es el mismo que el tuyo.*

*-Claro.*

<sup>40</sup> De ahí la importancia en educación para la salud de trabajar este juego de tensiones “joven”/amigos y de apoyar el desarrollo de recursos de autonomía y de control por parte del joven

-Cosas que...

-Puedes hacer una cosa que a ti te hace sentir bien y tus padres pueden pensar: pues...

-Pero son cosas que ha hecho todo el mundo...

-Ya, es eso.

-Claro.

-Pero que ellos no lo entienden" (RG. N° 6. Mujeres. 15-17 años. C. Media. Chinchón)

Pues bien, es precisamente en este marco en el que se plasma, se materializa la línea de análisis que hemos desarrollado a lo largo del texto, la línea de trabajo que apuntaba cómo los jóvenes apuestan en este espacio al crecimiento, a una cierta madurez a partir del juego con los límites, a partir de experimentar por sí mismos muchas de las prácticas condenadas hasta ese momento.

Línea de comportamiento juvenil que en la medida que cuenta con pocos recursos prácticos está condenada, hasta cierto punto, a desarrollar en base al ensayo, a la prueba y al error, a la experimentación y al aprendizaje de la misma. No deja de ser significativo a este respecto, que uno de los debates que más tiempo han ocupado las dinámicas de grupo ha sido el de cómo aprender, cómo saber controlar, cómo conocerse a sí mismo a través del ejercicio de todo este tipo de prácticas. En este sentido, tal como hemos ido analizando y avanzando en el conjunto del informe, lo que cabe deducir del análisis del conjunto de textos producidos en la investigación es que los jóvenes necesitan "**ponerse a prueba**" en el nuevo entorno de vida juvenil como medio de conocerse a sí mismos, de tener confianza en sí mismos y de crecer y madurar en el nuevo entorno de vida adolescente y juvenil. Como no deja de señalar Le Breton (2002: 60), "*lo que (el joven) no encuentra en sí mismo, la certidumbre interior de que su vida tiene*

*un precio y que tiene un lugar en el mundo. El joven lo busca fuera... en un cuerpo a cuerpo con lo real)*". Todo parece ocurrir a este respecto "como si" el joven, al tener en el mejor de los casos información pero carecer de experiencia previa, necesitara ir a tientas, necesitara ir probando unas y otras cosas, necesitara ir ejercitando unas y otras conductas de riesgo (en opinión/denominación del discurso adulto) para ir conociéndose y para aprender a situar los límites de su quehacer.

Ejercicio de las conductas de riesgo, luego con los límites que encuentra en la "experiencia" personal el campo preferente de aprendizaje. En este sentido, no deja de ser significativo que de la misma forma que la mera información, que la mera prohibición no tiene efectos disuasorios sobre las conductas juveniles, la experiencia personal y la de las personas más próximas se convierte, sin embargo, en el principal argumento preventivo que ha aparecido en el conjunto de grupos realizados.

Así, por ejemplo, la experiencia de la muerte, de la degradación física y de la exclusión social de muchos de los tradicionales consumidores de heroína ha alejado de esta droga y de este tipo de consumo a la gran mayoría de la juventud madrileña, a los mismos sectores de jóvenes más en riesgo, más próximos a los propios consumidores.

*"Pues el tío de mi novio ha muerto el día seis por eso, y tiene 34 años, y 34 años tenía.*

*-Como a mi tío le paso eso, que se murió de eso... De pastillas no, de que era drogadicto y fue un ajuste de cuentas, y si no muere por la droga muere por un ajuste de cuentas y si no muere por lo que sea.*

*-El tío de mi novio igual, murió este mes, hacía dos años que no se metía nada, pero claro, ha estado diez años que sí. Y se fue a un centro, estuvo muy bien, iba*

a Guadalajara, pero estuvo mal del hígado y le empezaron a dar morfina y ya la morfina le mataron y ya...” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. Corredor del Henares)

Así, por ejemplo, la experiencia próxima de amigos en el consumo de pastillas disuade de su consumo a los grupos de jóvenes que participando de una forma de vida similar y asistiendo a los mismos circuitos de discotecas y otro tipo de lugares de “riesgo” para este tipo de consumo.

“... pastillas es que yo nunca voy a probar porque es que me da miedo, si me da un yuyo o lo que sea... La gente no sé como se las toma.

-Y además hacen con la boca así y...

-... yo conozco a gente que se ha muerto.

-...y hacen con la boca así.

-Y la mandíbula se les va. Y yo digo: pero, ¿cómo os podéis meter una pastilla para estar como estáis? Y además es que les ves y están como...” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media/Media-Baja. Corredor del Henares)

Así, por ejemplo, los resultados de la conducción temeraria disuaden no sólo de dicho tipo de conducción sino que genera,

incluso, miedo a las propias motos y coches.

“A mí..., tengo miedo a las motos...”

(Risas)

-Porque un amigo mío...

-A mí me encantan...

-... estaba yo... Me iba a montar delante suya, bueno, me iba a montar con él, no me monté y tuvo un accidente de tráfico y se mató, y ahora tengo miedo de ellas.

-Joder...

-¿Y te podrías haber muerto ahí, o...? Ostia, qué fuerte...” (RG. Nº 1. Mujeres. 13-14 años. C. Media. Madrid)

Así, por ejemplo, la propia experiencia del consumo de alcohol se convierte en el mejor camino para un consumo algo más moderado y controlado del mismo, tal como vimos en el epígrafe dedicado al “puntito”.

De esta forma y en este contexto, la educación para la salud debería intervenir para reforzar todos los mecanismos, todos los recursos personales que permiten al joven enfrentarse en las mejores condiciones a dicha situación.

## El espacio de desarrollo de la educación para la salud

A la luz de la línea de análisis que venimos desarrollando en este texto, parece claro que la Educación para la Salud en la Comunidad de Madrid debería reflexionar y orientar sus actividades hacia un nuevo espacio de desarrollo más acorde con la situación y las demandas de los jóvenes madrileños a este respecto.

En relación al mismo mapa que venimos utilizando en este apartado, cabría decir que la orientación de la Educación para la Salud, su posición en el mapa citado debería de cambiar para ubicarse en una nueva posición, tal como hemos tratado de representar en el mapa de la página siguiente.

Siempre a tenor de lo producido en los grupos de discusión realizados y teniendo en cuenta las sugerencias y las experiencias de los profesionales entrevistados, cabría señalar que el espacio ideal de posicionamiento de la promoción y educación para la salud de los adolescentes y jóvenes

madrileños debería situarse en el cuadrante ocupado por el polo de las instituciones verticales, ya que un profesional, un profesor/a, un médico/a, un maestro/a, un enfermero/a, tenga la titulación que tenga siempre va a ocupar un papel de “autoridad” (en el mejor y, también, en el peor sentido de la expresión) de cara a los jóvenes. Ahora bien, dicha “autoridad” debe ser realmente “autoridad”<sup>41</sup>, es decir, debe ayudar a crecer, a madurar, a ser más responsables de sus actos a los adolescentes y jóvenes. Ello conlleva, como hemos sugerido anteriormente, que la educación para la salud debe ser activa, participativa, abierta a los jóvenes, basada en la escucha de sus problemas y en el planteamiento de opciones, de situaciones, de dilemas, de experiencias que ayuden a que el joven tome autónomamente la decisión más aconsejable para su salud. Incorporación del nivel de la experiencia real o representada que parece clave a este res-

<sup>41</sup> En este entorno conviene recordar que una de las raíces etimológicas del término autoridad significa “hacer crecer” (Conde, 2002).





pecto como no deja de recogerse en alguna de las anécdotas contadas por los grupos asociados a algún tipo de recuerdo positivo y de aprendizaje logrado.

“¿TENÉIS ALGUNA EXPERIENCIA O ALGÚN RECUERDO DE ALGO QUE PENSÉIS VOSOTROS QUE NO OS HAN TRATADO COMO MONGOLITOS?

-¿Que no?

QUE NO OS HAYAN TRATADO COMO MONGOLITOS.

-Si es que todo lo que te enseñan lo sabes ya. La calle te hace... (¿). Lo aprendes todo en la calle.

-Aprendes más en la calle que en un centro.

-A mí unas charlas que dieron de Educación Vial, pero nos la dieron en Cuarto de Primaria, cuando yo no sabía lo que

era un semáforo prácticamente, pero lo demás, todas las charlas que me han echado no...

-De todas formas hay otras formas de esto. A nosotros nos llevaron a un circuito de estos a... En vez de dártelo de..., a que te lo estudies a practicarlos.

-Un circuito, ¿dónde?

-Es un circuito, o sea, de coches de estos...

-Te dan un coche...

-Un minicar de estos, sí...” (RG. Nº 7. Chicos. 15-17 años. C. Media. Madrid)

La ubicación de la Educación para la Salud en este espacio permitirá, además, intervenir más positivamente en los otros espacios donde se desarrolla la misma de forma más autónoma entre los propios jóvenes.

En primer lugar, si la educación para la salud se abre a la escucha inicial de los jóvenes, el profesional podría intervenir para modificar, para complementar, para corregir informaciones erróneas que puedan tener los jóvenes al respecto, como no dejaba de subrayar uno de los profesionales entrevistados. Actividades tan sencillas como recoger por escrito un día antes de la actividad programada las preguntas y dudas de los jóvenes; promover un debate abierto tras la visión, por ejemplo, de un video; trabajar en la clase una noticia aparecida en la prensa; abrir un debate sobre un tema de interés para los jóvenes, etc., etc., permite que surja un debate abierto, que el profesional pueda escuchar y, en un momento posterior, pueda intervenir para enriquecer y/o corregir las informaciones, las creencias existentes entre los jóvenes.

Una forma de intervenir más directamente en estos espacios más horizontales de información entre los propios jóvenes podría ser utilizando las herramientas de las nuevas tecnologías, de los chats, de las formas en las que se debate a este respecto, como no dejan de apuntar y sugerir en alguno de los grupos realizados.

*“¿Y POR QUÉ DECÍS QUE INTERNET SERÍA UNA BUENA FORMA?*

*-Porque no se entera nadie y ahí tiene que haber...*

*-Preguntar tú lo que quieres.*

*-Claro.*

*-También te, si tienes mayores, o sea, personas mayores que tengan información o incluso de primas que tengas confianza con ellas y que, que puedas hablar con ellas y preguntarla.*

*¿MÁS QUE LOS CENTROS MÉDICOS?*

*-Yo es que a un centro médico nunca iría si no me pasa nada a que me dieran información sobre el tema, porque es que no...” (RG. Nº 6. Mujeres. 16-17 años. C. Media. Chinchón)*

La propia intervención en los medios de comunicación, en algunos de los programas de más impacto y notoriedad entre los jóvenes madrileños, como puede ser el caso de algunos programas de Telemadrid o de la Cadena Ser, podría ser otra de las vías de intervenir y de incidir en este citado espacio de las informaciones planteadas, debatidas y vividas de forma más horizontal entre los jóvenes.

*“Yo con mi madre, yo antes había un programa que era en tu casa o en la mía y yo me lo tragaba enterito. Venía mi padre y yo a lo mejor estaba haciendo los deberes, estaba escuchando el programa y mi padre: ¿qué escucháis? Y mi madre además que ha sacado el libro que ha sacado ahora...”*

*LA LORENA.*

*-Claro. Me quiero comprar el otro.*

*-A mi esa mujer me encanta como explica las cosas...*

*-Sí.*

*¿LO VEIS EL PROGRAMA?*

*-Yo sí.*

*-Yo lo escuchaba por la radio, ahora ya no lo veo, como está mi madre viendo la tele pues...*

*-No, pero ya no está el programa, ¿o sí?*

*-Ahora lo echan en la tele.*

*-En la tele.*

*-Sí. Me lo dices o me lo cuentas se llama.*

*-¿Y cuándo?*

*-A las doce de la noche.*

*-En Telemadrid.” (RG. Nº 11. Mujeres. 18-21 años. C. Media Baja. Corredor del Henares)*

En segundo lugar, si la Educación para la Salud comprende y asume lo que significa jugar con el riesgo para los jóvenes, si la Educación para la Salud entiende las ambivalencias que rodean los comportamientos juveniles y la potencialidad de positividad que muchos de dichos compor-

tamientos encierran, en lugar de condeñarlos en bloque, de malinterpretarlos de promover una posición estrictamente normativa, ayudará a enfrentarse al joven a los mismos y ya sea mediante el citado planteamiento de los “dilemas”<sup>42</sup>, ya sea mediante el planteamiento de “casos y supuestos” sobre los que el joven debe actuar, interpelará al joven y ayudará a reforzar los elementos de autocontrol que éstos ya están desarrollando en sus conductas, como venimos subrayando a lo largo del texto y como no deja de apuntar, uno de los profesionales entrevistados.

