

00484A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SOCIOLOGIA

DEPENDENCIAS, RAICES CONTRA LA
INCERTIDUMBRE

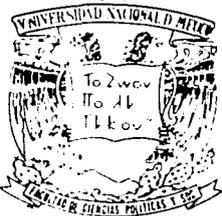
T E S I S
PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA CARMEN ROSA MILLE MOYANO

ASESOR:

DR. ALFREDO ANDRADE CARREÑO

MEXICO, D. F.

MARZO DEL 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACION

DISCONTINUA

47

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA**

Dependencias, raíces contra la incertidumbre

Tesis

Para optar por el Grado de Doctora en Sociología

María Carmen Rosa Millé Moyano

Asesor

Dr. Alfredo Andrade Carreño

Entrego a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptor.

NOMBRE: MARÍA CARMEN ROSA MILLÉ MOYANO

FECHA: 26/3/03

FIRMA: 

México, D.F., Marzo de 2003

Dependencias, raíces contra la incertidumbre

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1. La sociedad actual: ambivalencia y búsqueda de certidumbre	7
<i>1.1 Re enraizamiento y búsqueda de dependencia: respuesta a la ambivalencia</i>	10
<i>1.2 Antinomias, características de la sociedad actual</i>	18
1. Orden-caos	18
2. Mundialización-Fragmentación	22
3. Institucionalización-Desinstitucionalización	27
4. Libertad-sometimiento, independencia-dependencia	31
<i>1.3 Nuevas formas de pertenencia e interrelación</i>	35
1. Neotradicionalismos	36
2. Nuevas redes, nuevas tribus	39
3. Nuevas tecnologías como sustento a la interrelación	42
Capítulo 2. El momento actual, desde el sujeto	46
<i>2.1 El sujeto ante los procesos que acentúan la incertidumbre</i>	49
1. Diferenciación	50
2. Variabilidad	55
3. Exceso cultural	57
<i>2.2 Definición de la identidad individual</i>	59
1. Dificultades actuales en la definición de identidad individual	65
2. Procesos de formación de la identidad	67

Capítulo 3. Dependencias: respuestas a la incertidumbre	79
3.1 Dependencia-independencia, situación del ser humano en el mundo	80
3.2 Dependencia, definición de identidad y marco de pertenencia	83
3.3 Antinomia seguridad - riesgo	87
1. El polo del riesgo	88
2. El polo de la seguridad	90
3.4 Manifestaciones de dependencia	93
1. Dependencias hacia el consumo	94
2. Dependencias al comportamiento ritualizado	98
3. Dependencias a marcos de pensamiento	102
Capítulo 4. El consumo y la dependencia a sustancias adictivas	106
4.1 El adicto en la mirada de la sociedad	110
4.2 Modelos de comprensión	112
1. Relación droga – individuo	114
2. El consumidor, elementos fisiológicos y psíquicos	116
3. Contexto y consumo de sustancias	120
4. Modelos integrativos y comprensivos	122
4.2 Abstinencia o consumo, motivaciones y factores que intervienen	128
1. Factores de riesgo, predisposición y protección	130
2. Representación social, marco para la definición de riesgo o de protección	133
4.3 Abordajes de enfrentamiento al consumo de sustancias adictivas	136
Capítulo 5. Promoción de la salud, estrategia de re enraizamiento	140
1. Antecedentes de la promoción de la salud: Prevención primaria y Educación para la salud	142
2. Difusión de información ¿motor de cambio?	143
5.1 Promoción de la salud, conceptos básicos	149
1. Salud	151
2. Calidad de vida	162
3. Estilo de vida	165

4. Resiliencia	167
5.2 <i>Movilización social, elemento básico de la promoción de la salud</i>	169
1. Empoderar a la comunidad	170
2. Auto cuidado, responsabilidad y compromiso individual	171
3. Redes de apoyo social	173
Capítulo 6. Intervenciones en Promoción de la salud, construyendo nuevos cauces de re enraizamiento	177
6.1 <i>Sustentos teóricos de las intervenciones</i>	178
6.2 <i>Requisitos para la acción: coordinación y permanencia</i>	182
6.3 <i>Sustento científico, basado en la evidencia</i>	185
6.4 <i>Obstáculos que enfrentan las intervenciones</i>	190
6.5 <i>Enfoques críticos a la aplicación de la Promoción de la salud</i>	192
6.6 <i>Promoción de la salud ¿Utopía o posibilidad?</i>	195
Conclusiones	199
Bibliografía	i
Anexo 1. Desarrollo de un Plan de acción de una intervención de Promoción de la Salud	xiv
1. Diagnóstico situacional, detección de necesidades e inventario de recursos	xv
2. Planeación de la intervención	xix
3. Implantación de la intervención	xxi
4. Evaluación de las acciones, un proceso permanente	xxii
Anexo 2. Glosario	xxvii

Introducción

Uno de los rasgos que distingue la época en la que vivimos, como diferente de la del pasado reciente, es la acentuación de la ambivalencia. Como afirma N. Luhmann (1996) "la sociedad moderna... no soporta ningún pensamiento concluyente, no porta, por tanto, autoridad alguna. No conoce posiciones a partir de las cuales la sociedad pueda ser descrita en la sociedad de forma vinculante para otros. Por eso, no se trata de emancipación hacia la razón, sino de emancipación de la razón".¹

Estaríamos, entonces, formando parte de una sociedad en la que no sólo *nada es verdad ni es mentira*, sino que carece de interés intentar determinar cualquiera de ellas. Haber perdido las certezas en la segunda crisis de la modernidad, lapso del que según P. Wagner (1997) estamos emergiendo en estas últimas décadas de fin y principio de milenios, nos puede provocar una sensación de mayor libertad de elección, una más amplia capacidad de percibir los logros como propios, una mayor distancia con limitantes y condicionamientos para todos aquéllos que se hallan entre los que tienen la capacidad de escoger y el tiempo para reflexionar. Pero también remite a altos niveles de incertidumbre. En efecto, en el pasado, el escaso repertorio de formas de comportamiento, de interrelación social, de perspectivas de vida o vocación, así como de selecciones cotidianas de arreglo o entretenimiento, podía ser percibido como demasiado limitado o estrecho. Pero la falta actual de límites, definiciones o valores generalizados puede provocar inseguridad, ansiedad. Adicionalmente, participar en una multiplicidad de círculos de adscripción, hace difícil determinar cuál de ellos predomina como marco de pertenencia, que permita definir la identidad, el: "Yo soy..." ante si mismo y los demás.

Esa ausencia de límites orilla a la búsqueda de marcos definidos, en un proceso de construcción de nuevos anclajes, de raíces, que siguiendo a P. Wagner denominaremos re

¹ LUHMANN, 1996, p. 41.

enraizamiento. Por ese proceso, numerosas personas, para las cuales la independencia no es un rasgo satisfactorio de esta sociedad, generan diferentes formas de reacción, que les proporcionan un lugar preciso que ocupar en el mundo. Entre esas manifestaciones de re enraizamiento destacaremos las dependencias, que para algunos es la única vía que avizoran. La persona dependiente construye su vida alrededor de la búsqueda y la administración de la sustancia, o se concentra en el desarrollo de un mismo patrón de comportamiento que le completa su jornada y, a la par, le proporciona una definición de sí ante los demás. Así, de acuerdo con lo que socialmente encuentra disponible y posible, dependerá del consumo de algo, alguien, un comportamiento o un marco riguroso de pensamiento, que pasan a ser el nombre y apellido, el trabajo de tiempo completo y la fuente única de gratificaciones y pesadillas con las cuales identificarse y definirse.

Cuanto más se interne en su dependencia, la reiteración de ese mismo comportamiento limitará su capacidad de acción y de interrelación, y -levantará mayores dificultades para encontrar otros caminos, desarrollar otras raíces que eviten los resultados adversos y los riesgos asociados a las dependencias, para sí, su entorno y su grupo social. En este trabajo no analizaremos esos efectos adversos, sino que destacaremos que el comportamiento de dependencia es una reacción ante las características de la sociedad actual, en el que la persona o grupo que lo desarrolla encuentra algo que requiere: una forma de organizar su vida mediante una rutina definida, la previsibilidad de ciertas sensaciones, una puerta de escape a la ansiedad, una posibilidad de olvido, un rasgo de identificación o de pertenencia con un conjunto de personas.

Reconocer las dependencias como reacción, dentro del proceso de re enraizamiento, explica la frecuencia con que se presentan en la actualidad. A la par, comprenderlas de esta manera pone de relieve que, si se las desea acotar, no es suficiente dar atención o reducir los síntomas; es indispensable dirigirse a los rasgos sociales y las condiciones del sujeto, que las propician.

Pero, ¿de qué ser humano estamos hablando cuando nos referimos a esta búsqueda de dependencia que se desarrolla al no encontrar parámetros preestablecidos en la vida

cotidiana? Es obvio que aquél que lucha cada segundo para sobrevivir, quien desde que ha nacido no ha podido encontrar tiempo para algo más que buscar el sustento, va a encontrar escasos resquicios para cuestionarse acerca del camino que desea construir para su vida: casi todas sus decisiones están prácticamente tomadas o son impuestas por situaciones inmodificables. Sin embargo, aún para ellos existe en nuestros tiempos un mayor repertorio de opciones de las que se les presentaban en el pasado. Un ejemplo de ello se observa en México, en el que una parte de la población que vive en condiciones de pobreza se enfrenta ante la decisión de emigrar, lo que en algunas poblaciones ha llegado a constituirse prácticamente en un *rito de pasaje* para los adolescentes del sexo masculino (y una proporción creciente de mujeres), no sólo porque deben de cruzar la frontera, de una a otra cultura, sino también abandonar la niñez.

Pero, además de los grupos de más profunda marginación, todos los demás estamos incluidos, no sólo en la sociedad nacional, sino también en la mundial, en la que vivimos dentro de la antinomia globalización – fragmentación. En ella, la brecha entre ricos y pobres (trátese de países o de grupos sociales) se está haciendo más amplia, por lo que los *nuevos pobres* de los países centrales, como los denomina U. Beck (1998), también están experimentando carencias para las cuales no cuentan con mecanismos de defensa y que los empequeñecidos Estados ya no están dispuestos a paliar. En cuanto a los países periféricos, la situación es más ardua, dado que a los segmentos que ya se encontraban en la pobreza, muchas veces extrema, se suman los que provienen de la clase media empobrecida, con un futuro poco prometedor.

Lo que queremos resaltar es que, aún en estos países periféricos, aún dentro de esas carencias de oportunidades, los rasgos que indicamos para la sociedad actual están presentes. Un ejemplo claro lo encontramos en México, en cuanto a la situación de la salud. Los indicadores de morbi-mortalidad demuestran que la prevalencia de las tradicionales *patologías de la pobreza* han ido disminuyendo en las últimas décadas, sin desaparecer, siendo sustituidas las principales causas de muerte por trastornos propios de sociedades desarrolladas, como problemas cardiacos y cáncer. Otro tanto sucede con las características de la sociedad, de las comunidades, de las familias, del individuo: siguen estando presentes

condiciones de vida del *subdesarrollo*: hacinamiento, falta de agua potable, defecación al aire libre; mientras que también aparecen situaciones propias de las grandes urbes de los países centrales: vandalismo, consumo de drogas ilícitas, ruptura de la familia ampliada.