*“... por ejemplo sigue saliendo increíblemente el elemento género de al final el que conduce es el chico y las que van de paquete las chicas, y las chicas: “ja, ja, ja; ja, ja, ja; ja, ja, ja”; y entonces claro, tú ahí haces un stop en el rol-play y le dices: “¿y tú cómo te sientes yendo de paquete?, dejando que tu vida vaya en manos de alguien que bueno, pues es tu amigo o lo que sea pero que está borracho; ¿y tú qué? ¿Dónde está tu control ahí?”; ¿sabes? Un poco como ir manejando esas situaciones, ¿no? ¿Sabes? Entonces yo creo que eso bueno, pues sería una línea a trabajar, que no lo puedes dejar solamente en un elemento...”*

*-(...)*

*-Por otro lado ya en estas edades pues claro, en los grupos si lo trabajas pues siempre aparece alguien que sí que ha introducido un elemento de control: “no, no, yo es que siempre utilizo el...”; una chica un poco..., que había tenido relación con un guardia civil, y entonces pues claro, el otro le había dictado todas las normas, ¿no?: “no, no, yo cuando voy en moto tal, y además mandamos a revisar los coches...” (Entrevista Prof.)*

Introducción de un nuevo elemento de control en la vida juvenil, favoreciendo

desde la “Educación para la Salud”, que no dejaría de reforzar los emergentes de control y de responsabilidad desarrollados por los propios jóvenes.

De este modo, todo parece indicar que un planteamiento de la Educación para la Salud basado realmente en una concepción del riesgo, de la actividad del riesgo como característica propia de la adolescencia y juventud madrileña, del incremento de dichos comportamientos en función de todo lo analizado en el informe y de la emergencia de toda una serie de comportamientos centrados en el juego con el límite y en el evitar el exceso, sería un planteamiento muy positivo para reforzar todos los elementos positivos y de autocontrol que ya hay en los jóvenes e introducir otros nuevos.

Educación para la Salud basada en la asunción de la búsqueda del riesgo por parte de las nuevas generaciones de madrileños que deben tener, como mínimo, el objetivo de acercar el “límite” que cada joven se plantea como algo singular y subjetivo, a la experiencia de los límites que, de forma más convencional, se conocen en el ámbito de la salud en base a la experiencia adquirida. Objetivo que permitiría ir reduciendo paulatinamente, pero de forma constante, las prácticas más negativas, los excesos más negativos para la salud de los propios jóvenes y, al mismo tiempo, incrementar los hábitos y las prácticas saludables que éstos necesitan para su crecimiento y desarrollo.

### **6.1. La intervención de la educación para la salud en el sistema escolar**

Otra de las cuestiones de interés en relación a la Educación para la Salud en el sistema escolar es la posibilidad de que dicho programa sea integrado dentro de

<sup>42</sup> El mismo planteamiento de la campaña “Si te lías, úsalo” se inscribe en esta línea de trabajo

las tradicionales “transversales” e impartido por los propios profesores o bien sea planteado desde la intervención directa de profesionales sanitarios o de otro tipo que intervengan desde fuera del centro y en coordinación con el mismo.

Sin entrar a debatir el modelo y la concepción de fondo que va asociada a cada modelo de intervención y únicamente desde la perspectiva de la opinión de los propios adolescentes y jóvenes representados en la investigación, cabe señalar que éstos se decantan claramente por la participación de algún profesional ajeno al cuerpo de profesores habituales en los centros. Opinión basada tanto en las rutinas y prejuicios desarrollados con el propio profesor (falta de confianza...), como por la mayor confianza en el saber hacer y en la profesionalidad de los profesionales que vengan del exterior a realizar dicha intervención.

*“Los profesores no.*

*.No suele haber tanta confianza.*

*¿NO OS PROPONEN TEMAS PARA HABLAR...?*

*-No. El profesor llega, se sienta, te da su clase y...*

*-Y se va.*

*-...*

*-Yo de todas formas aunque lo pase mal, que no lo paso mal, pero que se lo pregunto antes a mi madre que a un profesor, ¿sabes? No sé.*

*-Ese tema de conversación no se suele sacar en mitad de una clase; y tampoco vas a ir a un profesor y le vas a preguntar:” ¿dónde compro la píldora...? (¿?)”. Yo es que para eso en todo caso se lo preguntaría a mi madre o a mi hermana” (RG. Nº. Chicas. 15-17 años. C. Media Baja. Parla)*

*“Viene una enfermera y te empieza a hablar.*

*Y CUANDO VIENE ALGUIEN ASÍ, ¿QUÉ PREFERÍS QUE HABLE EL PROFESOR QUE LE TENÉIS MÁS CONFIANZA Y LE CONOCÉIS O QUE VENGA ALGUIEN DE FUERA YA SEA UNA ENFERMERA, UN BOMBERO, UN POLICÍA...?*

*-Yo, que venga alguien de fuera.*

*-Todos,- Sí.*

*¿POR QUÉ?*

*-Porque está especializado en el tema.*

*-Y porque no te conoce.*

*-Claro, si te tienen manía a lo mejor pues se nota también en esa clase.*

*¿Y NO VAIS A HABLAR CON MÁS LIBERTAD CON ALGUIEN QUE CONOCÉIS QUE CON ALGUIEN QUE VENGA DE FUERA?*

*-Es que el de fuera está acostumbrado a que le hablen de eso y con el profesor sólo hablas de la asignatura.*

*-Claro, esas cosas no se las preguntas al profesor.*

*¿TENÉIS CONFIANZA CON LOS PROFESORES?*

*-No.*

*-Depende.*

*-Con alguno” (RG. Nº 2. Varones. 13-14 años. Ctra. de La Coruña)*

Opinión aún más fuerte y radicalizada en el caso de los jóvenes inmigrantes para los que su mayor nivel de pudor, en relación a la mayoría de los temas abordados en la educación para la salud, se traduce en la demanda de un tipo de relación y educación que preserve al máximo la confidencialidad y que respete al máximo el citado pudor. Situación que parecen pasar por la incorporación de elementos profesionales ajenos al día a día de la actividad escolar.

# RESUMEN Y CONCLUSIONES

## 1

### Marco general

- La realización de la presente investigación ha señalado la existencia de un importante proceso de transformaciones en los/as adolescentes y jóvenes madrileños de 13 a 21 años que tienden a modificar algunos de los patrones de comportamientos que dichas generaciones juveniles habrán mantenido a lo largo de la década de los 90.
- Los/as jóvenes parecen ser conscientes de la mala imagen social existente a su respecto. También parecen serlo de las limitaciones que presenta la política dominante de mantener a los jóvenes aparcados durante todo un largo periodo de tiempo en actividades de ocio, de tiempo libre, sin participación real y sin proyectos claros de futuro en el resto de ámbitos de sus vidas (estudio, trabajo, vivienda, responsabilidad y participación social, etc.). Los jóvenes madrileños parecen vivir en la actualidad el dilema de seguir aceptando esta política, y mantener las formas de vida dominantes en estos últimos años, o

tratar de encontrar un espacio de responsabilidad y crecimiento personal que confiera un nuevo sentido a sus vidas.

- En el marco de esta situación y en un entorno de educación proteccionista de los/as jóvenes, de una sociedad que tiende a infantilizarlos y a mantenerlos al margen de una serie de importantes decisiones sobre sus vidas, el conjunto de emergentes expresados en la investigación apunta a un cuestionamiento juvenil de la posición adulta e institucional a su respecto.

Cuestionamiento juvenil que parece expresarse, entre otras dimensiones, en todo un conjunto de conductas y de comportamientos con las que los jóvenes tratan de ponerse a prueba, de mostrar su mayor madurez y asunción de responsabilidades, al mismo tiempo que se van conociendo a sí mismos y aprendiendo a conocer unos límites (de los que han carecido, en bastantes casos, a lo largo de su educación).

Una de las ideas centrales de la investigación consiste en señalar cómo dicha búsqueda, dicho desafío, dicho ponerse a prueba ante sí mismos y ante los demás se produce principalmente, pero no únicamente, en el conjunto de conductas desarrolladas en el tiempo de ocio, en los “finde”, en la medida que es

el principal tiempo de libertad de los jóvenes y en la medida, también, que en otros espacios (estudio, familia, participación social) el protagonismo juvenil está vedado.

En la medida que los jóvenes viven la separación semana-fin de semana en el entorno de la siguiente escisión...

### VIVENCIA FUNDACIONAL DE LA DIVISIÓN SEMANA-FIN DE SEMANA

SEMANA	“FINDE”
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Familia.</li> <li>■ Instituto.</li> <li>■ Trabajo/estudios.</li> <li>■ Existencia de ciertas normas.</li> <li>■ Existencia de rutinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Amigos.</li> <li>■ Bares, Pubs, Discotecas, Espacios Públicos.</li> <li>■ Ocio y tiempo libre.</li> <li>■ Tránsgresión de las normas</li> <li>■ Vivencia de “no-rutinas”</li> </ul>

... desarrollan en el “finde” todo un conjunto de prácticas, de conductas, de comportamientos de riesgo que, desde la mirada adulta pueden entenderse como “no saludables”, pero que desde la vivencia juvenil se valoran en la dirección contraria, ya que su realización les permite sentirse bien, vivir, experimentar, ponerse a prueba, conocer sus límites y crecer.

☛ La presencia de este movimiento de fondo entre los adolescentes y los jóvenes madrileños no deja de acentuar el momento de inflexión que parece presidir la vida juvenil en estos momentos. Situación de cambio y de inflexión en la que coexisten tendencias de muy diverso tipo y repercusión en la vida de los jóvenes, en sus concepciones y en su situación de salud.

Así, se observa una cierta reconfiguración de los modelos de socialización de género, con una cierta pérdida de la

nitidez de antiguas líneas de demarcación (por ejemplo, en relación a la tónica distinción entre lo emocional-chicas y racional-chicos) y el refuerzo de nuevas líneas de diferencias en relación a temas como la diferente exigencia social de un rendimiento escolar y profesional o la propia atención al cuerpo (en ambos casos más fuerte en las chicas que en los chicos).

Se observa, también, una creciente “masculinización” de las chicas madrileñas adoptando comportamientos y pautas de conducta tradicionalmente reservadas a los chicos (alcohol, tabaco, hachís, violencia...).

- Entre los chicos se incrementa, por su parte, la sensación y creencia de invulnerabilidad que se traduce en un refuerzo de las denominadas conductas de riesgo.
- La presencia de los jóvenes inmigrantes parece estar conllevando la

aparición de nuevos colectivos en riesgo. Asimismo, su presencia está incidiendo en la recuperación de la lógica del estudio y del esfuerzo en bastantes jóvenes de clases medias y medias bajas, que estos últimos años se habían orientado hacia ganar un dinero pronto y fácil y a dejar de lado proyectos de futuro basados en un esfuerzo más sostenido.

Conjunto de tensiones y de cambios que hacen del momento actual de la adolescencia y juventud madrileña un momento particularmente vivo y en ebullición en el que la intervención de la promoción y educación para la salud puede jugar un papel importante para fortalecer todos los emergentes positivos de la actual situación y corregir y paliar, en la medida de lo posible, algunos de los más negativos.

## Las concepciones sobre la salud

Los discursos sobre la salud han puesto de manifiesto la existencia de varias dimensiones claves en la segmentación de los mismos:

- El género.
- La edad.
- El territorio.
- La nacionalidad.

- El grupo social.

En relación al género, perspectiva primera y dominante en la aproximación a la cuestión de la salud en esta investigación, se observa el mantenimiento de lo expresado en 1996 acerca de la existencia de una aproximación diferencial a la misma, tal como se resume en el gráfico adjunto.

### CONCEPCIONES JUVENILES SOBRE LA SALUD (1996)

CHICAS	CHICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sentirse bien.</li> <li>✓ Concepciones centradas en el bienestar global y en el equilibrio personal.</li> <li>✓ Concepciones relacionadas de la salud.</li> <li>✓ Equilibrio entre salud física y mental.</li> <li>✓ Concepciones más centradas en los hábitos y en los cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estar bien</li> <li>✓ Concepciones más centradas en el bienestar físico y en la potencialidad energética del cuerpo.</li> <li>✓ Concepciones más individualizadas sobre la salud.</li> <li>✓ Focalización en la salud física.</li> <li>✓ Concepciones más centradas en lo innato y en el dinero</li> </ul>

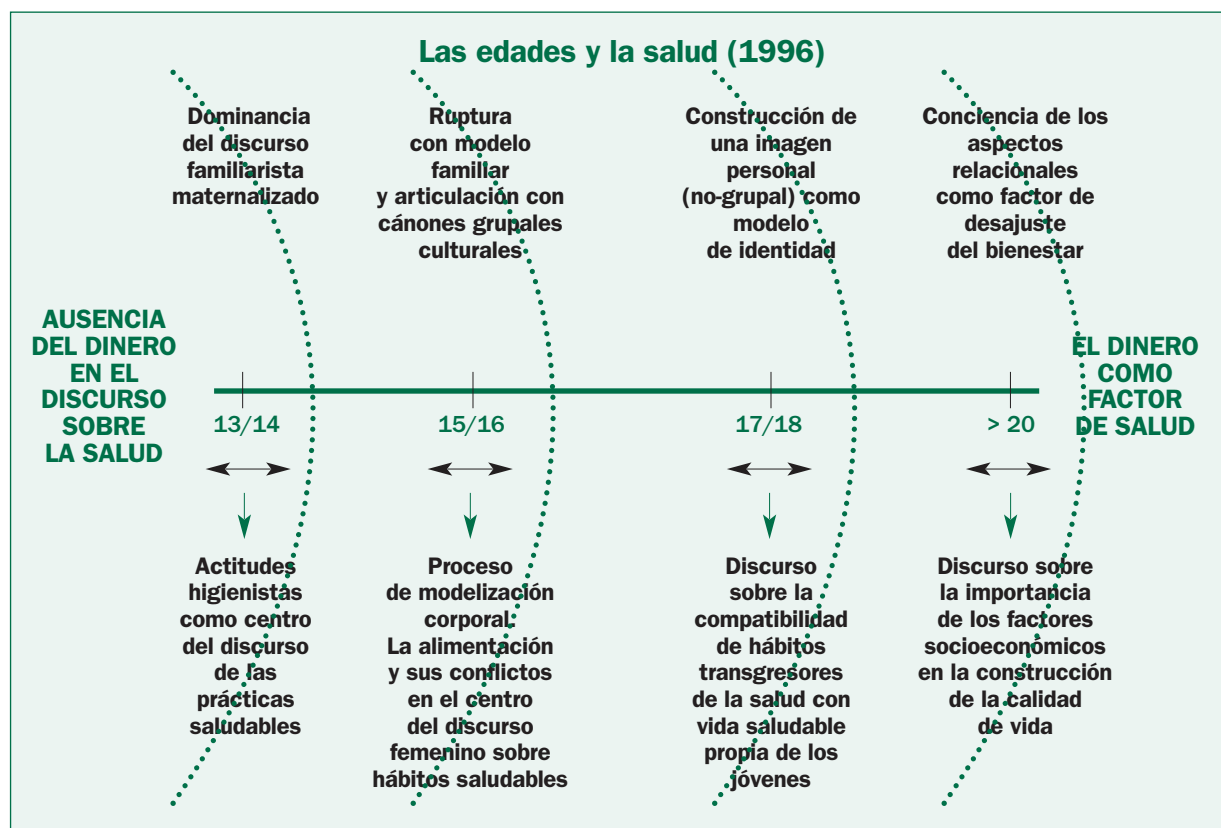


La actual investigación ha puesto de manifiesto el mantenimiento, en lo esencial, de estas dos aproximaciones a la salud en función de la “perspectiva” de “género”, con los siguientes matices:

- Acercamiento tendencial de las respectivas concepciones masculinas y femeninas.
- Desarrollo de una mayor individualización en las chicas en relación al pasado.
- Desarrollo de una mayor subjetivación en los chicos en relación al pasado.
- Mayor presencia de las definiciones en negativo de la salud. En bastantes ocasiones más que de sentirse bien y/o de estar bien, se habla de no sentirse mal, de no estar mal, de evitar malestares y conflictos. Definición que, a veces, se expresa con el término “encontrarse bien”.
- Mayor presencia de las nociones más medicalizadas de la salud.

En todo caso, en el discurso femenino sobre la salud sigue estando muy presente la dimensión “relacional” y “emocional”, así como la concepción de la salud como una especie de “control”, de “autocontrol” sobre sus vidas. En el discurso masculino, por su parte, aparece con más fuerza que en el pasado una dimensión subjetiva de la salud vinculada más a la voluntad de poder que a la dimensión más emocional de la subjetividad. Dimensión de la voluntad que, a su vez, aparece muy ligada a un incremento de la creencia en la invulnerabilidad de uno mismo, de su propio cuerpo.

En relación a la edad, en el 2003 se ha observado un adelantamiento generalizado del conjunto de concepciones asociadas a los principales segmentos de edad, tal como habíamos representado en 1996.



Adelantamiento generalizado de la adolescencia que parecería estar incidiendo en la presencia simultánea de varios factores de riesgo entre los adolescentes y en una mayor disonancia entre las informaciones y las creencias acerca de lo que se cree saber y las experiencias de la vida, la madurez personal que conlleva una asunción real de cierto tipo de conocimientos. Desajuste entre “información” cognitiva y “experiencia” vital que parece una cuestión clave a tener en cuenta

en la educación para la salud.

- De una forma u otra, cabría pensar que el conjunto de actitudes, comportamientos y hábitos de salud de los jóvenes madrileños hacia el futuro van a depender, en gran medida, de cómo éstos aborden, se enfrenten y resuelvan el siguiente conjunto de tensiones y dilemas que atraviesan sus actuales formas de vida.

### RESUMEN DE LAS LÍNEAS DE TENSIONES DOMINANTES EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES MADRILEÑOS DE 13 A 21 AÑOS EN RELACIÓN A LA SALUD

A) Tensión entre las instituciones de socialización que tienden a infantizarles.	↔	El progresivo y creciente afán de crecer y de ser más mayor por parte de adolescentes y jóvenes.
B) Tensión entre el incremento de la información y el conocimiento formal.	↔	La carencia de la madurez y de las experiencias vitales que lo acompañan.
B) Tensión entre el “modelo presentista” que trata de fijar los jóvenes en el gasto y consumo inmediato.	↔	La apertura hacia el futuro y la génesis de proyectos.
C) Tensión entre la perspectiva femenina más asociada a la “contención” en los comportamientos.	↔	La perspectiva “masculina” más asociada al “exceso” en los comportamientos.
D) Tensión entre las “conductas adictivas” más orales y compulsivas.	↔	El desarrollo de las “conductas de riesgo” en la búsqueda de los límites.

- Si hubiera que resumir en una sola frase la evolución experimentada entre 1996 y en 2003 en relación a los comportamientos de los jóvenes madrileños con respecto a la salud, cabría

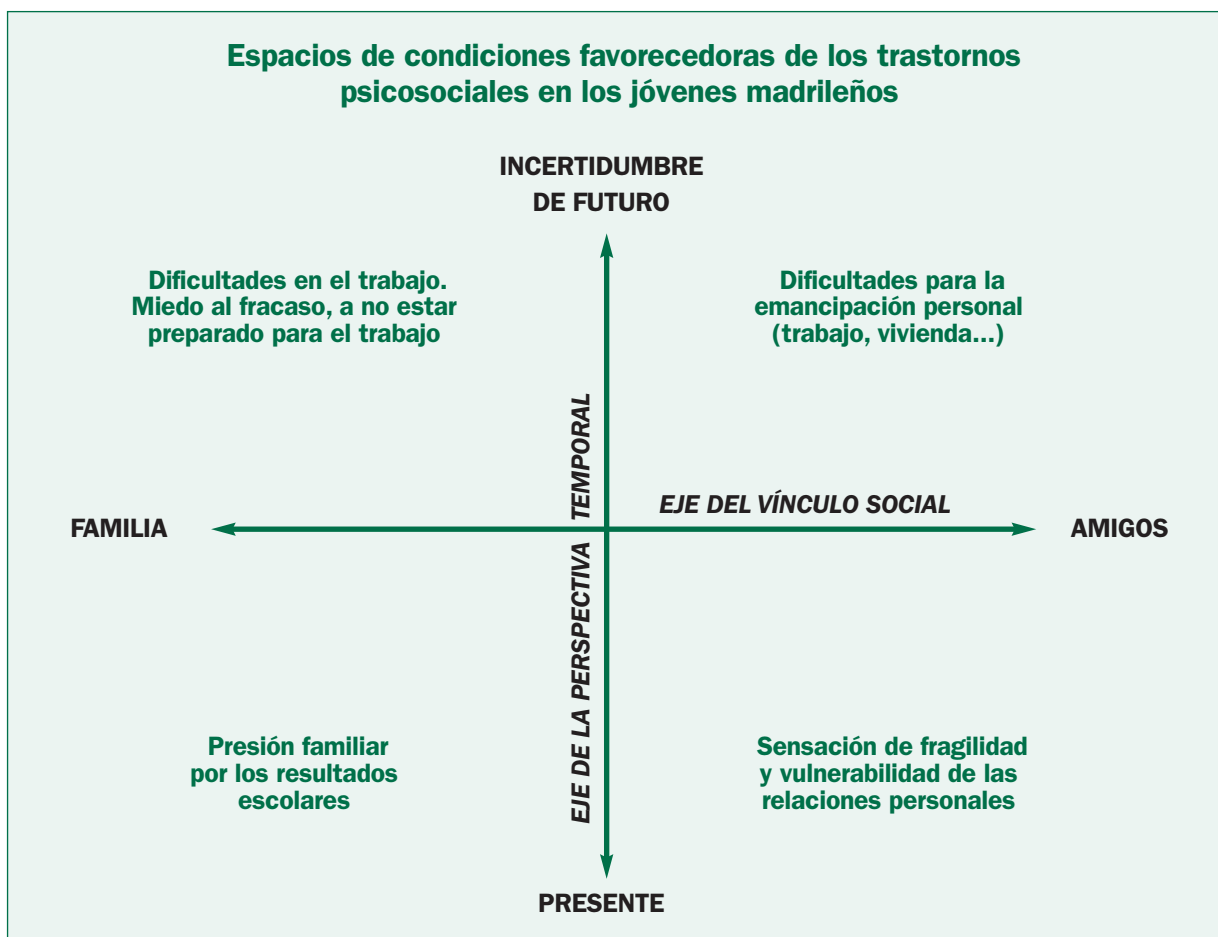
decir que mientras en 1996 predominaban las **“conductas adictivas y compulsivas”** sobre las que los jóvenes ejercían poco control, como su propio nombre indica, en el 2003 lo que emergería

con fuerza serían las “**conductas de riesgo**” con las que los/as jóvenes tratan de medirse y sobre las que los/as jóvenes consideran que ejercen un cierto control.

De hecho, en casi todos los ámbitos de la salud, en casi todos los comportamientos y conductas juveniles lo que se expresa con más fuerza en este estudio es la citada ambivalencia: por un lado, llevar hasta el límite de la zona de riesgo todas y cada una de las citadas conductas. Por otro lado, jugar con el límite, mantenerse en la zona del límite, jugar con el

riesgo y, finalmente, aprender a controlarlo como si el citado juego fuera un accidente más para practicar dicha conducta.

- En lo que se refiere a problemas de salud y de enfermedad en los grupos ha aparecido con cierta fuerza la siguiente problemática:
- Situaciones de malestar psicosocial relativamente generalizadas que se expresan como el resultado de todo un conjunto de tensiones en los campos que hemos tratado de visualizar en el siguiente mapa



- Situaciones derivadas de los accidentes en el caso de los chicos y considerable preocupación por la anorexia y

los trastornos alimentarios en el caso de las chicas.

- En el ámbito de las enfermedades po-

sibles en un horizonte más mediato, el cáncer parece desbancar el sida en las preocupaciones juveniles.

Lo significativo, además, es que en los razonamientos, en los discursos sobre este tipo de problemáticas, aparece con mucha fuerza el problema del azar, de la aleatoriedad en su desarrollo y la consi-

guiente pérdida de control del joven al respecto, como si en el juego “control”-“incertidumbre” se jugara uno de los partidos simbólicos más fuertes en este terreno de la salud.

Importancia que hemos tratado de subrayar en el siguiente mapa, en el que hemos ubicado las enfermedades y problemas de salud que más preocupan.