Esta situación podría llevarnos a pensar que mantenemos lo peor de ambas formas de vida: la tradicional o local; y la moderna o transnacional. Pero igualmente debemos reconocer que en México hay irreversibles manifestaciones de esta sociedad mundial-local que define U. Beck.² Habrá rasgos específicos en nuestro país que no son tan notables en los países centrales; el significado de la migración a los países centrales no será el mismo que el que percibimos en nuestra frontera norte, y más aún en la del sur; la infraestructura, la legislación, los servicios generados para paliar los problemas, el mismo discurso que los encubre o los posiciona, son diferentes. Pero, sin olvidar esas diferencias que nos permiten seguir hablando de sociedades y estados nacionales, sin los cuales no podría existir la sociedad mundial, podemos detectar una multiplicidad de elementos comunes, de entrecruces y entramados, que parten y atraviesan lo político, lo económico, lo cultural y lo social, que demuestran que compartimos un mismo mundo y una misma sociedad. Por eso, J.J. de Carvalho (1995) propone a los investigadores latinoamericanos que analizan la cultura que “la complejidad contemporánea se interprete a partir de categorías de simultaneidad, superposición e interrelación.”³ Así, todos los rangos y rasgos de diferencias nacionales y regionales, como también las peculiaridades de una sociedad periférica, son precisamente los que actúan como polo que permite la existencia de aquéllos que provienen de la sociedad mundial. Como señala Anibal Ford: “Al margen de que cada vez hay más fronteras, barreras y límites en el interior de nuestras grandes ciudades, podemos establecer una conexión muy estrecha en las economías informales que negocian en las fronteras y las que rodean o cruzan las ciudades... señalan procesos casi idénticos en el centro y la

² “La sociedad mundial implica dos cosas básicas: por un lado, un conjunto de relaciones de poder y sociales políticamente organizadas de manera no nacional-estatal y, del otro, la experiencia de vivir y actuar por encima y más allá de las fronteras. Sociedad mundial no significa una sociedad de economía mundial, sino una sociedad no estatal, es decir, un conglomerado social para el cual las garantías de orden territorial-estatal pero también las reglas de la política públicamente legitimada, pierden su carácter obligatorio... Los estados nacionales no existen sin sociedades mundiales y las sociedades mundiales no existen sin estados nacionales ni sociedades nacionales.” BECK, 1998, p. 146

³ CARVALHO, 1995, p. 134.

periferia. En el fondo, el contacto no previsto entre la sociedad tradicional y la postindustrial."⁴

Resulta, entonces, justificable utilizar como base de análisis material bibliográfico que define esa sociedad actual desde la mirada de los países centrales, siempre que se mantenga la perspectiva que une tales elementos con lo que sucede en los países periféricos. Los textos utilizados contribuyen a fundamentar que la diversificación y frecuencia de las manifestaciones de dependencia que se observan actualmente son un producto generado más por el tiempo, nuestra época, que por el espacio, país, región (C. Millé de García Liñán, 1987.)

Así, los procesos de dependencia, como se pretende poner de relieve, son propiciados por dos condiciones de la sociedad que se destacan en el desarrollo de este trabajo. Por una parte, la ambivalencia generada por la proliferación de las antinomias de las que se reconocen ambos polos, sin poder desechar ninguno de ellos. Entre éstas, se utilizará como eje conductor en todo el análisis la que se da entre independencia y dependencia, si bien se estudian muchas otras que también son de relevancia para el tema de estudio. Pero el segundo elemento es la falta de definición de los marcos de adscripción que la sociedad ofrece a sus miembros. Por lo mismo, una de las tareas a las que se enfrenta el sujeto es la construcción de un centro, que organice los distintos ámbitos o dimensiones en los que se desenvuelve.

Además de observar esas dos condiciones, en el texto se describen las dificultades que debe enfrentar el sujeto para definir su identidad y las estrategias que desarrolla para delimitarla, ante la variabilidad de las condiciones de su entorno. A continuación, se dedica un capítulo a la dependencia, pormenorizando no sólo las diversas manifestaciones de este proceso en la sociedad contemporánea, sino la forma en que algunas de las antinomias que ya hemos mencionado inciden en la evolución de tales dependencias, desarrolladas por un segmento de la población. Se destacan luego los distintos modelos de comprensión y abordajes,

⁴ FORD, 1994, p. 58.

relacionados la mayoría de ellos con el consumo de sustancias adictivas, los que, como se observará, han surgido principalmente en el área de la salud.⁵

Se propone como una posible respuesta, en el siguiente capítulo, la estrategia de Promoción de la Salud, que supera el campo de lo estrictamente médico y permite activar el desarrollo social, de manera de generar un cambio desde la sociedad, que lleve a sus miembros a la búsqueda de mejores condiciones y calidad de vida. Esta movilización sería, según se intenta demostrar, capaz de producir un impacto, tanto en las características de la sociedad como del sujeto actuales, logrando a través suyo generar formas y estilos de vida más satisfactorios, que brindan raíces sin conllevar el desarrollo de dependencias.

La estrategia de promoción de la salud se constituiría en el motor del cambio social, desde lo local a los ámbitos más amplios de lo nacional. Su repercusión en las dependencias no sería directa, sino mediante su incidencia en los factores que las propician, como se comenta en las conclusiones generales del texto.

Así, si las dependencias se desarrollan como un tipo de enclaves, de raíces, ante la incertidumbre de la época actual, la promoción de la salud ofrece tales raíces, a través del fortalecimiento de los marcos de pertenencia, mediante la movilización social y el desarrollo de condiciones favorables para el auto control personal sobre la vida.

⁵ Para facilitar la lectura del cuerpo del texto, se han omitido las definiciones de los conceptos que se manejan, tanto los relativos a la promoción de la salud, como a las dependencias y procesos individuales y sociales, que se incluyen en el glosario anexo. También se proporciona en los anexos una propuesta para la elaboración de un Plan de acción de intervenciones de promoción de la salud.

7

Capítulo 1. La sociedad actual: ambivalencia y búsqueda de certidumbre

Desde hace varias décadas, los teóricos sociales debaten acerca de si la época en la que vivimos aún puede ser definida como Modernidad, caso en el cual nos encontraríamos en una nueva etapa de la misma, la Alta Modernidad (J. Habermas, 1988) o la Modernidad tardía (A. Giddens, 1990); o si existe una diversidad tal de nuevos rasgos que debemos encontrar otra denominación. Una posición intermedia ha sido la de anteceder los prefijos *post* o *neo* a algún rasgo destacado como relevante, como en los casos de la época posmoral¹ (G. Lipovetzky, 1994); postindustrial (D. Bell, 1989); o la frecuente utilización de la denominación de *posmodernidad* (G. Vattimo, F. Lyotard, F. Jameson y tantos otros). Pero en algunos casos nuestra sociedad ha sido considerada suficientemente diferente como para contar con una nueva denominación, en general referida a alguna de sus características más sobresalientes o que se ha decidido destacar: de las masas (S. Moscovici, 1988); del consumo (P. Dumont, R. 1983); del espectáculo (J. Debord, 2001); de la comunicación (A. Touraine, 1992).

Cada uno de estos intentos de rotulación de la sociedad o los tiempos actuales ha encontrado respuestas críticas, en las que se demuestra que la denominación propuesta no es la adecuada, que no puede hablarse de *post* cuando no ha finalizado la Modernidad, ni culminado ningún proceso destacable; que el rasgo que se pretendió magnificar no es suficientemente relevante, específico o generalizado.

Esta disparidad en las denominaciones propuestas y en las críticas que reciben, destaca justamente otro de los rasgos que han sido señalados como importantes para nuestros tiempos: la ambivalencia, que sirve también para designar a nuestra sociedad, según

¹ Sociedad posmoralista: En ella se "repudia la retórica del deber austero, integral, maniqueo y paralelamente, corona los derechos individuales a la autonomía, al desce, a la felicidad... Nuestra época es posmoralista porque está dominada por las coordinaciones de la felicidad y del yo, de la seducción y de lo relacional." LIPOVETSKY, 1994, p. 13.

señala Z. Bauman² (1996). En efecto, en nuestro tiempo ya no existen los límites precisos que se observaban en la primera mitad del siglo XX y que permitían hablar de jerarquías nítidas de clase, de valores, de comportamientos permitidos o de pecados. Por el contrario, los estratos se mezclan, las delimitaciones entre los grupos se diluyen y las características opuestas se presentan simultáneamente: caos y orden, mundialización y fragmentación, desacralización y fundamentalismos, independencia y dependencia. Como afirma N. Luhmann, nuestra sociedad se caracteriza por "la falta de una descripción unitaria del mundo, una razón vinculante para todos o aunque sólo sea una posición correcta ante el mundo y la sociedad."³

En ella, los opuestos no son contradictorios, sino que se suponen mutuamente. Es lo que F. Jameson (1995) denomina *antinomias*, refiriéndose a ellas como exponentes del pensamiento actual, que nos permiten concebir y aceptar sin conflicto la posibilidad de que conceptos opuestos coexistan, sin adjudicar a uno de ellos la propiedad sobre la verdad.

Así, los polos opuestos que ponían en evidencia la presencia de un conflicto se ven neutralizados a través de la aceptación de las antinomias, entre las que Jameson destaca la que existe "entre lo racional y lo irracional (y todas las oposiciones satélites: primitivo versus civilizado, macho versus hembra, Oeste versus Este, a las que servía de fundamento)... Una multiplicidad de niveles se abre entonces, que no puede asimilarse a la racionalización weberiana, al pensamiento instrumental, a las reificaciones y represiones de lo estrechamente racional o conceptual. Se lo debe caracterizar por su heterogeneidad."⁴ Para M. Maffesoli, tal sería la característica específica de las "sociedades complejas, que se han fragmentado, y en las que hormiguean una multiplicidad de valores perfectamente heterogéneos. Resulta una paradoja que estas sociedades evidentemente politeístas, en las que no queda sino un ambiente específico para caracterizarlas, secreten también un espíritu de su tiempo particular." Lo que predomina, entonces, es la presencia simultánea de los opuestos, que ya no son irreconciliables, lo que M. Maffesoli denomina las "formas de intencionalidad que,

² Ambivalencia: "síntoma del desorden.(incapacidad de) elegir entre alternativas". BAUMAN, 1996, p.73.

³ LUHMANN, 1997, p. 41.

⁴ JAMESON, 1995, p.23.

siendo intrínsecamente heterogéneas, poseen su propia lógica, una contradictoria, es decir, que no supera lo contradictorio, pero se sirve de él como de un elemento dinámico.”⁵ Con esto resalta M. Maffesoli que la heterogeneidad de rasgos no sólo no representa una falta de especificidad de la época actual, sino que constituye su característica más relevante.

La presencia de las antinomias en la sociedad actual hace que, aun dentro de los mismos estratos socioeconómicos, se evidencien distintos parámetros de evaluación de conductas, jerarquías de valores, demarcaciones de prioridad. Continuamos percibiendo posturas extremas, en las que un rasgo, sea éste étnico, cultural, de género o religioso parece dar sentido y consistencia a un grupo; pero, lo que predomina es todo tipo de sincretismos, de visiones entremezcladas y de marcos *mosaico*. En los mismos, las aportaciones de teóricos con posturas divergentes se conjuntan, para conformar algo nuevo, rasgo típico de la *condición posmoderna*, como lo define Z. Bauman (1997). Existen sobrados ejemplos de este tipo de construcciones, pero uno destacable lo ofrece la **Teoría de la Acción Comunicativa** de Habermas (1987), en la que Weber, Marx y Horkheimer se codean con Parsons, Mead y Searle. A ello se refiere Maffesoli, cuando afirma: “la fragilización de las grandes teorías no implica su desaparición, sino su relativización.”⁶

La situación de indeterminación se expresa con claridad en la ciudad, sobre todo en los grandes conglomerados urbanos, típicos de nuestra época, que brindan un marco para la construcción de diferentes formas de vida. En esas urbes, la existencia social e individual puede desplegar una mayor variedad de “figuras, posturas, gestos de configuraciones múltiples, que forman lo que Weber denominaba con exactitud constelación, metáfora que traduce su aspecto de movimiento, brillante y ordenado... Luego de la uniformidad grisácea, consecuencia de la prevalencia de la racionalidad mecánica, de la primacía del trabajo, del orden de lo serio, la ciudad es ciertamente el lugar donde se puede ver la expresión imaginativa más desbordada.”⁷

⁵ MAFFESOLI, 1993, p. 51.

⁶ MAFFESOLI, 1993, p. 271.

⁷ *Ibidem*, p. 131.

Esta posibilidad de elección que cubre todas las variaciones que van desde una forma de vida apegada a la repetición de tradiciones, usos y costumbres añejas, a la ruptura cotidiana de cánones, lo que de todas maneras no provoca escándalo, pasa por una diversidad de rasgos que dificultan la formación de perfiles claros, que diferencien a los que lo componen en segmentos, con distinciones que vayan más allá del sexo, el ingreso familiar o los antecedentes educativos, como lo han demostrado en México diversos estudios sobre el consumo de bienes culturales (N. García Canclini, 1993; G. García Millé, 1995.) Así, verse obligado a tomar una postura, a inscribirse en grupos cuya membresía no se adquiere por herencia, a generar mecanismos de autocontrol, en lugar de atenerse a las normas sociales prevaletientes en el estrato social al que pertenecen los padres, serían manifestaciones del *proceso de civilización* que describe N. Elias (1985). Pero esta serie de definiciones, tanto si se realizan en forma consciente como si se van llevando a cabo casi inapercibidamente, en el transcurso de la vida, representan una carga en ocasiones demasiado pesada. Las distintas dependencias, al ubicarse como el centro de la vida, serían así un vehículo que permitiría sobrellevarla u olvidarla, como intentaremos demostrar en este trabajo.

A continuación analizaremos la propuesta de periodización de la Modernidad desarrollada por P. Wagner, en la que se pone de relieve la búsqueda de dependencia del periodo actual, la que ese autor denomina re enraizamiento.

1.1 Re enraizamiento y búsqueda de dependencia: repuesta a la ambivalencia

La dificultad de definir la sociedad actual por rasgos que superen los opuestos parece ser característica y motor de la acción social. Para P. Wagner (1997), este rasgo no sólo es observable en el presente, sino que en sí, desde sus inicios, "la ambigüedad y la ambivalencia... son inherentes al proyecto Moderno."⁸ Esa afirmación es fundamentada por este autor en una periodización de la modernidad, que cubre tres lapsos. La transición entre ellos da lugar a crisis, y estaríamos viviendo en los años de fin y

⁸ WAGNER, 1997, p. 16.

principio de milenio los intentos de salida, de *re enraizamiento*, de la segunda de esas crisis.

En esos periodos de crisis, se observa una acentuación de la ambivalencia, ante la cual se generan reacciones de búsqueda de certidumbre. Como veremos, una de las reacciones por las que un segmento de la población actual opta es aferrarse a dependencias de diversos tipos.

En cuanto a la periodización propuesta por P. Wagner, al primero de los lapsos lo denomina *modernidad liberal restringida*, en el que sólo un pequeño segmento de la sociedad, la élite burguesa, había accedido a gozar de los derechos y beneficios que le aportaba el proceso de modernización, mientras que numerosas personas se vieron desarraigadas de sus habituales contextos sociales, culturales y económicos, por lo que puede hablarse de una primera crisis de la modernidad. La misma se va solucionando a medida que se da "una creciente penetración de la moderna designación de significados en el tejido social... El núcleo de estos cambios estaba ocupado por un re enraizamiento de los individuos de la sociedad en un orden nuevo, en virtud de una formalización de los hábitos sociales, de su convencionalización y su homogeneización."⁹

A continuación comienza a desarrollarse el siguiente lapso, que Wagner denomina la *modernidad organizada*, en el cual las "prácticas organizativas prescribían actividades estrictamente delimitadas para unas determinadas posiciones sociales y unas concretas profesiones... La modernidad organizada significa el predominio cultural de un sólido concepto de la sociedad... (en el que) la adquisición de riqueza se convierte en una posibilidad de formar y demostrar la propia identidad a través de objetos materiales... De los años veinte a los sesenta, las identidades disponibles no sólo eran muy limitadas, sino que, además, estaban inequívocamente definidas."¹⁰ En esos años se va haciendo cada vez más notoria la presencia de los medios masivos, a los que Wagner considera como promotores de la *homogeneización y estandarización* de las orientaciones de ese periodo.

⁹ *Ibidem*, p. 50.

Simultáneamente, en el ámbito público se observa la implantación del Estado de Bienestar, el cual "constituyó un proceso de colectivación de amplio alcance. Asignó un puesto a cada miembro de la sociedad en colectivos bien definidos según la edad, la profesión, la situación familiar y el estado de salud... Una de sus consecuencias es la estandarización de las conductas sociales y de las situaciones biográficas." ¹¹ Por eso afirma Wagner que "a lo largo de los dos primeros decenios después de la segunda guerra mundial, se alcanzaron... una creciente estabilización de la conducta social y la eliminación de ambigüedades respecto a las situaciones y las expectativas sociales." ¹²

Los éxitos de este tipo de modernidad radicaban en que había sido capaz de llevar, desde los desarraigos y las incertidumbres de las postrimerías del siglo XIX, a una nueva coherencia entre prácticas y orientaciones. Los principales elementos constitutivos conceptuales de esta construcción fueron la nación, la clase y el Estado, a través de los cuales se forjaron identidades colectivas y se trazaron nuevas fronteras.

Pero en esta situación de aparente estabilidad se van dando elementos que provocan la crisis de la *modernidad organizada*, lo que en algunas discusiones *posmodernistas* se denomina *fin de la modernidad*. Aun si Wagner acepta que hubo un colapso parcial de los acuerdos establecidos socialmente, tal cambio no cierra para él una época sino que "desembocan en una gran convulsión social... la de la segunda gran crisis de la modernidad... Esta crisis incluye fuertes tendencias hacia la desconvencionalización y la pluralización de las prácticas y entraña la pérdida del conocimiento operativo de las capacidades de acción colectivas que se hallaban al fondo de la organización de las prácticas sociales. Esta pérdida acarrea a su vez una disminución de la capacidad de dominio, la desaparición de actores dotados de tal legitimidad, poder y sabiduría que puedan intervenir en las prácticas sociales para controlarlas... (y con ello) las prácticas asignativas y autoritarias"¹³ pierden la estructuración, con lo que se entra en una *crisis de representación de la sociedad*.

¹⁰ *Ibídem*, p. 159

¹¹ *Ibídem*, p. 178.

¹² *Ibídem*, p. 179.

¹³ *Ibídem*, p. 209.

Esta misma crisis es descrita por Giddens (1991) como una tendencia inherente a la Modernidad y se presenta “siempre que las actividades relacionadas con los objetivos importantes para la vida de un individuo o de una colectividad repentinamente parecen inadecuados. En ese sentido, se transforma en una parte *normal* de la vida, pero por definición no puede llegar a ser una rutina.”¹⁴

En lo que Giddens denomina como la *modernidad tardía*, se “alimenta un clima general de falta de certeza, lo que trastorna al individuo y expone a todos a una diversidad de situaciones de crisis de mayor o menor importancia que en ocasiones amenazan el núcleo mismo de la identidad personal. Los cuestionamientos existenciales y las dudas levantan algunas de las ansiedades más básicas que el ser humano puede enfrentar,”¹⁵ y que serán analizados con más profundidad en el siguiente capítulo, como detonantes de la búsqueda de dependencia.

El periodo en el que vivimos actualmente, rotulado por Giddens *modernidad tardía*, es denominado por Wagner *modernidad liberal ampliada*, en la cual “la diferencia y la pluralidad, la sociabilidad y la solidaridad” pasan a ser los conceptos clave. Pero, al mismo tiempo, “la formación de identidades sociales se ha convertido en un proceso abierto y crecientemente precario y la erosión de las fronteras antes seguras lleva a una reformulación de los problemas de delimitación y de inclusión.”¹⁶ Este proceso trae consigo la desaparición de muchas de las certezas que contribuían a dar fundamento y cohesión a la sociedad; y sentido y pertenencia a sus miembros. Adicionalmente, la ampliación de las zonas que comparten tecnología y que concurren a un mismo mercado, en el que las soberanías nacionales intervienen cada vez menos, llega a provocar un nuevo proceso de desarraigo.

En la sociedad actual, al haberse resquebrajado la coherencia que las instituciones de la *modernidad organizada* habían establecido, al quedar rebasadas las fronteras controladas por los Estados nacionales, se está viviendo la *segunda crisis de la modernidad*, como señala P. Wagner, en la que “las nuevas tendencias se orientan a una

¹⁴ GIDDENS, 1991, p. 27.

¹⁵ *Ibidem*, p. 32.

¹⁶ WAGNER, 1997, pp. 51-52.

reducción del campo de los controles totales y a la creación de unas relaciones más abiertas, menos predeterminadas, entre los diferentes agentes en una cadena de interacciones.¹⁷ Todo ello produce la erosión de fundamentos para la construcción de las identidades colectivas y se recurre a la búsqueda de delimitantes claras, que puede encontrar abrigo en distintas dependencias, como nos proponemos demostrar en este trabajo.

P. Wagner, en cuanto al predominio de formas de construcción de identidades sociales, detecta que se puede aplicar la misma periodización, que acabamos de señalar en cuanto al desarrollo de la modernidad, diferenciando a tales identidades en *adscriptivas y naturales*; *socialmente adquiridas y cuasi naturales*; o *elegidas y socialmente convenidas*. Podría afirmarse, con este autor, que con el curso de la historia se ha evidenciado un proceso de debilitamiento en esas formas, por el cual las identidades adscriptivas y naturales se observaron con mayor frecuencia en la modernidad liberal restringida, mientras que las socialmente adquiridas y cuasi naturales fueron las más típicas en la modernidad organizada, y las elegidas o socialmente convenidas en la actual modernidad liberal ampliada. Las transiciones de unas configuraciones de la modernidad a otras entrañan “procesos sociales de desarraigo y provocan cambios de identidades sociales en el transcurso de los cuales no sólo se adquieren otras identidades sino que se percibe con mayor claridad la posibilidad de la construcción de sí.”¹⁸

Así observamos que las crisis van desdibujando los supuestos básicos del proyecto de la modernidad y levantan fuertes dudas acerca de la posibilidad de comprensión y de modelación del mundo social. Durante la primera crisis, afirma P. Wagner, “dejó de entenderse que las prácticas fueran autorreguladoras: era preciso organizarlas con la ayuda de conocimientos sociales (a través del Estado)... Durante la segunda crisis se negó hasta la simple posibilidad de un conocimiento social de toda la sociedad y se afirmó que las prácticas sociales eran hasta tal punto incoherentes y estaban abiertas a tan múltiples interpretaciones que era absolutamente imposible prever las consecuencias de las intervenciones... el Estado o no existía o estaba vacío.”¹⁹ A partir de ese momento

¹⁷ *Ibidem*, p. 224.

¹⁸ *Ibidem*, p. 271.

¹⁹ *Ibidem*, p. 272.

comenzaron a considerarse aceptables conceptos como desorganización y pluralización, al haberse reducido la percepción de cohesión y coherencia, que previamente aportaban las prácticas organizadas y bien ensambladas. Surgen así dos tipos de dudas: la que nace de ver al mundo social como construible y construido, lo que ha incrementado la incertidumbre acerca de la posibilidad de alcanzar *conocimientos naturales válidos*; y por otra parte, la conciencia de la pluralidad y la diversidad de las prácticas sociales, que ha dificultado la tarea de imaginarse “un actor colectivo capaz de intervenir en nombre y a favor de ideas universalistas.”²⁰

Para J. Habermas (1989.a), los *principios universalistas* del “Estado de Derecho y de la democracia”, que reconocen el pluriculturalismo y la pluralidad étnica, sirven de cimiento a la redefinición de la identidad social, que puede concebirse como una identidad posnacional. En ella “se relativiza la propia forma de existencia atendiendo a las pretensiones legítimas de las demás formas de vida... (De todas maneras,) el contenido universalista habrá de ser en cada caso asumido desde el propio contexto histórico y quedar anclado en las propias formas culturales de vida. Toda identidad colectiva, también la posnacional, es mucho más concreta que el conjunto de principios morales, jurídicos y políticos en torno a los que cristaliza.”²¹ Habermas insiste en que este reconocimiento de una tendencia hacia la construcción de una identidad colectiva que se va alejando de lo nacional para dirigirse a lo posnacional, no se presenta sin que se puedan evitar *reacciones de miedo y defensa*, en ocasiones tan fuertes que no puede asumirse que la pérdida de consistencia del nacionalismo es predominante, como veremos en el inciso de *Neotradicionalismos*, en este mismo capítulo. Igualmente, la definición de la identidad personal y de la colectiva ya no puede concebirse sobre lo heredado, impuesto e inmodificable, característico de las identidades adscriptivas y naturales, sino que se acerca a ese tipo de composiciones de las identidades elegidas y socialmente convenidas, que puede ir sufriendo cambios, lo que también coopera a la inestabilidad y la consiguiente búsqueda de dependencias.