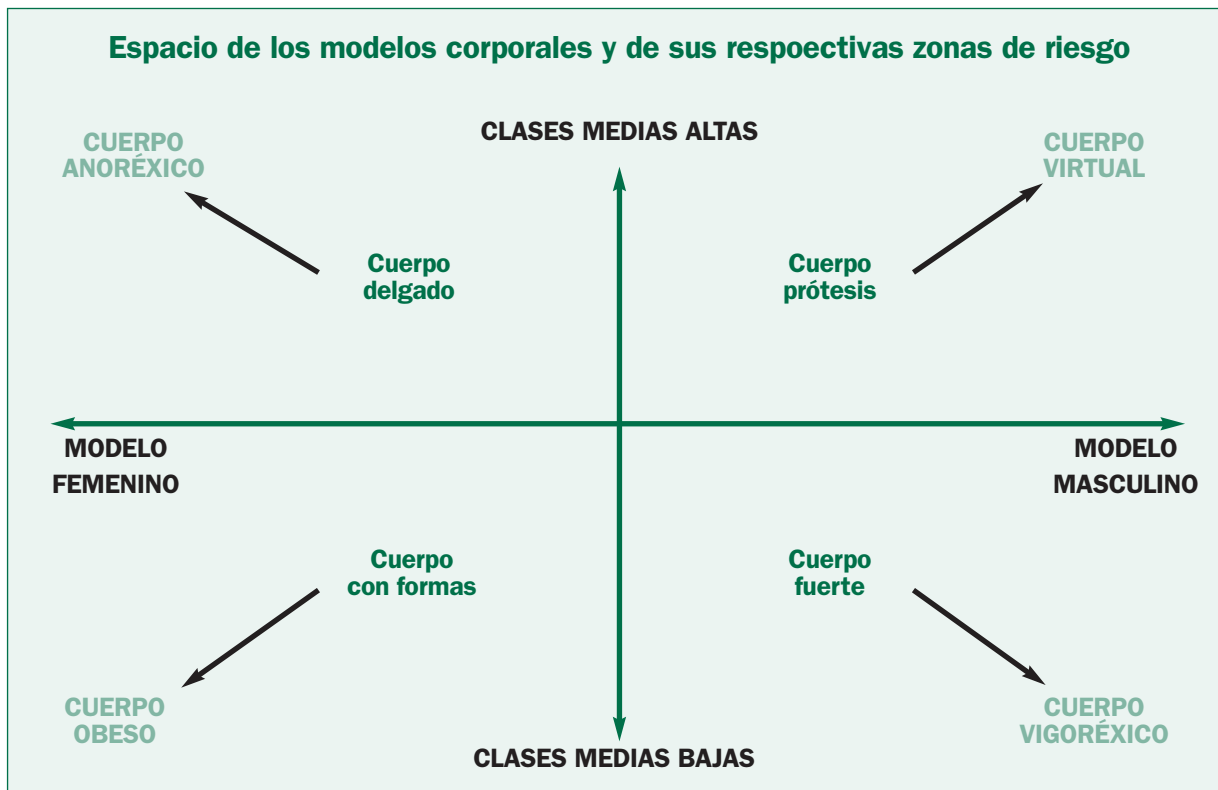
## El conjunto de prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables

Mientras en el caso de las enfermedades, éstas aparecen en la representación juvenil como algo que les acaece debido al azar, como algo casi desconocido que irrumpe con fuerza en sus vidas y en las que el margen de juego personal resulta pequeño (de ahí que la impotencia de no poder controlar sea una constante en sus discursos acerca de las enfermedades), en el campo de las conductas y hábitos saludables ocurriría lo contrario. Inicialmente son los/as adolescentes y jóvenes quienes toman la decisión (en un contexto determinado de personas y mediaciones sociales) de practicarlos o no, de realizarlos o no, ubicándose, en este sentido, en un espacio simbólico y motivacional totalmente diferente al de la enfermedad, en un espacio, además, en el que teóricamente los jóvenes pueden controlar los comportamientos y evitar los excesos asociados a los mismos. De ahí que si la impotencia domina en el ámbito de la enfermedad, su contrario, el control, la posibilidad de control personal, será lo que domine como creencia en la aproxi-

mación a los hábitos saludables. De ahí, también, que sea la dependencia, el vicio, la falta de control personal el peor calificativo que hoy dirigen los/as jóvenes madrileños/as hacia este tipo de conductas cuando se cae en el campo del exceso... y en los problemas de salud derivados del mismo.

Una primera cuestión que ha aparecido con fuerza en los grupos es la existencia de una serie de **“modelos” corporales** que, a modo de tipos “ideales”, prescriben y proscriben, respectivamente, toda una serie de conductas relativas a la alimentación, al ejercicio físico, a los cuidados corporales, al desarrollo de toda una serie de prácticas relativas a los piercings y tatuajes, etc.

Modelos corporales atravesados, como dimensiones básicas, por la perspectiva de género, la situación social y el país de origen tal como hemos visualizado en el siguiente mapa en el que hemos representado tanto los modelos corporales aspiracionales de los jóvenes, como los espacios de riesgo asociados a los mismos.



La forma de acercarse, de aproximarse a estos tipos “ideales” de cuerpo parece ser variable en función de todo un conjunto de dimensiones. En este sentido, cabría hablar de tres formas dis-

tintas de vivir el cuerpo que irían asociadas a diferentes tipos de prácticas y que posibilitarían acercarse, por diversos caminos, a los citados modelos corporales.

**Del cuerpo heredado al cuerpo reconstruido.  
Pautas de cuidados en relación a los modelos corporales**

Cuerpo heredado	Cuerpo Construido	Cuerpo Reconstruido
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Cuerpo natural</li> <li>✗ Espacio de las tradiciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Cuerpo cultural</li> <li>✗ Espacio del trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Cuerpo artificial</li> <li>✗ Espacio del consumo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Cuidados de higiene básica</li> <li>✗ Alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Estrategias alimentarias y de ejercicio físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Intervenciones quirúrgicas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Cuidado del cabello</li> <li>✗ Baile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Uso de productos de belleza y cosmética en las chicas</li> <li>✗ Musculación, gimnasia y deporte en los chicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Piercings y tatuajes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Tiempo largo de expresión</li> <li>✗ Intervención básica, mínima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Tiempo medio de expresión</li> <li>✗ Intervención blanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Tiempo breve de expresión</li> <li>✗ Intervención intensa</li> </ul>

Modelos de vivencia del propio cuerpo más o menos cercanos a unos y otros grupos de jóvenes, en función de la articulación de unas y otras variables:

- Los chicos/as inmigrantes están más cerca de la idea de cuerpo natural.
- Las chicas y chicos españoles lo estarían de los cuerpos contruidos y reconstruidos. Asimismo, los sectores urbanos y más consumistas lo están del cuerpo reconstruido y los menos urbanos e integrados en el consumo lo estarían del cuerpo construido e, incluso, del cuerpo natural.
- A su vez y, tendencialmente, los sectores de clases acomodadas están más cerca del cuerpo reconstruido y los/as adolescentes y jóvenes de las clases medias y medias bajas más populares lo estarían del cuerpo construido y, en su caso, del cuerpo natural.

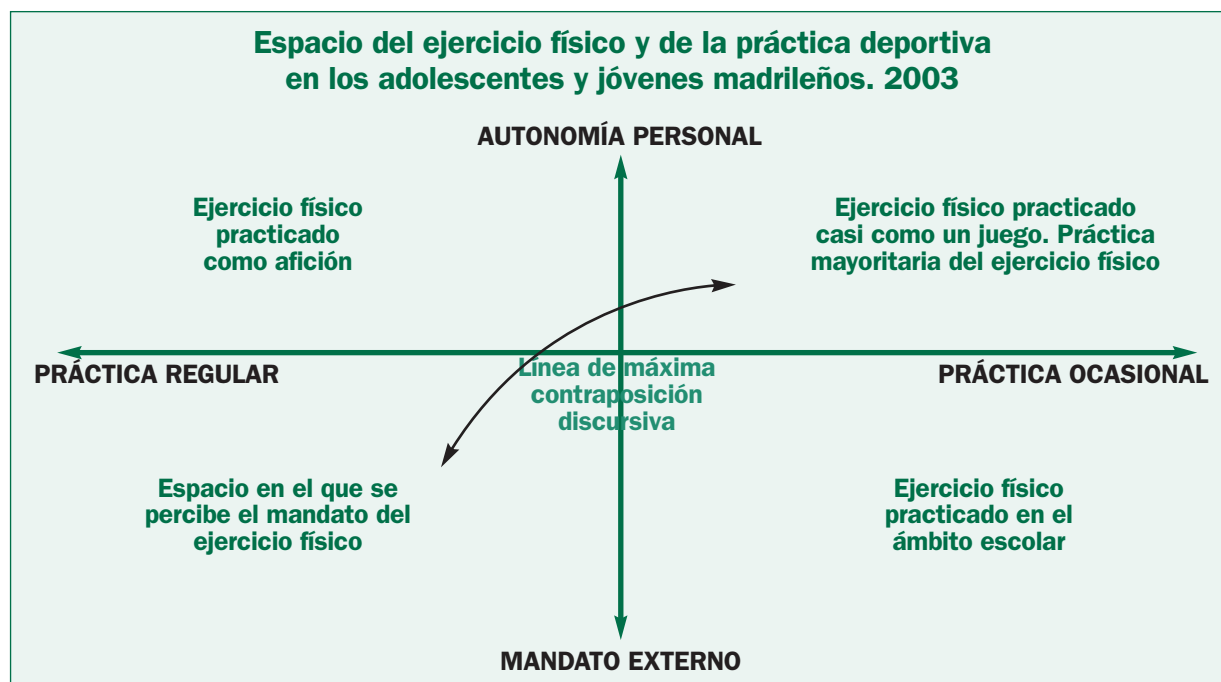
### 3.1. Alimentación y ejercicio físico.

➡ En la alimentación y en el ejercicio físico

se observa un deterioro de las prácticas saludables. El ejemplo de la “comida rápida” se ha generalizado como “emblema” de una forma de comer que desplaza las verduras, las frutas, la llamada dieta mediterránea. Situación en los jóvenes españoles que todavía es más acusada en los jóvenes inmigrantes entre los que la “comida rápida” es uno de los signos de las formas de vida a las que aspiran.

En este marco, se ha observado un cierto “relajo” en relación al mandato de las dietas y de los regímenes en las chicas de clases medias bajas, mientras se mantiene muy fuerte en las chicas de las clases medias altas.

En relación al **ejercicio físico**, los grupos expresan una fuerte tendencia al sedentarismo, una aproximación al ejercicio desde la lógica del placer y de las ganas más coyunturales y un cierto rechazo a cualquier tipo de mandato exterior que exija una cierta regularidad. De esta forma se expresan distintos espacios para el ejercicio físico, tal como se representa a continuación.



Mapa que permite visualizar la tendencia general de los discursos juveniles a contraponer la práctica del ejercicio constante y regular, inscrito en un mandato exterior, con la práctica deportiva más ocasional, más “presentista” realizada como afirmación momentánea e instantánea de las propias ganas, como resultado de la propia voluntad personal.

En este sentido, en coherencia con la línea del informe que viene subrayando la emergencia de una voluntad juvenil que trata de afirmarse frente a los mandatos exteriores, de una voluntad juvenil que trata de buscar sus propios caminos de desarrollo, los grupos no sólo cuestionan los mandatos más institucionales de las autoridades sanitarias a este respecto, sino que también cuestionan discursivamente los mandatos más modales y “estéticos” de la propia sociedad de consumo a este respecto.

### 3.2. Los piercings y los tatuajes.

Los piercings y los tatuajes significan, hoy en día, una de las “modas” que con mayor fuerza se están generalizando en la juventud madrileña para singularizar y modelar sus cuerpos. La vivencia del piercing parecería inscribirse en una práctica de afirmación de la personalidad frente a la familia de origen, en primer lugar, y frente al conjunto de pares, en segundo. Individualización, estilización del cuerpo que parecería subrayar la afirmación de la personalidad del propio joven, su propia autoestima y una especie de afirmación/demanda explícita de ser reconocido como ser más maduro y responsable. De hecho, la aceptación del primer piercing por parte de la familia parecería ser un equivalente al reconocimiento formal de una primera madurez.

En general parece existir muy poca conciencia de riesgo en dichas prácticas.

### 3.3. La conducción temeraria de motos y automóviles

La conducción temeraria de motos y automóviles por parte de los chicos jóvenes de Madrid parecería ser una práctica en crecimiento. Más allá de la tradicional asociación con el alcohol (en ligera recesión, parecería), lo que aparece con fuerza en los grupos es la práctica de dicha conducción como una forma de desafío a uno mismo y de conducta ostentosa ante los demás, las mujeres principalmente. Modelo de conducta que se traduce en una conducción peligrosa y con un creciente riesgo de accidentes peligrosos para sí mismos y para el entorno: derrapes, trompos, conducción en lugares aparentemente inaccesibles (en el caso de las motos, especialmente) generan todo un conjunto de situaciones de “alto riesgo” para los jóvenes.

Todo parece indicar que los chicos tienen “necesidad” de mostrar su maestría en la conducción, su control en la misma aunque sea con el riesgo de un accidente. De hecho, parecería que si no se realiza más dicho tipo de prácticas sería por los costes económicos que conllevan los citados accidentes, más que por las propias repercusiones que puedan tener en la propia salud.

### 3.4. La violencia

La **violencia** es otro de los temas que de forma recurrente aparece en los discursos masculinos y, de forma creciente, en los propios discursos femeninos. La idea de “no perder la cara”, de no



ser mal mirado por los demás, en el doble sentido de la expresión, parecería estar en la base de dichos conflictos además de la más tópica asociación con las drogas, el alcohol, ciertas formas de violencia fascista y, últimamente, ciertas formas de violencia racista.

Violencia que, a veces, tiene grandes repercusiones en la salud pero que se vive totalmente disociada de la misma, al margen de cualquier consideración sobre su posible carácter “no saludable”.