Como en todo proceso de cambio de la estructura social, un segmento se ve favorecido por las modificaciones. Así, existe una pequeña minoría para quien la pérdida de

²⁰ *Ibidem*, p. 299.

definiciones claras de la identidad colectiva y de los marcos de pertenencia ha venido aparejada con ventajas económicas aportadas por la mundialización de los mercados. Ellos pueden combinar libremente las oportunidades que se ofrecen para la formación de identidades, y que provienen de diferentes grupos socioculturales y armar con ellos la propia. Se trata de los *nuevos ricos* que describe U. Beck (1998) que pueden gozar de las ventajas de la tras nacionalización de sus capitales y actividades, para encontrar el mejor lugar para asentar sus inversiones, ubicar su residencia, pasar su tiempo de ocio, desarrollarse académicamente.

En el otro extremo, el gran número de las familias de los estratos socioeconómicos de menores recursos viven situaciones de constante inseguridad material y sus miembros, y en especial las mujeres, deben desempeñar una gran diversidad de actividades para poder subvenir a sus necesidades, como profundizaremos en el siguiente capítulo.

Reconocer la inseguridad en la definición de identidad y las carencias materiales que acompañan la vida de cada vez más amplios sectores de la población mundial, particularmente en los países periféricos, no puede conllevar posturas de añoranza del pasado, ya que como indica Wagner, en éste, durante "la modernidad liberal restringida... una gran parte de la población y más en particular los campesinos, los obreros de la industria y la mayoría de las mujeres, apenas contaban con la posibilidad de conseguir una identidad social. Justamente por ello puede afirmarse que se les negaba la posibilidad de afiliarse a la modernidad,"²¹ como lo ejemplifica el hecho de que no se les reconocían los derechos ciudadanos, a expresar su voluntad política a través del voto.

Pero en nuestros días, son muchos los que buscan marcos de pertenencia que les proporcionen sentido y definición clara de prioridades y valores. Esto lo logran de diferentes formas, una de las cuales son las orientaciones religiosas y nacionalistas, que les brindan parámetros de comportamiento o creencias, a través de los que pueden desenvolverse sin tener que cuestionarse acerca de su actuar, el significado de la vida, ni acerca de la delimitación de su identidad social. Construir y reconocer marcos de

²¹ HABERMAS, 1989a, p. 119.

pertenencia es tarea de todos los que comparten esas identidades elegidas y socialmente convenidas. Pero algunos de ellos se esfuerzan por regresar a poseer una identidad natural, adscribiéndose a sectas u otros marcos estrechos de pertenencia que coartan el desarrollo de su potencial; estaríamos observando en ellos una dependencia a marcos de pensamiento, como se expone en el Cáp. 3.

Así, las situaciones de mayor libertad, posibilidad de selección y construcción de rasgos identitarios, generan en algunos reacciones, búsquedas de recuperar o edificar raíces. Entre ellas destacaremos las numerosas y diferentes manifestaciones de dependencia como una evidencia de los intentos de lo que P. Wagner denomina *re-enraizamiento* y que se presentan como respuesta a la crisis y la inestabilidad. En lo social, se perciben fundamentalismos y extremismos nacionalistas; así como pequeños grupos o sectas, que brindan arraigo, dependencia, ante el exceso de libertad, independencia, que la época actual ofrece. De manera semejante, en el capítulo siguiente analizaremos los escapes o represiones individuales que demuestran también búsqueda de pertenencia. Ninguna de tales demostraciones puede ser considerada como solución para la sociedad en su conjunto, sino más bien como formas de *patologías o fenómenos de crisis*, que se evidencian en caso de *perturbaciones en la reproducción de los componentes estructurales del mundo de la vida*, y que Habermas describe en la **Teoría de la Acción Comunicativa** (1987). Se propone optar por el término *fenómeno de crisis*, ya que *patología* es sinónimo de anormalidad y enfermedad, y una de las dificultades que justamente expresa la época actual es la dificultad de delimitar con precisión el concepto de normal. Si se quisiera imponer una valoración de las búsquedas de pertenencia y certidumbre, se podría diferenciar según el grado en que, en lo social y en lo personal, limiten o fomenten el bienestar; o cierren o amplíen la posibilidad de desarrollo. Pero en otras ocasiones, tales formaciones sociales, como algunos de los ejemplos que veremos en este capítulo, tienen aspectos positivos que se hacen evidentes al hacer uso de rasgos novedosos de la época actual, como los neotribalismos y las comunidades virtuales. A la par, hacen visible y destacan la existencia de esa *pérdida de sentido* en el campo de la reproducción cultural y de *anomia* en la integración social, que también señala J. Habermas. En cuanto a las psicopatologías, que como Habermas

²² WAGNER, 1997, p. 271.

demuestra se presentan en la socialización, son observables en el individuo, y serán descritas tanto en el Capítulo 2 como en el 3, en este último caso por poder manifestarse a través de dependencias de diferente tipo.

Retomaremos a continuación las antinomias que, como hemos destacado, son un rasgo típico de nuestra época. Analizaremos algunas de ellas, comenzando por la existente entre orden y caos, que por su amplitud conceptual sirve de marco desde el que pueden entenderse otras manifestaciones antinómicas, que se considerarán más adelante, culminando con aquélla que existe entre libertad y dependencia, que utilizaremos como hilo conductor en los demás capítulos de este trabajo.

1.2 Antinomias, características de la sociedad actual

Como hemos comentado, lo que es típico de estas últimas décadas es la facilidad en que concebimos como posible la presencia de conceptos antinómicos. Es indudable que cada uno de ellos había sido definido, que no son en sí novedosos; pero sí lo es la aceptación sin mayor conflicto y simultánea de los dos polos. Se analizarán en este inciso las antinomias que resultan de mayor relevancia para el tema a tratar.

1. Orden - caos

Desde los fenómenos que estudian las ciencias presuntamente *duros*, como la física, las matemáticas o la biología, podemos rastrear el reconocimiento de la situación de incertidumbre como algo presente y observable. Los procesos de desarrollo previsible de los cuales se pueden extraer tendencias definidas, fórmulas fijas y leyes inamovibles, han perdido en las últimas décadas su carácter de prototípicos, para que la ciencia y sus postulados se acerquen a la definición de la indeterminación: el caos (Prigogine, 1994), la complejidad (Tabor, 1989). Estas formaciones son retomadas por los teóricos de las ciencias sociales (Morin, 1994; Giddens, 1996; Bauman, 1996), quienes las aplican para describir la sociedad. En palabras de Maffesoli, el acento no se coloca ya en el desarrollo con tendencias previsible, sino "en el desenvolvimiento, es decir, en un

crecimiento no finalizado... La regresión dinámica se opone al modelo moderno de evolucionismo lineal." ²³

Junto con la pérdida o abandono de los grandes relatos, de la verdad absoluta, de la realidad aprehensible, entonces, aparece el cuestionamiento de los procesos unívocos, la destrucción de la segura senda hacia el progreso, la sociedad comunista, o el reinado de la razón, como lo describen J. Alexander (1990, *Rethinking Progress*) y Christopher Lasch (1991, *Progress and its critics.*)

Cuando se afirma que la sociedad actual se halla más cerca del caos que del orden, se debe recordar con Giddens que "caos no es sólo desorganización, sino la pérdida del sentido de la mera realidad de las cosas y las personas,"²⁴ en forma de que la existencia de ambas pasa a ser relativa, a requerir un esfuerzo personal y social de definición y organización.

A principios de la década de 1970, en plena segunda crisis de la modernidad, H. Lefebvre (1974) describía a la sociedad europea como hiperordenada, "terrorista". Eran momentos en que, como consideraremos en este mismo capítulo, los movimientos sociales amplios se oponían a una estructuración social rígida, que parecía tener como ideal al hombre robotizado, de escasa imaginación pero muy cumplidor de sus obligaciones. Si bien muchas de las medidas de control social ideadas en esos años se mantienen en el presente, el discurso político neoliberal actual se declara en contra del paternalismo del Estado Benefactor, que preveía los problemas y ofrecía soluciones a través de una estructura gubernamental cada vez más amplia y pesada. La necesidad de hacer menos costosa esa estructura sirve de puerta de entrada al neo-liberalismo que, como afirma A. Touraine, pasa a ser el "modo dominante... los conflictos ideológicos y también los políticos parecen haber desaparecido, mientras que sobreviven la lucha por el dinero y la búsqueda de identidad; los problemas sociales han sido reemplazados por los del individuo y del planeta". ²⁵

²³ MAFFESOLI, 1993, p. 161.

²⁴ GIDDENS, 1991, p. 37.

²⁵ TOURAINE, 1992, p. 273.

El Estado, así, parece haberse aliviado de la obligación de dar cuenta de la indefensión de amplios, cada vez más amplios, sectores de la población. Es lo que A. Touraine denomina el *Estado movilizador*, que “entraña la ruptura de sistemas sociales, políticos y administrativos, excesivamente integrados y su reemplazo por una dinámica de liberalización de los intercambios y las condiciones de producción que es también un proceso de desocialización y despolitización, de debilitamiento de las mediaciones políticas y los mecanismos de integración social.”²⁶

En los países latinoamericanos, por otra parte, el paternalismo no tan *benefactor* sólo se percibió en el discurso, pero lo que llegó a aplicarse en la práctica fueron métodos de excesivo control de la población. En el proceso de privatización neoliberal, que en varios de los países de la región acompañó la transición hacia la democracia, fue perdiendo consistencia “el Estado, como agente central del crecimiento y la justicia, sufre por un lado el ataque de la internacionalización de la economía y por el otro el de la fragmentación de las identidades culturales.”²⁷

A ello se refiere A. Melucci cuando afirma: “En los sistemas complejos ya nadie es responsable de las metas de la vida social. Por lo tanto una de las metas de la acción colectiva es precisamente explicitar estos fines, mediante la creación de espacios en los cuales el poder se hace visible.”²⁸ Pero para este tipo de acción, se requeriría recuperar la certidumbre, o la *esperanza* como la denomina también A. Melucci, para creer que es posible que ese cambio nazca de los grupos sociales a los que se pertenece.²⁹

Por otra parte, la imposibilidad de determinar dinámicas unívocas, resultados previsibles, desalienta el compromiso. En palabras de A. Touraine: “Se acaba el tiempo del orden; comienza el del cambio, como categoría central de la experiencia personal y la organización social... Aun cuando ninguna concepción de la vida personal y colectiva pueda prescindir de garantías jurídicas y por ende de decisiones políticas, ya no es en un

²⁶ TOURAINE, 1998, p. 35.

²⁷ *Ibidem*, p. 18.

²⁸ MELUCCI, 1999, p. 165.

²⁹ Es en esa *esperanza* que se basan los proyectos de promoción de la salud que analizaremos en el último capítulo, y que se proponen como una vía de construcción individual y social adecuada para nuestros tiempos.

orden político concebido como superior al orden social donde podemos encontrar el medio de resistirnos a las fuerzas cuyas estrategias imponen cambios no controlados a nuestra experiencia de vida.”³⁰

Así, las nuevas formas de organización que van surgiendo no consiguen aún integrarse de manera coherente, que haga posible considerarlas como un movimiento generalizado hacia ese *re enraizamiento* del que hablaba Wagner, y que sería preciso para poder superar esa segunda crisis de la modernidad. Por eso, sigue faltando la coherencia alcanzada en cuanto al orden de la *modernidad organizada*. Sin embargo, esa falta de coherencia promueve la búsqueda personal o del pequeño grupo de nuevas formas generalizadas de comunicación que permitan que las esferas del mundo de la vida se desenvuelvan, y se afiancen la reproducción cultural y la integración social, como propone Habermas (1987).

Es esto lo que postulan las políticas y programas de promoción de la salud, que presentaremos en el capítulo 5 y que suponen el reapoderamiento de la gestión social y del control personal. También se observa esta misma búsqueda de nuevos caminos en las agrupaciones que analizaremos en el siguiente inciso. Una de sus manifestaciones es la actividad creciente de grupos no gubernamentales, sin afiliación sindical o partidista, a la par que una decreciente participación en las formas convencionales. En el ámbito político, tanto en los países de Europa Occidental como en Estados Unidos, la membresía en los partidos así como la participación en las elecciones son tan reducidas que en ocasiones es mayor la proporción de no votantes que de quienes depositan su voto, sobre todo en elecciones no presidenciales. En América Latina, quizás por lo novedoso del proceso de transición hacia la democracia, la participación de votantes es mayor, pero no así la adscripción partidista. Este desinterés en la afiliación puede provenir de que la oferta de partidos no se ve acompañada de delimitaciones claras entre ellos, ni de postulados novedosos, que al mismo tiempo que den respuesta a la incertidumbre, brinden marcos de pertenencia y ofrezcan soluciones adecuadas al momento que vivimos. Por lo mismo, resulta difícil definir la ubicación de cada partido en el espectro político tradicional, debido a que ya no puede usarse con nitidez, como

³⁰ TOURAINE, 1998, p. 20.

afirma Melucci (1999), "la distinción clásica entre las tradiciones políticas de derecha y de izquierda".³¹ Luis Echeverría condensó esta situación en su ya famosa frase: "No soy de izquierda ni de derecha, sino todo lo contrario."

En los países latinoamericanos, en los que aún existe una esperanza de representación a través del voto, igualmente se percibe una efervescencia de la sociedad civil, una mayor diversidad de organismos no gubernamentales que se mantienen sin ser cooptados por el Estado, y cuya falta de permanencia y volatilidad no hablan de reducida motivación o escaso compromiso, sino de las mismas características de los movimientos sociales actuales, como veremos más adelante, a propósito del *neotribalismo*. En el actuar de estas agrupaciones resulta con frecuencia difícil deslindar lo político de lo social y lo público de lo privado. Se trataría de lo que J. Habermas (1987) describe como dificultades de ensamblamiento en el entramado social entre sistemas y mundo de la vida y que se expresan en las ya mencionadas patologías en la vida social.

Pasaremos a analizar otra de las expresiones antinómicas, cuyos elementos a menudo han servido como exponentes para la definición del espíritu de la época: la mundialización, que se presenta a la par que múltiples ejemplos de fragmentación.

2. Mundialización-Fragmentación

Una de las características de la sociedad contemporánea, que dificulta la autodefinición de la identidad personal y colectiva y promueve la búsqueda de marcos de pertenencia y de dependencias, es la fragmentación de la experiencia, en un grado tal que en ocasiones imposibilita la demarcación clara de clases y grupos sociales, cuyos miembros compartan rasgos suficientemente nítidos de afinidad. En forma simultánea, se observa la mundialización de algunos de los patrones de comportamiento social, junto con la ampliación a escala mundial de los mercados. El desenvolvimiento global de la economía y las finanzas ha pasado a ser lo que R. Boudon describiría como una ideología, es decir "doctrina que se extrae de una argumentación científica y que está dotada de una credibilidad excesiva o no fundamentada."³²

³¹ MELUCCI, 1999, p. 168.

Así, si bien no puede negarse la existencia de una serie de manifestaciones, no sólo en la economía y en la cultura, sino también en la política, ciencias y vida cotidiana, que se presentan en prácticamente todo el mundo, esto no conduce a la homogeneidad. Es preciso tener presente, como afirma A. Touraine, que: "Hay que ver en la idea de globalización una ideología que enmascara el mantenimiento de las relaciones de dominación económica al introducir la imagen de un conjunto económico autorregulado o fuera del alcance de la intervención de los centros de decisión política"³³ y aún más lejos del potencial de acción individual y grupal. De esta manera, Estado e individuo parecen inermes ante la estructura de lo transnacional, que se percibe como omnipotente y omnicompreensiva.

La visión de la tan preconizada *aldea global*, uniforme y sin resquicios, se ve empañada por múltiples muestras de desmenzamiento, a través de expresiones que a menudo son rotuladas de huida al pasado, supuestamente estable y seguro. A. Touraine aclara:

En lugar de que nuestras pequeñas sociedades se fundan poco a poco en una vasta sociedad mundial, vemos deshacerse ante nuestros ojos los conjuntos a la vez políticos y territoriales, sociales y culturales, que llamábamos sociedades, civilizaciones o simplemente países. Vemos cómo se separan, por un lado, el universo objetivado de los signos de la globalización y, por el otro, conjuntos de valores, de expresiones culturales, de lugares de la memoria que ya no constituyen sociedades en la medida en que quedan privados de su actividad instrumental, en lo sucesivo globalizada, y que, por lo tanto, se cierran sobre sí mismos dando cada vez más prioridad a los valores sobre las técnicas, a las tradiciones sobre las innovaciones... De las ruinas de las sociedades modernas y sus instituciones salen por un lado redes globales de producción, consumo y comunicación y, por el otro, crece un retorno a la comunidad... en todas partes se fortalecen y multiplican los agrupamientos comunitarios, las asociaciones fundadas en una pertenencia común, las sectas, los cultos, los nacionalismos y las sociedades vuelven a convertirse en comunidades al reunir estrechamente en el mismo territorio sociedad, cultura y poder bajo una autoridad religiosa, cultural, étnica o política a la que podría llamarse carismática porque no encuentra su legitimidad en la soberanía popular o la eficacia económica y ni siquiera en la conquista militar, sino en los dioses, los mitos o las tradiciones de una comunidad.³⁴

Podríamos considerar todas estas manifestaciones de re enraizamiento como pruebas del rechazo del mundo de la vida a ser colonizado por la estructura de sistemas, tanto en la

³² BOUDON, 1987, p. 60.

³³ TOURAINE, 1998, p. 37.

³⁴ *Ibidem*, p. 10.

de lo político como de lo económico. Así, ante las dificultades de definir la identidad colectiva a la que se pertenece, se recuperan formas de expresarla a través de la etnia, la religión, el nacionalismo, cuando estos rasgos habían estado latentes; o se generan rasgos de identificación totalmente nuevos, a los que se confiere una unión inexistente con el pasado, tema en que abundaremos a propósito de los *neotradicionalismos*.

En los primeros lapsos de la modernidad que describimos siguiendo a Peter Wagner había coherencia social, a partir de un elemento determinante o esencial, económico, político, cultural. Esto brindaba cierta unidad, al menos entre las regiones y grupos que se consideraban integrados a la definición de la modernidad. Pero en el momento actual, luego de la *segunda crisis de la modernidad*, se produce una nueva forma de organicidad, generada por la conjunción de elementos, a lo que Maffesoli (1993) denomina *unión en puntillado*. Es decir que la imagen de nuestra época surge de la convergencia y yuxtaposición de pequeños fragmentos, que trabajan en ese mismo efecto de mosaico, que ya se había comentado.

Este efecto de puntillado se observa también en cuanto a la comercialización de bienes, ya que existe una gran diversidad de productos en el mercado, que responden a demandas cada vez más específicas. Nos alejamos de la estandarización que parecía inminente hasta hace unos años, cuando aún se pensaba que la tendencia hacia la globalización se acompañaría de una homogeneización de los bienes ofertados. Por el contrario, las líneas de producción *inteligente* son flexibles y permiten ofrecer una multiplicidad de variaciones que responden a los gustos personales, sin elevar excesivamente los costos, mientras se mantengan las características básicas del producto. Así, la mundialización de los mercados permite tener acceso a personas con gustos e intereses semejantes y que se encuentran dispersas geográficamente. La detección del perfil exacto de consumidores potenciales hace rentable ofrecerles productos casi a medida, con lo que se incrementa la capacidad de selección, siempre de acuerdo con las posibilidades económicas, pero de todas formas más amplia que en el pasado. De esta manera, por un lado el mercado se amplía y por el otro se fragmenta y responde a los gustos personales, sobre todo de aquéllos que se han visto favorecidos

por su participación en los mercados mundiales. Con ello, también el consumo exige definición personal, lo que incrementa la sensación de incertidumbre.

Adicionalmente, otro rasgo de la mundialización que acentúa el desarraigo y la búsqueda de nuevas pertenencias son los movimientos migratorios. Éstos, en general tienden a dirigirse desde la periferia a los centros de poder económico, tanto en un mismo país, como en lo regional o internacional. Las corrientes migratorias, como se ha analizado en cuanto al flujo de México a EUA, guardan cierta consistencia, de manera que los miembros de un mismo colectivo se reencuentran en el nuevo territorio y retoman muchas de las costumbres de su lugar de origen. Al hacerlo, están generando nuevas piezas para el mosaico multicultural de la sociedad en donde se asientan, la que debe de recomodar su definición de sí, lo que no sucede sin que se produzcan conflictos. Cuando la sociedad receptora de migrantes reacciona mediante la marginación o la estigmatización, se hace más difícil la *integración social*, ya que muchos de sus miembros no se reconocen como parte de una comunidad, con un proyecto compartido. Al mismo tiempo, los migrantes que regresan a su lugar de origen también provocan modificaciones en su contexto, que no sólo se dan en cuanto a los patrones de consumo y formas de vida, sino también en lo relativo al panorama epidemiológico, todo lo cual tambalea la definición de grupos culturales, muchos de los cuales hasta ese momento habían podido mantener identidades adscriptivas, que les producían seguridad y pertenencia.

El acentuado proceso de transnacionalización de los mercados, sin embargo, no ha generado una sociedad global, dada la gran diversidad de rasgos que se presentan, que no pueden ser concebidos dentro de una misma identidad colectiva global que sirva como marco de pertenencia. En efecto, los rasgos que compondrían un marco de adscripción con el que sería posible identificarse y sentirse parte, no son suficientes y el resultado es una composición demasiado amplia y flexible que, al no tener fronteras, no cumple con el requisito de la formulación identitaria de oponerse a Otro, que pudiera ser percibido como extranjero.

El proceso de re enraizamiento de este periodo de la modernidad, entonces, no ha podido generar una nueva forma de identidad que ofrezca un marco protector al desarraigo. Podríamos considerar como un paso hacia ese tipo de adscripción la reorganización regional que está realizando la Unión Europea, con formas de organización compartidas, protección y apoyo entre los miembros, delimitación precisa de los que la componen y los que son extraños a ella. Este avance, que es propuesto como modelo a seguir para otras regiones del planeta por diversos teóricos (A. Giddens, 2001, G. Baumann, 2001), responde a un lento proceso de integración que todavía tiene obstáculos que derribar para completarse y del que no se detecta ningún símil en otras regiones. Además que los rasgos compartidos no han hecho posible (¿aún?) la definición de una identidad colectiva común.