### 3.5. Los consumos de drogas

Los **consumos de drogas** constituyen otro de los grandes espacios de conductas juveniles más directamente relacionados con la salud. El conjunto de grupos ha señalado a este respecto las siguientes cuestiones, que vienen a integrar las drogas en los espacios de sociabilidad de los jóvenes como casi cualquier otra modalidad de consumo.

- La generalización de su consumo.
- La accesibilidad del mismo.
- Su normalización al punto que lo “raro” sería, “casi” no tomar, no consumir algunas de las distintas drogas de fuerte presencia en la juventud.
- El carácter festivo y situacional de su consumo de modo que, en función de cada contexto de relación social, se tiende a consumir diferencialmente un tipo de droga.

En todo caso, lo más característico de los discursos juveniles al respecto es el desplazamiento de la peligrosidad en sus consumos de la propia ingesta a un tipo de consumo marcado por las siguientes cuestiones:

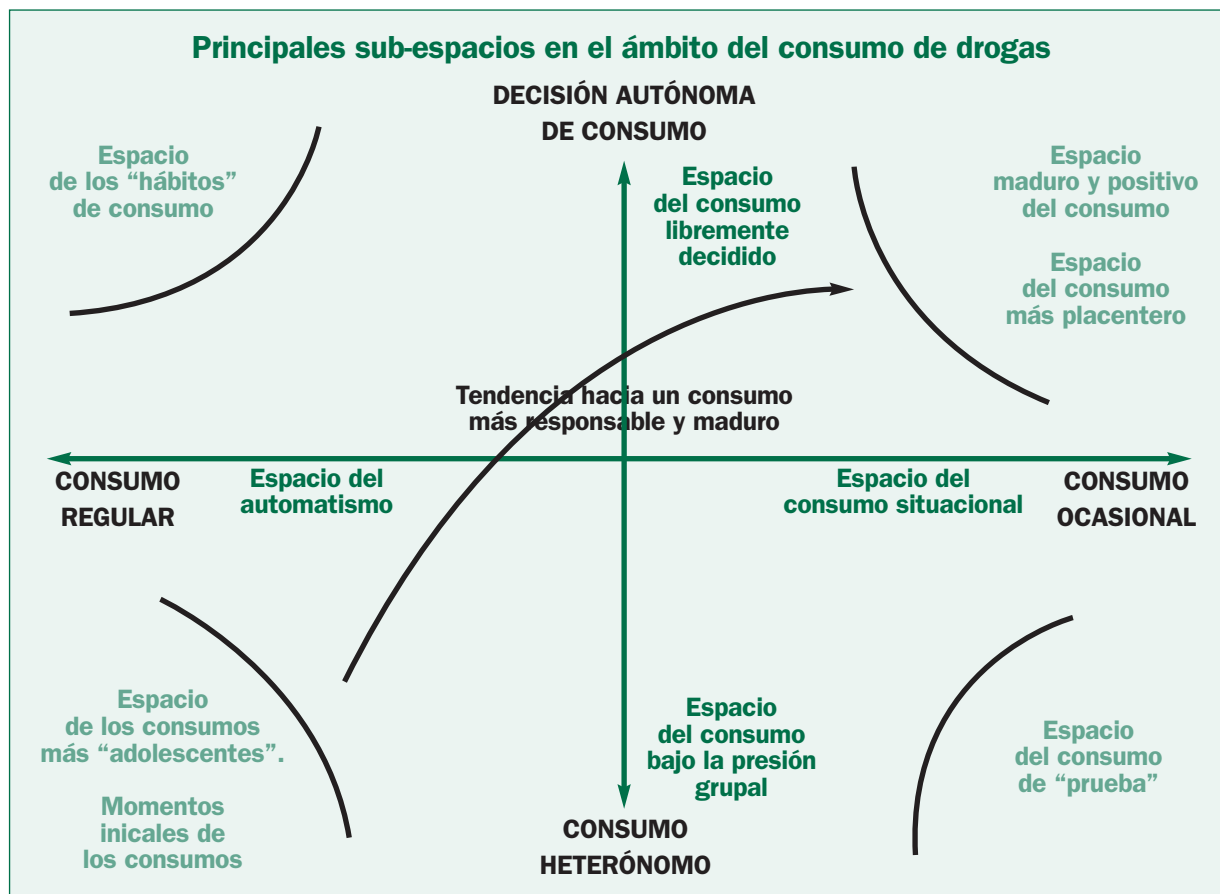
- El riesgo aparece en el abuso, no en el uso.
- El riesgo se percibe si existe conciencia de un órgano del cuerpo, de un órgano dañado.
- La mayor o menor capacidad de cada droga y, especialmente, de los modelos de relación con ella de provocar un modelo de relación adictivo, de pérdida de control en su consumo por parte de los jóvenes.

Quizás la nota más relevante de los discursos juveniles en relación a la peligrosidad de las drogas radique en la importancia que los jóvenes conceden a

- La regularidad en el consumo.
- **La sensación subjetiva de controlar el consumo o de depender del mismo.**

En la medida que la mayoría de los consumos suelen ser de fin de semana, la variable de la “regularidad” pierde mucha fuerza en la mayoría de los casos salvo en el del tabaco, de consumo frecuente y cotidiano. De esta forma, la peligrosidad se concentra en la sensación de “control” y/o de dependencia en el consumo. Sensación que, de nuevo, penaliza al tabaco en relación a otras drogas.

Sensación personal, creencia de control que, lógicamente, inscribe el consumo de drogas en un espacio de valoraciones en las que la opinión y violencia personal de los efectos de su consumo y la experiencia de los más próximos aparecen como los elementos fundamentales para promover uno u otro tipo de comportamiento. En la medida que los discursos morales, sanitarios u otro tipo de discursos normativos más generales, no prescriben conductas a este respecto, la evaluación personal basada en la experiencia propia y en la de los próximos se convierte en la piedra de toque de la relación con uno y otro tipo de drogas.



En cierto sentido, el conjunto de discursos tiende a banalizar, a reducir el peligro de los consumos (lo que es un elemento negativo) pero, al mismo tiempo, subraya con más fuerza que en el pasado el hecho de que cada joven tiene que aprender a controlar su propio y más singular modo de consumo. De ahí que el “vicio”, la “dependencia”, el “enganche” sean los calificativos usados para describir la situación de no control. De ahí, también, que los que no controlan se caractericen como “niños”, es decir, como personas todavía no maduras, como adolescentes que todavía no han crecido y madurado lo suficiente como para saber controlar cualquiera de estos tipos de consumo.

De esta forma, tal como tratamos de representar en el mapa adjunto, mientras el consumo inicial se percibiría como resultado del mandato social grupal que fo-

menta la “prueba” y luego consigue generalizar y regularizar el consumo, la prueba de la madurez creciente del adolescente y del joven sería el controlar el consumo, el inscribirlo en una práctica ocasional y lúdica, en un ámbito que reduce sus elementos negativos, asociados a los excesos, y se aprovecha de los teóricos efectos positivos de uno y otro tipo de drogas.

### 3.5.1. El consumo de alcohol

- El **consumo de alcohol** ofrece uno de los ejemplos más claros de lo señalado en el punto anterior. Su consumo se percibe como facilitador de la integración social, como un consumo “saludable” en la medida que ayuda a “sentirse bien” a los jóvenes, a tener “buen rollo” con los amigos, que en el caso de los jóvenes es prácticamente sinó-

nimo de buena salud. Asimismo, la organización de la vida social en la cultura madrileña hace del alcohol un consumo asociado de forma estrecha a la sociabilidad. Sin hablar, como subrayan los jóvenes, de todas las estrategias promocionales de las empresas fabricantes de alcohol, en sus distintas modalidades y graduaciones, que tienen en los jóvenes su público objetivo por antonomasia.

Al mismo tiempo y en paralelo, los discursos juveniles subrayan, prácticamente con la misma intensidad, cómo el exceso en el consumo, la “borrachera”, el “salir para ponerse pedo” se percibe de forma crecientemente negativa en la medida que impide el desarrollo de todos los teóricos efectos positivos de su consumo.

El consumo de alcohol presenta, pues, una cierta ambivalencia: percibido como positivo en el marco de una búsqueda más hedonista del bienestar, su exceso y, sobre todo, las posibles dependencias del mismo puede conllevar un efecto negativo de pérdida de autonomía, de pérdida de libertad personal por parte del mismo sujeto. De ahí que los jóvenes traten de superar dicho dilema viviendo de lleno en dicha ambivalencia, es decir, aprendiendo a jugar con el límite de la positividad/negatividad en su consumo, aprendiendo a consumir en la zona de riesgo, aprendiendo a hacer del riesgo, en una palabra, un incentivo más del consumo.

De ahí que todos los discursos grupales hayan subrayado la importancia de aprender a consumir para poder disfrutar al máximo de la bebida y de este juego con el límite. Situación que en los grupos se viene a caracterizar como la “*búsqueda del puntito*” o del “*puntillo*”. Búsqueda del “puntito” que se percibe asociado al conocimiento de uno mismo y a la particular relación que mantiene cada uno/a con el alcohol, con los alcoholes. Importancia

creciente de esta forma de consumo del alcohol que no deja de expresarse en todo un conjunto de planos:

- Cambios en el mundo del botellón y crecimiento de la censura social hacia las borracheras.
- Tendencia a la disminución de las borracheras y de los comas etílicos (reforzado por la ley contra el botellón).
- Desarrollo aparente de una actitud más responsable cuando se sale en grupo a beber.
- Cierta limitación en los excesos asociados al consumo.

Los resultados de la investigación apuntan, pues, a la existencia de un movimiento de “autocontrol” en el consumo, de un movimiento hacia un consumo más responsable (entendiendo cada joven este término de forma distinta en lo que se refiere a su traducción en la cantidad y modalidad de bebida ingerida) que debería ser reforzado y matizado, en lo que tenga de equívoco y/o negativo, por las políticas de promoción para la salud.

### 3.5.2. El consumo de tabaco

- ☛ El **consumo del tabaco** presenta un perfil y un modelo de aproximación muy distinto al del alcohol en la medida que, en la actualidad, se veía claramente su peligrosidad asociada al “órgano” dañado (los pulmones”) y a la dependencia, al “vicio” que generaría por las propias características de su modalidad de consumo cotidiano y frecuente y, se supone, por la presencia de alguna sustancia que genera la adicción.

En el marco de un conjunto de políticas orientadas a limitar su consumo, esta imagen del tabaco está logrando que, junto con la experiencia personal existente al respecto (casi todos los jóvenes tie-

nen un familiar o un próximo afectado por el tabaquismo), el consumo del tabaco esté penalizado, observándose no sólo una ligera y sostenida tendencia a un menor consumo sino un incremento de los intentos de dejar de fumar desde edades cada día más jóvenes.

En este contexto, cabría señalar varias razones que parece mantener “vivo” su consumo.

- El peso y la fuerza de su presencia en los ambientes juveniles.
- La posibilidad de compartir, de favorecer una mayor integración en los grupos de pares.
- Ciertos argumentos más particulares relativos a sus teóricos efectos sobre el adelgazamiento y la obesidad de los jóvenes. Argumento de fuerza entre las chicas jóvenes.

Desde estos puntos de vista, parecería existir una opinión juvenil favorable, abierta a la propuesta de “Centros Educativos sin Humo”. Centros Educativos sin Humo que, en el caso de la Universidad, por ejemplo, debería reforzarse con la dotación de unidades anti-tabaquismo para ayudar a los que deseen dejar de fumar. Al mismo tiempo, todo parece indicar que la educación para la salud podría hacer del tabaco un “emblema”, un ejemplo práctico generalizable a otras drogas que hoy no se ven peligrosas de lo que puede conllevar el consumo de drogas.

### 3.5.3. El consumo de hachís

- El **consumo de hachís** parecería estar progresivamente sustituyendo la función del tabaco entre los jóvenes madrileños. De hecho, en varios grupos se apunta que la iniciación al consumo de hachís se está empezando a realizar antes que la del propio tabaco y que, a veces, se compra el tabaco para liar el

“hachís”. Con una imagen que no presenta ningún perfil negativo (se llega a señalar ciertos efectos saludables en su consumo) y que, además, presenta el perfil muy positivo de ser la droga que genera mejor ambiente y buen rollo, convivial (¿) y tolerante, lejos de la agresividad y violencia asociada a otros entornos (alcohol pastillas...), su consumo parece evidenciar una línea de fuerte crecimiento al punto de ser, quizás, la sustancia actualmente más “emblemática” de los consumos juveniles actuales y de los ambientes relajados y conversacionales que los jóvenes madrileños buscan de forma mayoritaria (en especial en sus segmentos de clases medias y de clases más acomodadas).

El hecho de que los “porros” todavía gocen de una cierta mala imagen entre algunos sectores de adultos (a diferencia del alcohol y del tabaco), ayuda a reforzar más esta identificación estrictamente juvenil y ligeramente transgresora de su consumo.