Por lo mismo, no puede considerarse ese caso de integración regional como una solución a la crisis, para la que P. Wagner no encuentra caminos de salida, dado que no logra detectar “potenciales portavoces y colectivos activos capaces de llevar a cabo una nueva y parecida transformación de la modernidad dentro de la moderna designación de significados imaginarios... Tampoco hay el mínimo de prácticas ya convencionalizadas que sería preciso utilizar para el establecimiento de una modernidad algo más organizada... Tampoco existe el instrumental necesario de la comunicación sin restricciones, de una opinión pública en la que y a través de la que pueda llevarse a cabo un abierto entendimiento mutuo sobre las nuevas comunidades.”³⁵ Esta visión pesimista, en cuanto a las posibilidades de lograr coherencia dentro de la organización social, olvida las manifestaciones de nuevas formas de integración, que analizaremos más adelante, en cuanto a las *Nuevas redes*, así como de los modelos que fomentan la pertenencia y el trabajo en y para lo común, como los de promoción de la salud que analizaremos en el capítulo 5.

Una vez más podemos identificar en la situación descrita, la pérdida de *integración social* que J. Habermas (1987) señaló y que se hace evidente al diluirse la presencia de redes sociales tradicionales. En parte, como señala A. Touraine, porque *el poder* también ha diluido sus contornos, que no pueden quedar personificados en “el príncipe

³⁵ WAGNER, 1997, p. 326.

que impone sus decisiones arbitrarias, y ni siquiera el del capitalista que explota al asalariado; es el del innovador estratega o el del financiero que más que gobernar o administrar un territorio conquista un mercado.³⁶ Este tipo de personajes puede resultar admirable o suscitar envidia, como sería el caso de Bill Gates, pero es difícil que se lo asocie a la opresión del amo o al dominio, sino más bien al que supo aprovechar una idea, o el momento.

Consideraremos a continuación la antinomia que se refiere al grado de formalización de las instituciones la cual, siendo más específica que las descritas previamente, demuestra otro rasgo relevante de la sociedad del presente.

3. Institucionalización-Desinstitucionalización

En la sociedad actual se sigue desarrollando el proceso de institucionalización que se ha ido gestando en la modernidad, y que llevó a pasar el control de ámbitos de la vida privada a la estructura de los sistemas político-administrativo y económico, como señala J. Habermas (1987.) Las instituciones actuales, cuya definición y forma de estructurarse se comparte de manera prácticamente mundial, ejercen poderosos controles sobre numerosas personas que no han elegido afiliarse a ellas, ni han podido definir las reglas por las que se rigen. Con lo cual, estas mismas instituciones funcionan como vehículo de sometimiento, al reducir la posibilidad de elegir personalmente las propias prácticas, movimiento contrario al proceso de desarraigo que ya habíamos comentado. A través de estas instituciones emana un amplio repertorio de reglamentaciones que inciden en el mundo de la vida, en ese trasfondo que J. Habermas revaloriza, señalando que es en donde transcurre la mayor parte de nuestra existencia.

En las últimas décadas, diferentes instituciones comenzaron a controlar, a través de reglamentaciones, las normas que hasta ese momento habían sido consideradas como propias de la vida privada, regidas por la moral o la tradición. Tal sería el caso de las reglamentaciones de control al maltrato infantil y la violencia intra familiar, que al normar el comportamiento se introducen en la vida privada, en las costumbres de interrelación y crianza. No estamos enjuiciando aquí la pertinencia de expedir tales

³⁶ TOURAINE, 1998, p. 20.

normas, sino señalamos uno de los casos de intromisión del sistema político - administrativo en el mundo de la vida. En forma paralela, siguiendo el esquema planteado por J. Habermas,³⁷ el sistema económico penetra el mundo de la vida de diferentes formas, como por ejemplo en la celebración de fiestas y conmemoraciones tradicionales que se espectacularizan al ser difundidas por los medios masivos, arrancándoles el sentido que expresaban para diferentes comunidades, como mecanismo de reproducción cultural y de integración social.

Una vez más debemos destacar que este avasallamiento del mundo de la vida no es una tendencia única, sino que también se observa la tendencia opuesta, hacia lo que A. Touraine describe como la *desinstitucionalización*, que se demuestra en "el debilitamiento o la desaparición de las normas codificadas y protegidas por mecanismos legales y la desaparición de los juicios de normalidad, que se aplicaban a las conductas regidas por instituciones. Entramos en unas sociedades en las que... se favorece la coexistencia de varios tipos de organización social y conductas culturales en cada ámbito, lo que es a la vez liberador y angustiante."³⁸ Se trata, entonces, de una ampliación de lo posible o, al menos, concebible, que reduce la *estigmatización* (Erving Goffman, 1989) y la definición del proscrito o del marginado, pero que a la par exige una definición, como grupo e individuo, que entraña ansiedad y promueve la generación de dependencias.

Como señala C. Lefort: "la sociedad moderna y el individualismo moderno se constituyen a través de la experiencia de la disolución de los últimos puntos de señalización de certezas,... con su disolución, se inicia una aventura, amenazada por las resistencias que ella misma provoca sin cesar, en la que se ponen en duda todos los fundamentos del poder, los del derecho y los del conocimiento, una aventura auténticamente histórica, en el sentido de que nunca puede tener fin, porque retroceden constantemente las fronteras de lo posible y lo pensable."³⁹

³⁷ HABERMAS, 1987, p. 454.

³⁸ TOURAINE, 1998, p. 46.

³⁹ LEFORT, 1988, p. 179.

El cuestionamiento de mitos y ritos se observa también en lo que M. Maffesoli denomina el *politésimo de los valores*, que permite que éstos convivan, aun si son marcadamente contradictorios unos con otros. Con ello disminuye la tranquila inercia de poder seguir haciendo lo que la generación anterior definía como lo correcto y entramos a lo que U. Beck denomina la *modernización reflexiva*, que "desintegra y sustituye los supuestos culturales de las clases sociales por formas individualizadas de desigualdad social."⁴⁰ A la vez, las instituciones sociales, el orden familiar y social, pero también los sindicatos y partidos políticos, se ven privados del orden estructural del que emergieron. De esta manera, no es que hayan desaparecidos los conflictos sociales, sino que éstos ya no se dan entre grupos opuestos estables, sino entre agrupaciones de composición fluctuante, que se hacen presentes ante el ojo público a través de los medios de comunicación masiva, o quedan ocultas porque no son mencionadas por éstos.

Al diluirse los marcos de adscripción heredados, la definición de la identidad colectiva a la que se pertenece se va haciendo más frágil; si la determinación podía ser percibida como opresión, la indeterminación produce inseguridad. Para aliviarla, ya no se cuenta con las normas prescritas por las autoridades religiosas, y se debe recurrir a otros mecanismos como la psicoterapia, que ha sido descrita como *dependencia a los expertos* por C. Lasch (1991). Para A. Giddens, la "terapia no replica la autoridad religiosa... (sino que) es una forma específica que expresa los dilemas y prácticas relevantes en la alta modernidad, más que una fenómeno que sustituye las formas sociales tradicionales o morales."⁴¹ Quienes tienen posibilidad de acceder a la psicoterapia logran expresar a través de ella los conflictos y acomodar frustraciones y expectativas a lo que el contexto ofrece. Es parte de la internalización de las normas que Norbert Elias (1985) definió como el mismo *proceso de civilización*: autocontrol, en lugar de heterocontrol y que en este trabajo consideramos como la antinomia básica: independencia-dependencia.

Así, los manuales de autoayuda que A. Giddens (1991) ha analizado, así como los consejos radiofónicos, la *prensa del corazón* o las exhibiciones de los problemas

⁴⁰ BECK, 1998, p. 243.

personales a través de los *talk shows* de los medios de comunicación, sirven como lo que J. Habermas (1987) denomina nuevas *formas comunicativas del mundo de la vida*, que brindan respuestas a las necesidades expresadas de marcos de adscripción y modos compartidos de comportamiento, cuando los tradicionales han demostrado su obsolescencia.

Es preciso destacar, con M. Wigley, que los “nuevos medios definen el espacio en el cual vivimos... Al igual que el tapiz, con el que la gente originalmente se vestía, (producen) un cerramiento cultural.”⁴² Pero tenemos que tener en cuenta que se trata de un tapiz que se teje y desteje a diario, como si Ulises siempre estuviera por llegar. De esta manera, cada mensaje-fragmento del mosaico confirma el dibujo planteado, pero también lo actualiza y modifica. Adicionalmente, puede afirmarse que los medios - prensa, radio, televisión - se han transformado no sólo en principal escenario de lo público, sino también de lo privado, de manera de que en ocasiones cuesta diferenciar uno del otro. Pero, como señala F. Savater, no se trata de una interpretación homogénea de la vida privada, que podría entonces proveer a la audiencia de un marco de referencia incuestionable. Por el contrario, en los medios se establecen “mecanismos de crítica recíproca entre las racionalidades de los universos simbólicos de la sociedad y los grupos que las constituyen... lo que permite que normas, principios y prácticas entren en contradicción en todos los ámbitos de acción social, especialmente con los valores y exigencias inmanentes.”⁴³

El amplio repertorio de imágenes y textos que reproducen y transmiten los medios, ingresa, es almacenado y ordenado, junto con documentos, libros y películas y todo tipo de productos informativos por los sistemas y redes informáticas. Esta situación ya fue analizada por P. Nora y A. Minc, en 1978, en el informe que elaboraron para la presidencia de Francia acerca de la informatización de la sociedad y sus repercusiones en la formación de la memoria colectiva, pero en nuestros días es mucho más notoria. En palabras de Katya Mandoki: “Los sistemas de identidades se han producido desde instituciones, una de las cuales llega a ser la dominante en cada época: el aparato religioso, el escolar y actualmente, el aparato de comunicación. Los medios de difusión

⁴¹ GIDDENS, 1991, p. 179.

⁴² WIGLEY, 1994, p. 255.

⁴³ SAVATER, 1994, p. 63.

masiva son, hoy por hoy, la instancia dominante de producción, circulación y consumo de (rasgos de) identidades.”⁴⁴

A. Touraine también señala que: “Las técnicas de la información ejercen una acción decisiva, ya que nos arrancan a nuestro marco espacial y temporal y reemplazan la sucesión por la simultaneidad, la evolución por la diversidad, el alejamiento por la proximidad. El... proceso de desocialización hace que nuestras conductas sean cada vez menos previsible a partir del conocimiento de nuestra situación económica o profesional”⁴⁵, justamente porque, como veremos en el próximo capítulo, la pluridimensionalidad de la identidad personal exige una construcción y definición individual, en la que cada dimensión interviene. Cada cual concede un peso específico especial a esas dimensiones, por lo que la identidad es una construcción personal que no surge mecánicamente de ninguna de las dimensiones aisladas, ni tampoco de la suma de todas las dimensiones, sino de la autorreflexión acerca de la interacción social.

Pasaremos a describir otra antinomia, que se liga estrechamente con el tema de estudio, al evidenciarse en ella elementos que facilitan la independencia, pero también otros que incrementan la dependencia.

4. Libertad-sometimiento, independencia-dependencia

Entre las antinomias que se presentan en nuestra sociedad destacaremos una que no sólo es básica para el desenvolvimiento social, sino que adquiere particular importancia para el tema de estudio. Se trata de la que se presenta entre los conceptos libertad-sometimiento, que puede asimilarse a términos más acordes con este trabajo: independencia-dependencia. Siguiendo a P. Wagner: “El doble concepto de liberación y sometimiento... abarca la ambivalencia de la modernidad en tres importantes dimensiones: en la relación entre la libertad individual y la convivencia social; en la relación entre la capacidad de acción humana y las limitaciones estructurales, y en la

⁴⁴ MANDOKI, 1992, p. 178.

⁴⁵ TOURAINE, 1998, p. 55.

relación entre la vida humana siempre vinculada a un lugar concreto y las normas sociales difundidas por amplios espacios."⁴⁶

Aquí, junto con P. Wagner, estamos concibiendo la libertad como *autonomía*, rasgo relevante en las condiciones modernas, en las que se dispone de la capacidad y la obligación de darse a sí mismo las reglas de su propia vida, aunque éstas siempre se generan desde un marco histórico, en el que se presenta la vida social humana y que de todas formas sirve de vehículo para la "autodeterminación. Nadie fundamenta las reglas en la nada, en una especie de vacío."⁴⁷

Una explicación del interjuego entre independencia y dependencia en la sociedad nos lo da S. Moscovici, al hablar de las representaciones sociales, cuando afirma que ellas intervienen en nuestra actividad cognitiva y que, si bien no puede delimitarse con exactitud en qué extensión son "independientes o puede decirse que la determinan... existe siempre una cierta cantidad tanto de autonomía como de constricción en todo contexto, tanto natural como social."⁴⁸ Con ello se explicaría una de las dimensiones de la ambivalencia mencionada por P. Wagner: aquella que relaciona la libertad individual y la convivencia social. Esto mismo es considerado por Giddens, cuando señala que los diferentes "contextos culturales permiten una cierta fe en la coherencia de la vida cotidiana, que se consigue mediante interpretaciones simbólicas de cuestiones existenciales,"⁴⁹ generando *marcos cognitivos de significado* y permitiendo así un *compromiso emocional básico*, cuyos orígenes son principalmente inconscientes.

De esta manera, aun si hablamos del incremento del desarraigo, de la independencia en la estructuración de la vida, ésta nunca puede ser completa, porque imposibilitaría el desenvolvimiento social, como aclara Savater: "La libertad es algo determinado, condicionado y limitado, una energía de opción que cuenta con motivos y circunstancias y cuya eficacia no es infinita."⁵⁰

⁴⁶ WAGNER, 1997, p. 16.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 17.

⁴⁸ MOSCOVICI, 1993, p. 183.

⁴⁹ GIDDENS, 1991, p. 38.

⁵⁰ SAVATER, 1994, p. 100.

Por eso, al analizar la sociedad actual, es preciso considerar ambos polos, tanto la libertad-independencia como el sometimiento-dependencia, ya que el ser humano requiere de ese capullo protector, como denomina Giddens (1996) a la seguridad básica que aportan las rutinas, estereotipos, hábitos, normas sociales y costumbres, que facilitan la interrelación. Estas formas a que se recurre para relacionarse en la vida cotidiana limitan el desarraigo mediante una constante acomodación de la identidad personal, que se incorpora a una definición (ya no adscriptiva y natural sino propia) de la identidad colectiva. Se trata de un proceso permanente, que no todos logran sin conflictos, para equilibrar la independencia (sensación de desarraigo), con la dependencia (búsqueda de definición y pertenencia.)

Así, nos alejamos de la visión de J. Baudrillard (1988) de que la pluralización de marcos de pertenencia y de ámbitos de adscripción provocaría una ineludible fragmentación del yo, que conllevaría a la desaparición del sujeto y del ámbito privado; para reconocer que se están generando nuevos hitos, nuevas formas de sentido, para la autorrealización y autocontrol personal y la integración de la identidad social, entre las que destacaremos en el capítulo 5 la promoción de la salud. También se perciben nuevas manifestaciones de sometimiento y dependencia que podrían existir en el pasado, pero que actualmente ven incrementada su frecuencia.

La dicotomía liberación - sometimiento se expresa, según P. Wagner “en una ambigüedad que parece ser uno de los elementos característicos de la modernidad. Esta ambigüedad se basa en la doble designación de significados imaginarios de la modernidad como autonomía individual y de sus Otros, sustanciales o colectivos.”⁵¹

Por eso afirma N. Luhmann: “Las tradiciones y certidumbres de la propia sociedad industrial se convierten en objeto de procesos de disolución y sustitución.”⁵² La falta de certeza lleva consigo una sensación de riesgo, que se cristaliza a través de las amenazas que se dan en el ámbito estructural, macro (crisis financieras, absorción de empresas locales por trasnacionales, fusiones de corporaciones, catástrofes nucleares, desequilibrio ecológico); pero también están aquellas que impactan en lo individual

⁵¹ WAGNER, 1997, p. 48.

(enfermedad, violencia, inseguridad, dolor, desempleo, desprotección, adicciones.) Esta concepción del riesgo (que analizaremos en el capítulo 3) como algo potencialmente inminente, fuera de la posibilidad de acción del individuo, fortalece el locus de control externo, es decir la heterodeterminación, y por ende, la percepción de sometimiento y dependencia.

La presencia permanente de riesgos potenciales fuera del control personal se opone, a su vez, a una tendencia cada vez mayor a dejar de considerar a la enfermedad como un riesgo incontrolable, para pasar a concebirla como un producto del estilo de vida individual y de las condiciones de vida sociales. Así, si el enfrentamiento de la enfermedad estuvo regido en el pasado por los magos, shamanes y otros representantes de los poderes sobrenaturales, la secularización de todos los órdenes de la vida llevó a la Medicina a tomar su lugar, como encarnación de la Ciencia. Pero ésta dejó fuera al individuo, convertido en objeto, caso, *paciente*, como también veremos en el capítulo 3, a propósito de la *medicalización*. En la actualidad, tanto desde la promoción de la salud como política sanitaria, de desarrollo social y bienestar comunitario, como a través de las redes de ayuda mutua y las múltiples prácticas alternativas, el hombre común retoma el control y la responsabilidad sobre su propio estado de salud, “lo cual supone que la percepción del riesgo y la responsabilidad de la decisión que afecta la salud se extiende a la vida cotidiana.”⁵³

Como indica A. Melucci: “Una vez que la supervivencia del género humano ya no está garantizada por la voluntad divina o por las leyes de la evolución, una vez que el fundamento de la relación y de la comunicación depende de los mismos hombres, la elección de existir y de existir con (de vivir y de convivir) está confiada únicamente a la responsabilidad de cada uno.”⁵⁴

En palabras de C. Lefort (1988): “Cuando se le concibe como independiente, el individuo... no gana ninguna nueva certeza en sustitución de la antigua... Está, además, condenado a sentirse atormentado por una inseguridad interior... se le ha despojado de

⁵² LUHMANN, 1997, p. 237.

⁵³ *Ibidem*, p. 167.

⁵⁴ MELUCCI, 1999, p. 146.

seguridad respecto de su identidad - de la seguridad que antes parecía extraer de su ciudad, de su situación social o de la posibilidad de coordinarse con una autoridad legítima.”⁵⁵ Así, aun si el lugar donde se reside, el grupo al que los estudios sociodemográficos lo adscriben, los antecedentes de la familia de la que proviene no son en muchos casos suficientes para delimitar una identidad social compartida, de todas formas, es imposible para el ser humano vivir en contingencia permanente, por eso desarrolla medios para reducirla. Entre estas búsquedas de marcos a los que asirse y que proporcionen seguridad destacan nuevas formaciones sociales que analizaremos a continuación, como intentos de *re enraizamiento* que se manifiestan en la sociedad actual.

1.3 Nuevas formas de pertenencia e interrelación

Describiremos diversas manifestaciones de esa búsqueda de seguridad y pertenencia por las que algunos miembros de la sociedad actual optan, y que permiten enfrentar la inseguridad que provocan las antinomias que acabamos de analizar. Reiteramos que éstas serían reacciones de respuesta a la crisis en la representación social a la que nos referimos, siguiendo a P. Wagner. Se trata, por un lado de formaciones que ya se conocían y que asumen una nueva fuerza, pero que tienen características peculiares, al presentarse en la actualidad, como los neotradicionalismos y neotribalismos. Pero también de las formas de interrelación que comienzan a evidenciarse a través del uso de aparatos tecnológicos, las redes, el *chatteo*, el intercambio por correo electrónico. En este trabajo no estamos calificando tales nuevas formas de intercambio simbólico y de interrelación, sino que focalizamos la atención sobre ellas por servir de anclaje para algunas personas, que a través de ellas conciben vinculaciones con su medio, actuando así como raíces ante la incertidumbre. Al ir las analizando notaremos que, si se ubican como centro de la vida, si se sobredimensionan para abarcar todo el contacto de ese grupo con la sociedad, pueden provocar un fenómeno de crisis, como los que describimos con J. Habermas, en cuanto a la reproducción cultural y la integración social. Como profundizaremos a propósito de las dependencias, no existe un límite claro

⁵⁵ LEFORT, 1988, p. 180.

que diferencie cuáles de estas manifestaciones son *normales* y cuáles no. Un ejemplo de esta dificultad de rotular lo dan los neotradicionalismos. En efecto, las variaciones que se observan en el fortalecimiento o la recreación de normas tradicionales en distintos países, cuestiona la mera posibilidad de emitir una generalización o un fallo. Entre estas nuevas propuestas deberíamos incluir la promoción de la salud, que integra las distintas facetas de la vida del hombre en sociedad (lo fisiológico, psíquico, espiritual, social y cultural), ofreciendo respuestas para que el sujeto y su grupo social recuperen el control sobre su vida. Esa propuesta integradora se analiza en el capítulo 5.

1. Neotradicionalismos

La carencia de marcos de pensamiento precisos y de valores estables y compartidos fue descrita desde finales de la década de los 70 por D. Bell, (1977) y en sus afirmaciones se basó la corriente política de los neoconservadores en los años ochenta para propugnar por un retorno a los valores tradicionales. Así, mientras se rompían prohibiciones, las y los homosexuales salían definitivamente del *closet* y el proceso de desacralización se hacía cada vez más notorio en todas las esferas de la vida, estos grupos respondían a los deseos de muchos cuando, desde los Estados Unidos de Reagan, llamaban a la oración en las escuelas públicas, a la abstinencia sexual de los adolescentes, a que los padres retomaran el control del comportamiento de sus hijos, revisaran sus pertenencias, fijaran reglas más estrictas de conducta.

Como comenta C. Lasch, Reagan se construyó la imagen de campeón de los valores tradicionales, sin que demostrara líneas políticas que permitieran propiciar tal restauración, sino que: "Lo que sí le importaba era revivir el capitalismo sin regulaciones de los años veinte. Como gobernador de California, condenó la *ola de hedonismo* que había avasallado a su país y postuló por un *renacimiento espiritual, de los preceptos morales que nos han guiado durante nuestro pasado.*"⁵⁶

La disyuntiva entre conservadores y quienes promueven la liberalización de las conductas es sólo otro ejemplo de las antinomias que habíamos comentado: ambos extremos son aceptados e introducidos entre el repertorio de las posturas socialmente

⁵⁶ LASCH, 1991, p. 515.

posibles, de manera semejante a lo que se presenta en varios ámbitos de la vida. Pero, por lo mismo que la falta - y búsqueda - de marcos definidos es dolorosa, numerosos son los que pretenden el regreso al pasado, a la seguridad de las ataduras en las que se reconocen los vínculos de dependencia y cohesión grupal. Se trata de una visión idealizada de lo perdido, en la que se depositan todas las virtudes y ninguno de los defectos. Como afirma F. Jameson: "En donde se percibe un neotradicionalismo (como en ciertos resurgimientos recientes del confucianismo en China o los fundamentalismos religiosos) se los observa como una decisión deliberada política o colectiva, en una situación en la que queda muy poco de ese pasado que debe ser completamente reinventado".⁵⁷

Este *deseo ahistórico* como lo denomina A. Touraine de revitalizar costumbres perdidas no puede tener éxito, justamente porque pretende imponer un modelo de vida que ya no encaja dentro de las formas generalizadas y aceptadas de comportamiento. Puede ser llevado a cabo sólo por pequeños grupos, que basan su cohesión en su diferencia con el resto de la sociedad y que, en los casos más extremos, se marginan y evitan los contactos e interrelaciones, como sería el caso de grupos y sectas aislados y aislables.