### 3.5.4. Las pastillas y las drogas químicas

- Las **pastillas y las drogas químicas** presentan un consumo menos generalizado que las sustancias anteriores. Centrados en consumos de fines de semana y en ambiente de discotecas y de “after hours” parecen llegar más a las clases medias y medias bajas que a sectores más acomodados. La imagen de los “bakalas”, consumidores de este tipo de drogas, marca mucho su imagen.

Todo parece indicar que están evidenciando un fuerte crecimiento en su consumo con el agravante, además, de que por su forma de producción y distribución es bastante habitual que se modifique perió-

dicamente su composición de forma que sus consumidores, creyendo que toman un tipo de sustancia, ingieren otra con las graves repercusiones que ello conlleva.

Otro aspecto peligroso del consumo de este tipo de sustancias sería la combinación que se realiza con otros tipos de drogas con graves resultados para la salud de sus usuarios.

Fuera de los circuitos de consumidores emerge una cierta mala imagen y un cierto conato de experiencias más o menos próximas que, por un lado, habla de la generalización de sus consumos y, por otro lado, empieza a crear un cierto clima de opinión negativo ante las mismas. Dimensión que habrá que reforzar, además de intervenir en los circuitos de distribución de forma que se pueda conocer realmente la composición de estas sustancias, ya que entre los consumidores de las mismas uno de los rasgos dominantes es que “creen” controlar su consumo y cuando ingieren una nueva sustancia creyendo que es la misma de siempre no deja de agravarse el riesgo para su salud.

### 3.5.5. La cocaína

La **cocaína**, por último, también parece ser una droga de fuerte crecimiento basada en su imagen de “élite” y de droga de los “triunfadores” más allá de que su consumo está extendido a más sectores sociales.

## 3.6. Las relaciones afectivo-sexuales

El mundo de las **relaciones afectivo-sexuales** significa el otro gran campo de preocupaciones en el ámbito de la salud de los jóvenes. Campo en el que las diferencias entre jóvenes madrileños de origen español y de origen inmigrante aparecen con más fuerza.

En lo que se refiere a los jóvenes españoles cabría apuntar las siguientes cuestiones. De forma sintomática parecería existir una tendencia a adelantar la edad de inicio de las relaciones sexuales completas, desde los 17-18 años en las que está/estaba situada estos últimos años a un entorno próximo a los 16-17 años. Dada la fuerte relación existente entre la conciencia de una cierta madurez personal y el mantenimiento de este tipo de relaciones, cabe pensar que en la medida que los jóvenes madrileños se sientan más maduros inicien en una edad algo más temprana dicho modelo de relaciones.

Las relaciones sexuales completas tienden a inscribirse, de forma creciente, en el marco de una relación afectiva. Asimismo la “genitalidad” que marcaba especialmente la aproximación masculina a esta dimensión tan central en la vida juvenil, pareciera estar abriéndose a una concepción más rica y diversa, más inscrita en un mundo afectivo más fuerte. De esta forma, este tipo de relación tiende a regularizarse de forma paralela al desarrollo de dicho tipo de relaciones más estables. Ahora bien, en la medida que dichas relaciones “estables” presentan una duración algo más limitada que en el pasado, se producen lo que podríamos llamar unas relaciones secuencialmente “monogámicas” en el tiempo pero que abre el número potencial de parejas. Aspecto más subrayado por los chicos que por las chicas.

### 3.6.1. Las prácticas de riesgo

A tenor de lo producido en los grupos, este modelo de relación también parecería ir asociado a una cierta zona de riesgos en la medida que parece dar pie a la existencia de relaciones sexuales completas sin preservativo en algún caso ya que, en la medida que se conoce la pareja, los ries-

gos de ETS disminuyen y el de embarazos no deseados también. Aunque el discurso del preservativo sigue siendo un discurso dominante y de principio, en relación a estudios de hace cuatro o cinco años se observa una mayor apertura al “coito interrumpido”, como método (teóricamente) anticonceptivo, y a la realización ocasional de relaciones completas sin preservativo en mayor número de ocasiones (discursivas) que en el pasado. Situaciones discursivas que parecieran señalar dicho “relajamiento” del discurso normativo más tradicional a este respecto.

Sin embargo, al mismo tiempo que pareciera rebajarse la vigilancia normativa en el seno de las diversas relaciones de amistad con las que se mantienen este tipo de relaciones sexuales completas, parecería que las relaciones con desconocidos/as estarían más penalizadas que en el pasado, como si las relaciones sexuales se mantuvieran en el seno de una especie de gran grupo (endogámico) en el que se pueden producir distinto número de cambios de pareja, mientras que, por el contrario, las relaciones con el exterior a dicho grupo se redujeran de forma significativa.

### 3.6.2. Los métodos anticonceptivos

El preservativo sigue siendo el método rey, más allá de los matices citados anteriormente. Asociado de forma creciente a la prevención de embarazos no deseados, la presencia posible de ETS, el VIH-sida entre ellas, parece contar con menor fuerza disuasoria que en el pasado.

### 3.6.3. La píldora

La píldora sería de uso más minoritario. Más presente en las universitarias de sectores sociales acomodados que en el resto de chicas jóvenes. Su uso parece

penalizado por ciertos elementos: inseguridad asociada al olvido, repercusiones negativas en la salud y en la estética (se dice que engorda) así como a ciertas dificultades de accesibilidad (precio y receta médica).

### 3.6.4. La pastilla post-coital

La **pastilla post-coital** expresa una presencia significativa en los grupos. En casi todos ellos surgen experiencias personales de las asistentes o de amigas próximas que se han visto “obligadas” a utilizarla. Existe una opinión generalizada de que no hay que utilizarla por las fuertes repercusiones en las chicas que lo hacen (descarga hormonal fuerte, malestar...).

Sin embargo, su utilización aparece crecientemente legitimada como “último recurso”. Existen fuertes críticas en relación a sus formas de dispensación y a los modos y a las actitudes con que, a veces, los profesionales reciben a los jóvenes que la demandan. La accesibilidad es todavía reducida, especialmente en los momentos de fin de semana que más se necesitan. Los horarios de los centros aparecen disuasorios. El boca a boca hace que los jóvenes se orienten hacia ciertos Centros de Planificación Familiar en los que se sabe que se produce una mejor acogida y que se respeta la confidencialidad al máximo. En su defecto se desarrollan otras estrategias (medicina privada, retórica que agrava la situación...) para tratar de solucionar el problema de su dispensación. En ciertos sectores juveniles se percibe como un “abortivo”.

### 3.6.5. Jóvenes inmigrantes

Los/as jóvenes madrileños procedentes de los países del Caribe, Colombia y Ecuador representados en los grupos

evidencian un fuerte déficit y confusión en lo que se refiere a los distintos métodos anticonceptivos. Sin ser una base suficiente como para afirmarlo con rotundidad, sí aparecen muchos síntomas, convergentes con otras informaciones exteriores al estudio, que señalan la existencia de más prontas relaciones sexuales que entre los españoles (a los 13-14 años parecieran iniciarse en más de un caso) y con unas mayores dosis de riesgo en la medida que los chicos parecen expresar un discurso muy negativo, de rechazo frontal a utilizar el preservativo.

Los frenos a los embarazos no deseados y a las ETS parecen operar también de forma distinta a lo que ocurre entre los jóvenes españoles. Existe una mayor aceptación (relativa) de los embarazos no deseados y un mayor miedo a las ETS, el VIH-sida entre ellas, en la medida que existe una mayor apertura a relaciones con desconocidos y con colectivos, como las prostitutas, en los que podría creerse en la presencia mayor de ETS.

Las chicas jóvenes parecen más abiertas al uso de los preservativos y a la educación sexual, a la misma planificación familiar (reforzada esta cuestión por sus propias madres). Sin embargo, los varones del grupo se muestran contrarios a su uso al punto de señalar que las relaciones sexuales sin preservativo se convierten en una condición sine qua non para mantener cualquier tipo de relación de “noviazgo” o afectiva en general.

Entre los chicos los tópicos sobre el preservativo son muy abundantes, evidenciándose la necesidad de un plan de educación para la salud hacia los jóvenes inmigrantes que tenga en cuenta sus creencias, el pudor con que se expresan y las distintas circunstancias vitales por las que

atraviesa su integración en la sociedad madrileña.

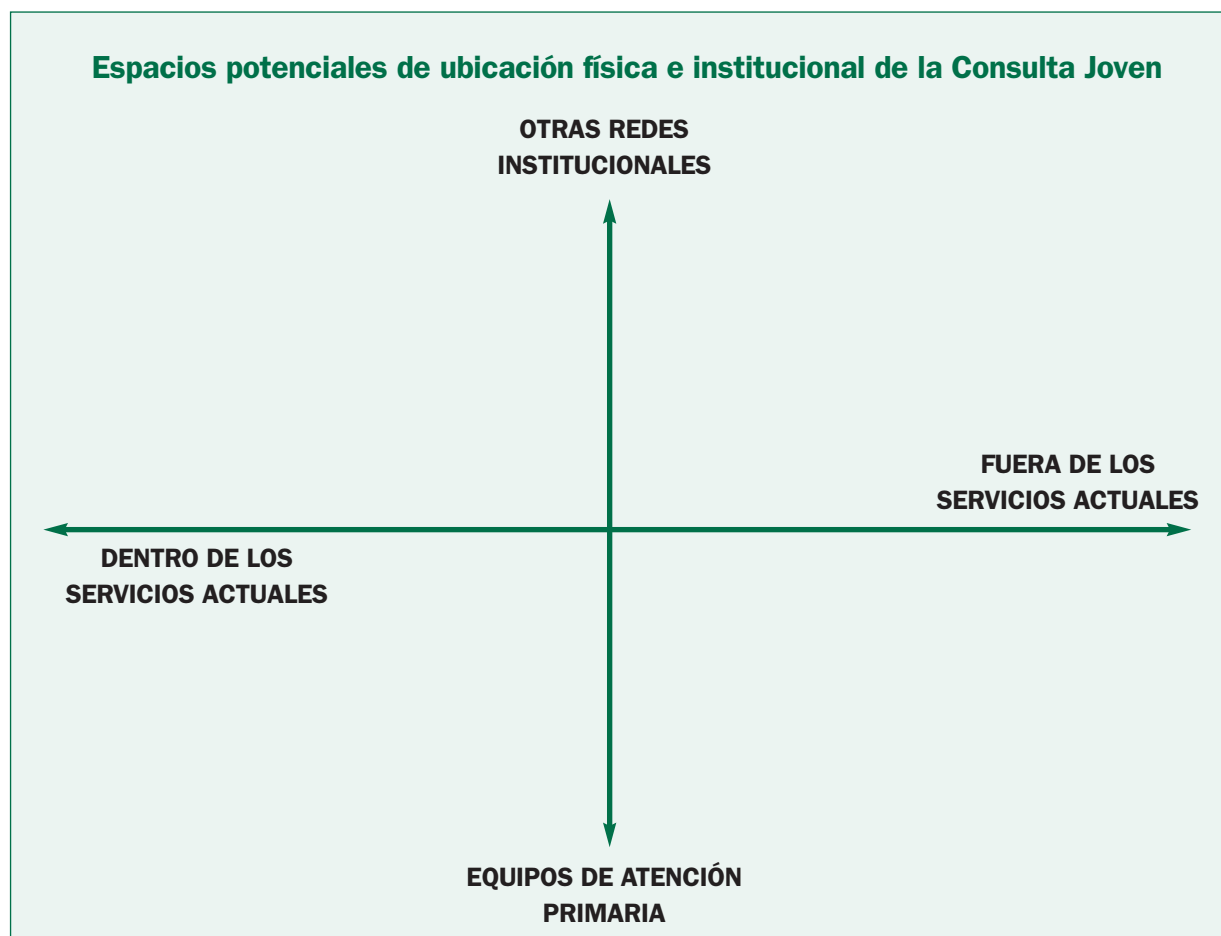
### 3.6.6. La visita al ginecólogo

La visita al ginecólogo entre las jóvenes españolas parece una práctica muy minoritaria. Existe todo un discurso que rechaza la visita (sensación de ser violentadas, de ser simbólicamente agredidas por los varones médicos, carácter no necesario de la visita, asociación con los embarazos...). Dado que se cree que si se va al ginecólogo es porque pasa “algo” (embarazo o enfermedad), la primera visita se carga de dramatismo y se trata de alejar en el tiempo.

En este mismo orden de cosas, la posible relación entre el ginecólogo y la madre de la joven opera en una dirección disuasoria de la visita. La conclusión es clara: el discurso mayoritario rechaza la visita al ginecólogo y sólo admite ir “*cuando no queda más remedio*”.

### 3.6.7. La consulta Joven

La Consulta Joven entre los profesionales entrevistados y en función de los discursos juveniles, ofrece un perfil ambivalente: se ve necesario trabajar con adolescentes y jóvenes que no suelen acceder al sistema sanitario, a los equipos de Atención Primaria. Surgen muchas dudas sobre el enclave institucional de dicha consulta (si en los equipos de Primaria o en otros ámbitos) y sobre la propia caracterización de la Consulta y de sus formas de trabajo (si debe estar en algún sitio al que accedan los jóvenes o si debe ir a donde están los jóvenes, por ejemplo, universidades y centros escolares). Dudas que hemos tratado de representar en el siguiente gráfico.



Además de dichas dudas, existe un claro consenso sobre las características que debería tener la consulta y sobre algunos problemas previos que debería tener en cuenta y resolver:

- La posible objeción de conciencia de los profesionales.
- Ciertos vacíos y contradicciones legales para intervenir en menores de 18 sin consentimiento paterno.
- La confidencialidad.
- La formación de los profesionales en las formas de abordar a adolescentes y jóvenes.
- Los horarios de atención adecuados a la vida juvenil.
- La necesidad de atención integral a la salud de los jóvenes, entendida la salud en una forma amplia y no sólo biomédica.



## Recomendaciones a los programas de salud pública

Los discursos juveniles a este respecto señalan la inscripción de la educación para la salud en un espacio articulado en torno a dos dimensiones básicas:

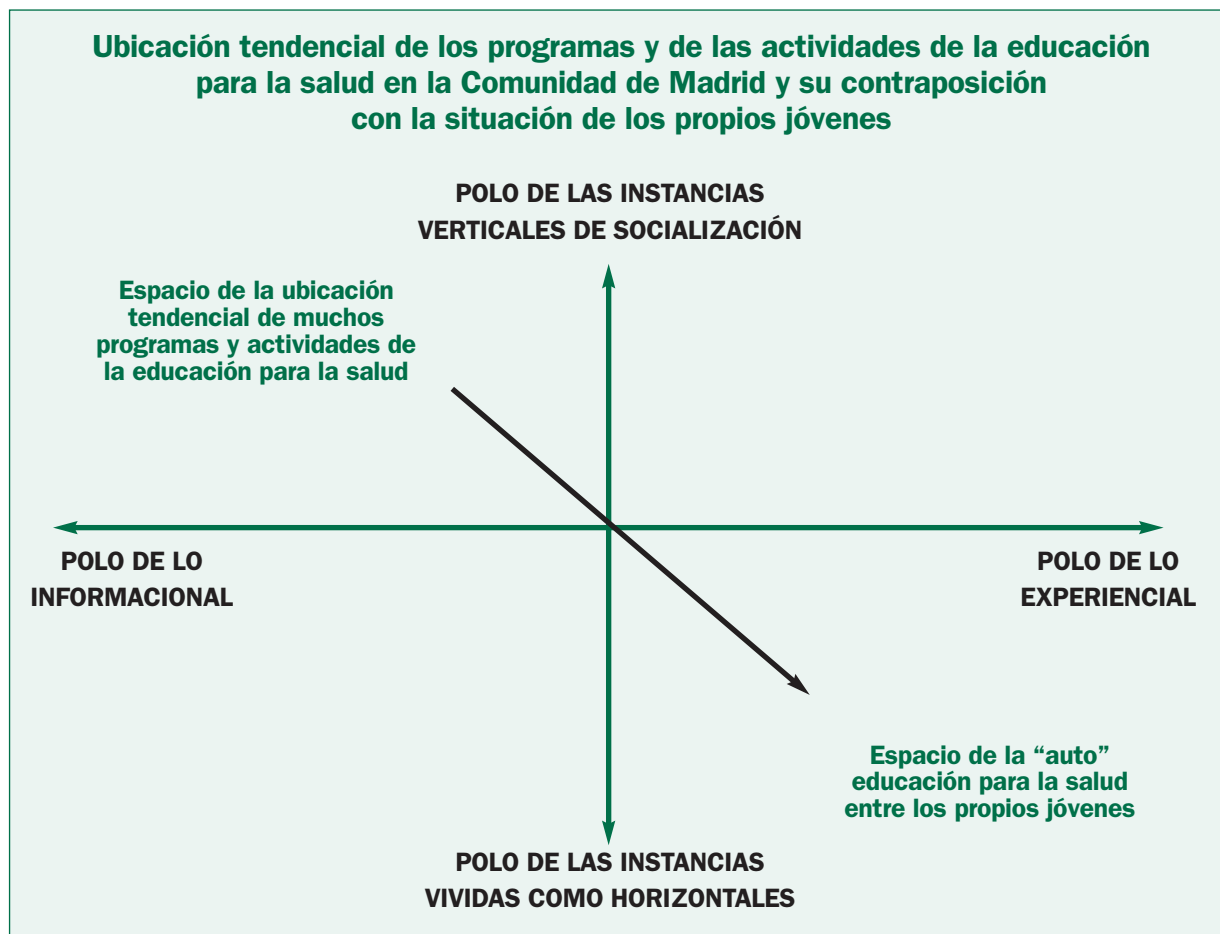
- La instancia que realiza la educación (familia, escuela, amigos...).
- Los contenidos de la educación, más estrictamente informacionales (la “charla” o el “sermón”, como ejemplo) o más experienciales con una interpe-lación más directa a la decisión y al compromiso del joven.

La opinión mayoritaria de los jóvenes tiende a contraponer el carácter habitualmente normativo y prohibitivo de las “charlas” adultas en la familia y en la escuela: “no hagas...”, “no fumes...”, “no bebas...” y su carácter estrictamente informacional, con la dimensión más abierta y menos normativa, más de acompañamiento experiencial, que posee la educación para la salud que se desarrolla entre los propios jóvenes

a partir de sus propias experiencias, del acceso a Internet y a los medios de comunicación más clásicos, etc., tal como tratamos de visualizar en el gráfico de la página siguiente.

En este mismo sentido, los jóvenes subrayan negativamente los siguientes aspectos de los cursos recibidos.

- Contenidos informativos muy centrados en lo biológico, lo orgánico, lo fisiológico, lo científico-técnico, lo anatómico, la composición de las sustancias... (según los cursos de que se trate) sin abordaje de las facetas afectivas, relacionales, vitales, experienciales asociadas a la mayoría de los comportamientos de los que se habla.
- Orientación cientifista y no humanista de los cursos que censura las aproximaciones juveniles al respecto, necesariamente más ambivalentes y permisivas.
- Orientación normativa y prohibitiva de los cursos.



- Proyección de un modelo de relación con los adolescentes y jóvenes en la que éstos aparecen como menores de edad, ignorantes y “mongolitos”, como en frase expresiva describen.

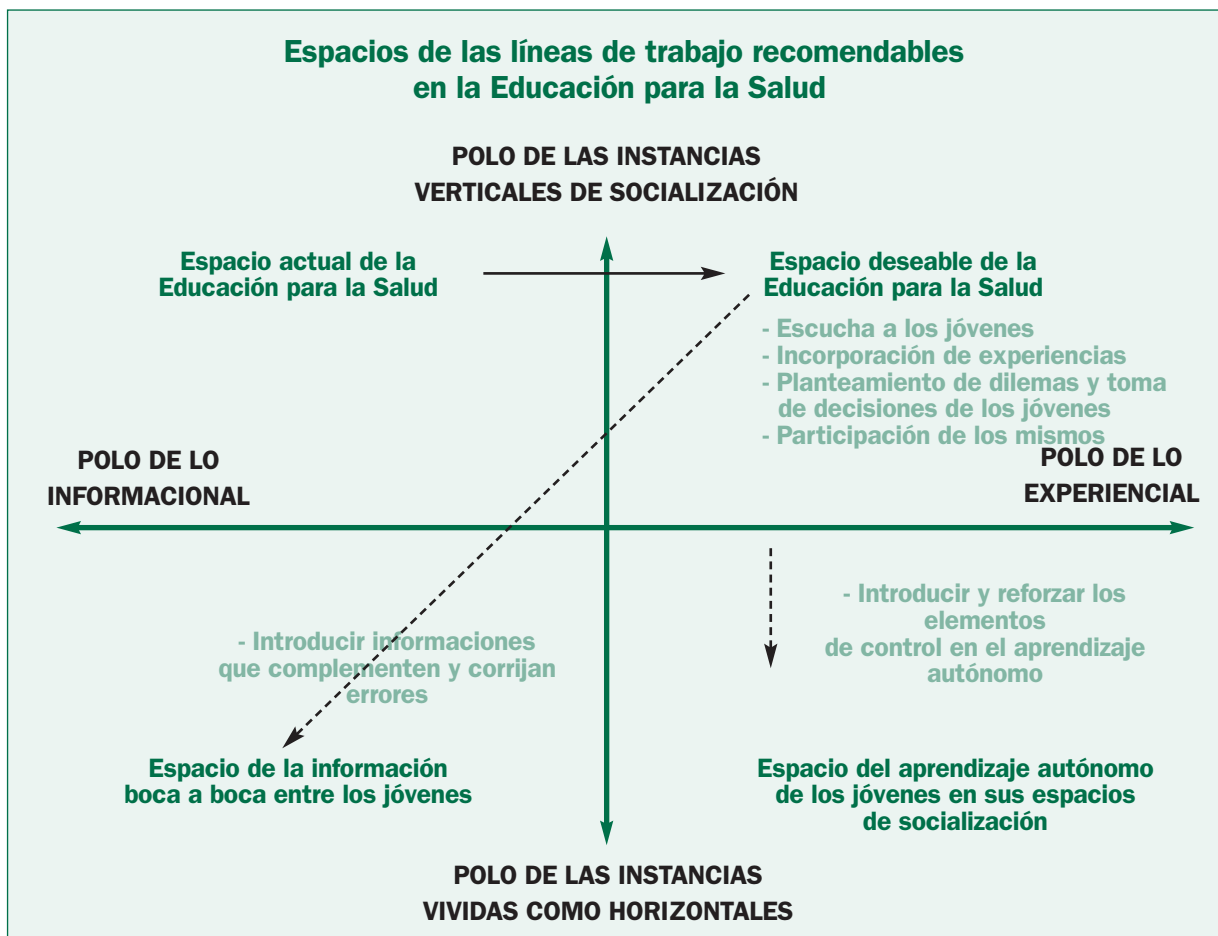
Conjunto de dimensiones que lleva a los/as adolescentes y jóvenes madrileños/as a cuestionar el modelo de educación para la salud que perciben en sus centros escolares.

- ☛ Asimismo, los/as jóvenes señalan la escasa presencia de la educación sexual en sus centros escolares.

Parece claro, pues, que habría que reflexionar sobre el modelo de educación para la salud hoy dominante a los ojos de

los jóvenes. A este respecto, cabría pensar que la orientación de la Educación para la Salud, su posición en el mapa anterior debería de cambiar para ubicarse en una nueva posición, tal como hemos tratado de representar en el mapa de la página siguiente.

Es decir, el espacio ideal de posicionamiento de la promoción y educación para la salud de los adolescentes y jóvenes madrileños debería situarse en el cuadrante ocupado por el polo de las instituciones verticales, ya que un profesional, un profesor/a, un médico/a, un maestro/a, un enfermero/a, tenga la titulación que tenga, siempre va a ocupar un papel de “autoridad” (en el mejor y, también, en el peor sentido de la expresión) de cara a



los jóvenes. Ahora bien, dicha “autoridad” debe ser realmente “autoridad”<sup>43</sup>, es decir, debe ayudar a crecer, a madurar, a ser más responsables de sus actos a los adolescentes y jóvenes. Ello conlleva que la educación para la salud debe ser activa, participativa, abierta a los jóvenes, basada en la escucha de sus problemas y en el planteamiento de opciones, de situaciones, de dilemas, de experiencias que ayuden a que el joven tome lo más autónomamente posible la decisión más aconsejable para su salud. Incorporación del nivel de la experiencia real o representada que parece clave a este respecto.

La ubicación de la Educación para la Salud en este espacio permitiría, además,

intervenir más positivamente en los otros espacios donde se desarrolla la misma de forma más autónoma entre los propios jóvenes.

En primer lugar, si la educación de la salud se abre a la escucha inicial de los jóvenes, el profesional podría intervenir para modificar, para complementar, para corregir informaciones erróneas que puedan tener los jóvenes al respecto. Actividades tan sencillas como recoger por escrito un día antes de la actividad programada las preguntas y dudas de los jóvenes; promover un debate abierto tras la visión, por ejemplo, de un video; trabajar en la clase una noticia aparecida en la prensa; abrir un debate sobre un tema de in-

<sup>43</sup> En este entorno conviene recordar que una de las raíces etimológicas del término autoridad significa “hacer crecer” (Conde, 2002).

terés para los jóvenes, etc., etc., permite que surja un debate abierto, que el profesional pueda escuchar y, en un momento posterior, pueda intervenir para enriquecer y/o corregir las informaciones, las creencias existentes entre los jóvenes.

Una forma de intervenir más directamente en estos espacios más horizontales de información entre los propios jóvenes podría ser utilizar las herramientas de los medios de comunicación, de las nuevas tecnologías, de los chats, de las formas en las que se debate a este respecto, como no dejan de apuntar y sugerir en alguno de los grupos realizados.

En segundo lugar, si la Educación para la Salud comprende y asume lo que significa jugar con el riesgo para los jóvenes, si la Educación para la Salud entiende las ambivalencias que rodean los comportamientos juveniles y la potencialidad de positividad que muchos de dichos comportamientos encierran, en lugar de condenarlos en bloque, de malinterpretarlos, de promover una posición estrictamente normativa, ayudaría a enfrentarse al joven con los mismos y ya sea mediante el citado planteamiento de los “dilemas”<sup>44</sup>, ya sea mediante el planteamiento de “casos y supuestos” sobre los que el joven debe actuar, interpelará al joven y ayudará a reforzar los elementos de autocontrol que éstos ya están desarrollando en sus conductas.

Introducción de un nuevo elemento de control en la vida juvenil, favorecido desde la “Educación para la Salud”, que no dejaría de reforzar los emergentes de control y de responsabilidad desarrollados por los propios jóvenes.

De este modo, todo parece indicar que

un planteamiento de la Educación para la Salud basado realmente en una concepción del riesgo, de la actividad del riesgo como característica propia de la adolescencia y juventud madrileña, del incremento de dichos comportamientos en función de todo lo analizado en el informe y de la emergencia de toda una serie de comportamientos centrados en el juego con el límite y en el evitar el exceso, sería un planteamiento muy positivo para reforzar todos los elementos positivos y de autocontrol que ya hay en los jóvenes e introducir otros nuevos de modo que se mejore la situación de adolescentes y jóvenes con respecto a la salud.

Educación para la Salud basada en la comprensión y en la asunción de la búsqueda del riesgo por parte de las nuevas generaciones de madrileños/as que debe tener, como mínimo, el objetivo de acercar el “límite” que cada joven se plantea como algo singular y subjetivo, a la experiencia de los límites que, de forma más convencional, se conocen en el ámbito de la salud en base a la experiencia adquirida. Objetivo que permitiría ir reduciendo paulatinamente, pero de forma constante, las prácticas más negativas, los excesos más negativos para la salud de los propios jóvenes y, al mismo tiempo, incrementar los hábitos y las prácticas saludables que éstos necesitan para su crecimiento y desarrollo.

Por último, señalar que en relación a los profesionales que desarrollan la Educación para la Salud en los centros escolares, la opinión mayoritaria en los grupos es que dicha actividad debería ser protagonizada por alguien externo al propio centro.

---

<sup>44</sup> El mismo planteamiento de la campaña “Si te lías, úsalo” se inscribe irónicamente en esta línea de trabajo.

---

# BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 10. vol. 9. Octubre 2003.
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, nº 6, vol.10, Junio 2004.
- Antona A. Madrid J. y Aldéz M. (2003). “*Adolescencia y Salud*” en Papeles del Psicólogo nº 84. Colegio Oficial de Psicólogos de España. Madrid.
- Comas D. y Granados O. (2002). “*El Rey Desnudo. Componentes de Género en el Fracaso Escolar*”. Plataforma de Organizaciones de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Conde F. y Santamarina C. (1998), “*Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños*”. Documentos Técnicos de Salud Pública. Nº 45. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.
- Conde F. (1997), “*Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la Población Activa Masculina de la Comunidad de Madrid*”. Documentos Técnicos de Salud Pública. Nº 48. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.
- Conde F. y Camas V. (1997), “*Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid*”. Documentos Técnicos de Salud Pública. Nº 48. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.
- Conde F. (1999). “*Los Hijos de la Desregulación*”. CREFAT. Cruz Roja. Madrid.
- Conde F. y Gabriel C. (2000). “*La evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres madrileñas*” (en proceso de edición en la serie de Documentos Técnicos en Salud Pública de la Comunidad de Madrid).
- Conde F y Gabriel. C. (2002). “*La evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres madrileñas*”. Revista Española de Salud Pública. Vol. 76. nº 5. Septiembre-Octubre 2002. M. Sanidad y Consumo. Madrid.
- Conde F. y Alonso L.E. (2002). “*Gente conectada: la emergencia de la dimensión fática en el modelo de consumo glocal*” en Política y Sociedad vol. 39 nº 1. Facultad de

- Ciencias Políticas y Sociología. U. Complutense. Madrid.
- Conde F. (2002). *“La Mirada de los Padres. Crisis y Transformación de los modelos de educación de la juventud”*. CREFAT. Cruz Roja. Madrid, Debats. Nº 76. 2002. *Del post al ciberfeminismo*. Valencia.
- Hernán M, Ramos M, y Fernández A. (2002). *“Salud y Juventud”*. Consejo de la Juventud de España.
- Fernández Esquinas M. y Ruiz Ruiz J. (2003). *“Las razones de los Jóvenes. Discursos de los Jóvenes Andaluces”*. Instituto Andaluz de la Juventud. Junta de Andalucía.
- Galvez A. López A y Seoane L. (2000). *“La venta de preservativos a la población adolescente y joven desde las oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid”*. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (Documento fotocopiado).
- Le Breton. (1999). *“L´adieu au corps”*. Métailié. Paris.
- Le Breton. (2002). *“Signes d´Identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles”*. Métailié. Paris.
- Le Breton. (2002). *“Conduites à risque”*. PUF. Paris.
- Lipovetsky. G. (2003). *“La Societé de hyperconsommation”*. Le Debat. Nº 124. Marzo-Abril 2003.
- Madrid J. (coord.). (2003). *“Formas de vida y contextos de consumo de drogas de adolescentes usuarios que practican botellón”*. (Documento fotocopiado).
- Martín Serrano M y Velarde Hermida O. (2001). *Informe Juventud España 2000*. INJUVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Marinas J.M. *“El Cuerpo del Consumo”* en El Rapto de Europa nº 1. Diciembre de 2002.
- Megías E. (coord.). (2002). *“Hijos y Padres: Comunicación y Conflicto”*. FAD. M. del Interior.
- Pérez Alonso-Geta PM y Canovas Leonhardt. P (2002). *“Valores y Pautas de interacción familiar en la adolescencia”*. Fundación Santa María.
- Renaut A. (2002). *“La Libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l´enfance”*. Bayard-Calmann-Levy. Paris.
- Requena M. (2002) . *“Formación de pareja y fecundidad: una simulación con datos de la Comunidad de Madrid”*. Emperia. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. Nº 5. UNED. Madrid.
- Revistas de Estudios de Juventud nº 37, 50 y nº 54.
- Rodríguez E. (coord.). (2002) *“Jóvenes y videojuegos. Espacio, significación y conflictos”*. FAD. INJUVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rubio J. (1995). *“La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid”*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Nº 27. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.
- Seoane. L. 1996. *“Factores que determinan el Comportamiento Alimentario de la Población Escolar de la Comunidad de Madrid”*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Nº 36. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.
- Sennet R. (1999). *“La corrosión del carácter”*. Anagrama.
- Shering España. (2002). *“1ª Encuesta Shering sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española”*. (Documento fotocopiado).







## COLECCIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

- Nº 1 Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.
- Nº 2 Sida y Escuela.
- Nº 3 La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid.
- Nº 4 El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco.
- Nº 5 Alcohol y Salud.
- Nº 6 Actualizaciones sobre Tabaco y Salud.
- Nº 7 Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.
- Nº 8 Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico.
- Nº 9 La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 10 Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 11 Discurso del personal sanitario de la Comunidad.
- Nº 12 Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.
- Nº 13 Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 14 Manual de Inmunizaciones.
- Nº 15 Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.
- Nº 16 La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 17 Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.

- Nº 18 Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
- Nº 19 La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 20 Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
- Nº 21 Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
- Nº 22 Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
- Nº 23 Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
- Nº 24 Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
- Nº 25 Guía para la realización de Auditorías medioambientales en las empresas.
- Nº 26 Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 27 La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
- Nº 28 Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994.
- Nº 29 II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
- Nº 30 Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
- Nº 31 Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos.
- Nº 32 Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
- Nº 33 El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
- Nº 34 La actividad física en la población adulta de Madrid.
- Nº 35 Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
- Nº 36 Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid.
- Nº 37 La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid.
- Nº 38 Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
- Nº 39 La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
- Nº 40 Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
- Nº 41 La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos socio-sanitarios.
- Nº 42 Dietas mágicas.

- Nº 43 Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
- Nº 44 Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis.
- Nº 45 Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
- Nº 46 Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 47 Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid.
- Nº 48 Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 49 Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
- Nº 50 Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
- Nº 51 Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 52 La infestación por piojos.
- Nº 53 Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
- Nº 54 Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación.
- Nº 55 La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
- Nº 56 Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
- Nº 57 La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
- Nº 58 Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.
- Nº 59 Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica.
- Nº 60 Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo.
- Nº 61 La enfermedad celíaca
- Nº 62 Programas de Salud Pública 2.000
- Nº 63 Memoria 1.999. Programas de Salud Pública
- Nº 64 Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2.000-2.003
- Nº 65 Memoria 1.996-1.999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

- Nº 66 Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid
- Nº 67 Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid
- Nº 68 Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid
- Nº 69 Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria
- Nº 70 Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid
- Nº 71 El farmacéutico agente de salud
- Nº 72 Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres
- Nº 73 Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid
- Nº 74 Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal
- Nº 75 Tratamiento de la pediculosis de la cabeza
- Nº 76 Programas de Salud Pública 2.002
- Nº 77 Mortalidad en Vallecas
- Nº 78 Planes y Programas de Salud Pública 2.003
- Nº 79 Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerequisites en las empresas alimentarias
- Nº 80 Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3
- Nº 81 Control sanitario del Transporte de Alimentos
- Nº 82 Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid
- Nº 83 Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid
- Nº 84 Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid
- Nº 85 Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid
- Nº 86 La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas
- Nº 87 Memoria 2.002. Programas de Salud Pública
- Nº 88 La promoción de la salud en el medio rural: Necesidades y demandas expresadas por las mujeres
- Nº 89 Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2.000.

Sistema de Información sobre salud de carácter sociocultural

Comunidad de Madrid 2.006-2.007

- Nº 90 Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid
- Nº 91 Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante
- Nº 92 La Violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud. Informe del estudio cualitativo
- Nº 93 Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Informe 2.004. Volumen I: Discursos sobre la Salud y la Enfermedad
- Nº 94 Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Informe 2.004. Volumen II: Prácticas y Comportamientos relativos a los hábitos saludables
- Nº 95 Estructura de la Industria Alimentaria y las tendencias del consumo en la Comunidad de Madrid: Base para la realización de estudios sectoriales
- Nº 96 Situación actual del mercado lácteo en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
- Nº 97 Situación actual del sector cárnico en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
- Nº 98 Detección precoz de hipoacusias en recién nacidos.

- Nº 99 Actuaciones en Bioseguridad para prevenir las inoculaciones accidentales en el personal sanitario de la Comunidad de Madrid. Estudio piloto: Informe de resultados

- Nº 100 La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención

### COLECCIÓN NUTRICIÓN Y SALUD

- Nº 1 La dieta equilibrada, prudente o saludable
- Nº 2 El desayuno saludable
- Nº 3 Nuevos alimentos para nuevas necesidades
- Nº 4 El agua en la alimentación (próxima publicación)
- Nº 5 La alergia a los alimentos
- Nº 6 El pescado en la dieta
- Nº 7 El aceite de oliva y la dieta mediterránea
- Nº 8 Frutas y verduras, fuentes de salud

### COLECCIÓN DOCUMENTOS DE SANIDAD AMBIENTAL

- Manual para el autocontrol y gestión de abastecimientos de agua de consumo público

- Control del riesgo químico de sustancias y preparados peligrosos. Manual de buenas prácticas
- Guía para la prevención de la Legionelosis en instalaciones riesgo
- Campos electromagnéticos: I Telefonía y Salud Pública (próxima publicación)
- Variables Meteorológicas y Salud

### COLECCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

- Nº 1 Dormir bien: Programa para la mejora del sueño
- Nº 2 La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo
- Nº 3 Salud mental en el anciano: Identificación y cuidados de los principales trastornos

- Nº 4 El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud
- Nº 5 Prevención y promoción de salud del anciano institucionalizado: La residencia como espacio de convivencia y de salud
- Nº 6 La salud bucodental en los mayores: Prevención y cuidados para una atención integral
- Nº 7 Guía de higiene integral en residencias de personas mayores
- Nº 8 Derecho a una visión en los mayores: Evitar la ceguera evitable. Prevención y cuidados para una atención integral
- Nº 9 Actividad física y ejercicio en los mayores. Hacia un envejecimiento activo

Páginas web:  
[www.publicaciones-isp.org](http://www.publicaciones-isp.org)  
[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

Las concepciones de salud  
de los  
**jóvenes**  
informe 2004

**Volumen I:** Discursos sobre  
la salud y la enfermedad