Otras manifestaciones de neotradicionalismo, como los localismos, nacionalismos y fundamentalismos, demostrarían un tipo de fragmentación que se opone a la homogeneización. Como afirma F. Jameson: "La vocación utópica de los movimientos grupales pequeños, cuando tratan de alcanzar una definición de sí mismos en oposición con unas estructuras hegemónicas amplias, utiliza la identificación con frecuencia llamada en forma inadecuada como una identidad grupal o colectiva, una tradición de opresión específica y un pasado histórico (necesariamente construido). Es una identidad que debe basarse completamente tanto en la solidaridad como en la alienación o la opresión y necesariamente se alimenta en imágenes de cohesión primitivas o tribales."⁵⁸ A este redimensionamiento de lo ido lo explica E. Morin (1994) como fruto de la falta de certeza en el devenir: "¿Por qué el despertar de los nacionalismos aparece combinado

⁵⁷ JAMESON, 1995, p. 20.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 66.

con fundamentalismos? Es porque cuando se ha perdido el futuro uno se aferra al pasado."⁵⁹

Los neotradicionalismos pueden considerarse como una expresión del *reencantamiento*, polo de otra antinomia, cuyo opuesto es la *desacralización* o secularización. Así, por un lado se profundiza este último proceso de alejamiento de la adscripción a instituciones religiosas que, retomando a Weber, describió M. Gauchet (1988), y al mismo tiempo, se observa ese proceso opuesto, que Maffesoli denomina *reencantamiento*, al que dota de contornos difusos, nebulosos, y que se expresa a través de manifestaciones dispersas de religiosidad, astrología, culto del cuerpo, formas de apoyo e interrelación.

Tales manifestaciones de *reencantamiento* cuestionan también el supuestamente predominante paradigma del racionalismo moderno, como demuestra Touraine: "Cuanto más difícil resulta definirse como ciudadano o trabajador... más tentador es hacerlo por la etnia, la religión o las creencias, el género o las costumbres, definidos todos como comunidades culturales... Lo creador de estas nuevas identificaciones es que liberan a la diversidad cultural de las cadenas de hierro del racionalismo de las Luces".⁶⁰ Para M. Maffesoli, esta liberación de la Razón permite la resemantización de los elementos *estéticos*, en una búsqueda de nuevos significados, nuevas formas de convivir, de sentir, de percibir:

Las sociedades contemporáneas, la multitud de micro grupos y las masas que los constituyen, están secretando una ideología que no tiene nada que ver con el racionalismo elaborado durante la modernidad. Una ideología que reconoce la pregnancia de lo sensible (cuerpo, imagen), de la experiencia en la estructuración social... El conocimiento ordinario se expresa mejor en momentos en que la materia, en tanto que sustrato de lo vivo o de la existencia social, ni negada (espiritualismo, idealismo), ni hipostasiada (materialismos), entra en sinergia con su opuesto.⁶¹

Rasgos semejantes a los que acaba de mencionar Maffesoli son utilizados para describir el hedonismo por D. Bell (1977) y retomados por G. Lipovetzky (1986), sólo que estos autores lo perciben como una característica negativa de la sociedad actual, que conduce a la excesiva individualización y a la pérdida de los lazos entre los grupos sociales. Por

⁵⁹ MORIN, 1994, p. 438.

⁶⁰ TOURAINE, 1998, p. 39.

⁶¹ MAFFESOLI, 1993, p. 97.

el contrario, para M. Maffesoli se trata de un elemento revivificante, que motiva al cambio social y a una mejor y mayor vinculación con el propio organismo, la naturaleza y el sentido de solidaridad, elementos que también encontraremos en las propuestas de promoción de la salud analizadas en el capítulo 5.

Si bien estos neotradicionalismos pueden abarcar grupos sociales amplios, podríamos considerarlos como expresiones, por una parte de re-enraizamiento, de rechazo a la globalización y de recuperación de la identidad social; y por otra, como manifestaciones de la tendencia a la formación de nuevos vehículos de integración social, como las nuevas redes grupales, que describiremos a continuación.

2. Nuevas redes, nuevas tribus

Este nuestro mundo parece alejarse cada día de aquella preconizada como inevitable, homogénea y estable aldea global, tan cerca ya del *fin de la historia* (Fukuyama, 1986), para acercarse más bien a un mosaico con fronteras y dibujos cambiantes, suma de una infinidad de villorios, constituidos alrededor de ciertos rasgos o elementos, tanto geográficos, culturales y étnicos como de especialidad, campo de interés y preferencias.

Este tipo de agrupaciones permite que se perciba cierto grado de cohesión, como también una sensación de pertenencia, y sustituye los marcos de adscripción amplios, que abarcaban estratos socioeconómicos o culturales bien definidos, y que permitían sólo leves grados de variaciones individuales entre quienes participaban en ellos. Las nuevas redes operan "a través de condensaciones. Se organizan tribus más o menos efímeras que comulgan en cuanto a valores minúsculos y que, en una danza sin fin, se entrecrocán, atraen, repelen, en una constelación de contornos tenues y perfectamente fluidos."⁶² La misma fluidez de contornos permite entrar y salir de tales *tribus* sin que se desmorone la definición de identidad personal de sus miembros, puesto que cada una de ellas representa sólo uno entre los múltiples ámbitos en los que cada cual se desenvuelve. Por eso dice M. Maffesoli que esas *tribus* se sustentan en *micro valores* éticos, religiosos, culturales, sexuales, productivos, que constituyen el fundamento de la

⁶² *Ibidem*, p. 27.

interrelación. De esta manera, en esas pequeñas redes, se facilita la vinculación y se crea el requerido ambiente afectivo, que fortalece el sentido de pertenencia. Pero al mismo tiempo, es preciso en lo individual darle coherencia a esa multiplicidad de redes en las que se interviene, lo que incrementa la incertidumbre.

Como se observa, M. Maffesoli retoma sólo algunos elementos de la definición ortodoxa de tribu para describir el *neotribalismo* que, "por una parte pone el acento en la fusión grupal y por otra, en el aspecto efímero o sucesivo de esa fusión. En la imitación, moda, conformidad, se observa el deseo de reconocimiento por parte del otro, la búsqueda de apoyo o de protección social y el hecho de seguir un camino común. Estas diversas características, (tienen como)... denominador común la atracción social, con respecto a una reducida cantidad de individuos."⁶³

La diversidad de posibilidades de adscripción grupal viene acompañada del "deslizamiento de una lógica de la identidad a una lógica de la identificación. Aquella es esencialmente individualista, pero ésta es mucho más colectiva... La identificación agrega cada persona a un pequeño grupo, lo que implica una multiplicidad de colores opuestos", como afirma Christopher Lasch (1989). Utilizar este término permite destacar, siguiendo a G. Baumann (2001), la importancia de lo procesual, en lo identitario y lo cultural, en contra de lo *natural*, genético, heredado. Debemos reforzar la idea ya planteada que este tipo de identificación es múltiple, de manera que cada persona se integra a una gran diversidad de pequeños (o amplios) grupos de adscripción, con lo que se dificulta la definición de la identidad personal, como veremos en el siguiente capítulo. Es por eso que el narcisismo puede considerarse como típico del presente, si no se lo concibe "como un sumergirse en el mundo individual, (sino que)... por el contrario, se considera el narcisismo colectivo, se lo comprende como el hecho de producir y vivir una mitología específica... que pone el acento en la estética, que promueve un estilo particular, un modo de vida, una ideología, un valor sexual, en breve lo que es del orden de la pasión compartida."⁶⁴

⁶³ *Ibidem*, p. 148.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 31.

Estos grupos o redes difieren de los movimientos sociales más amplios, que se dieron al final de los años sesenta y durante la siguiente década, sobre los que afirma P. Wagner: "Los programas de todos estos grupos insistían en el proyecto colectivo de una revolución social, con la consiguiente reestructuración de la sociedad. Las prácticas en el interior de los grupos exigían a menudo de sus miembros la renuncia a la privacidad y a la individualidad en aras del bien colectivo."⁶⁵

Como vimos, P. Wagner ubica en este tipo de movimientos el potencial de rechazo y protesta que responde a la crisis que enfrenta la sociedad organizada, en la que se cuestionan las prácticas establecidas y se intenta definir un nuevo sujeto colectivo. En este sentido, el movimiento de 1968 preparaba ya de hecho el camino a los años ochenta. Los movimientos que se observan a partir de 1980 no sólo cambian de dimensión y de consistencia, ya que no exigen una adscripción permanente ni única, sino también de objetivos. Como indica A. Touraine (1990): "Estos movimientos de protesta no se dan como objetivo principal la conquista del Estado, sino por el contrario la defensa por parte del individuo de las relaciones interpersonales, de los pequeños grupos, las minorías."⁶⁶

Pero la falta de presencia de amplios movimientos sociales contestatarios en nuestros días no ha implicado la indiferencia social, sino la modificación de las manifestaciones de solidaridad. En efecto, en el presente, entre todas las selecciones que nos vemos obligados a hacer, figura la de solidarizarnos con un grupo concreto, específico, que sirva de marco de adscripción, con frecuencia más imaginario que consolidado, pero que de todas formas dé seguridad y coherencia a la identidad personal y a la colectiva.

Así, los que fueron definidos por A. Melucci, en 1986, como los *nuevos* movimientos sociales este mismo autor en trabajos más recientes (A. Melucci, 1999) propone quitarles ese adjetivo, ya que reconoce en ellos los elementos de cualquier movimiento social, como agente de cambio. Entre ellos estarían la sensibilidad ecológica, las redes de ayuda mutua que se gestan alrededor de una enfermedad o problema compartido (C. Millé, 1993), las cooperativas de seguridad entre vecinos, las manifestaciones

⁶⁵ WAGNER, 1997, p. 248.

caritativas nacionales e internacionales, los grupos de recuperación de tradiciones locales o barriales, las manifestaciones anti globalización o de soporte Norte-Sur, que demuestran un nuevo cariz de la solidaridad social. Deberíamos sumar a éstos la red de apoyo tejida alrededor del movimiento zapatista del EZLN, cuyas repercusiones en ámbitos alejados geográfica y culturalmente, como son varios países europeos, habla no sólo de solidaridad trasnacional, sino también de la adscripción a un nuevo tipo de pensamiento y de comunidad que ese movimiento propone, que no por revalorar tradiciones, usos y costumbres deja de ser novedoso y fresco.

De esta manera, si el proceso de mediación ejercido por los medios repercute en una reducción de la capacidad percibida por el individuo de interpretar y actuar sobre su contexto, también sirve de sustrato para la formación de nuevas redes sociales, con capacidad para reformular y reformar el espacio colectivo y crear así un nuevo ámbito de lo político, promoviendo el renacimiento de la acción social creativa.

Pasaremos a continuación a destacar cómo las aplicaciones tecnológicas dan sustento a muchas de las nuevas redes que acabamos de considerar, así como permiten basar en ellas diferentes tipos de interrelación, sobre todo en el campo académico y laboral, pero también en la vida privada.

3. Nuevas tecnologías como sustento a la interrelación

En algunos estudios, la utilización de equipos tecnológicos queda sobredimensionada y tales aparatos parecen servir de explicación del proceso de cambio, como si se tratara de agentes, sujetos sociales. Es lo que E. Sfez (1995) comenta a propósito de las metáforas explicativas en las que el hombre y su acción social pasan a un segundo plano, a ser un símil de la máquina y de su arquetipo, la computadora. Esta entronización de la máquina como sujeto social deja de lado que la forma en que individual y socialmente se la utiliza es la que le confiere un lugar en la acción en sociedad. Como se ha demostrado en cuanto a la creación de múltiples aparatos, es cuando la estructura social está abierta a su empleo y desarrolla expectativas positivas hacia el mismo que pueden

⁶⁶ TOURAINE, 1998, p. 322.

empezar a ser producidos comercialmente e introducidos en el mercado. P. Flichy (1982) expone como ejemplo el caso de las video caseteras, que habían sido inventadas pensando en su uso como equipo de producción personal de mensajes audiovisuales, mientras que sólo recibieron interés y aceptación como reproductoras de mensajes producidos industrialmente, en especial de *films*.

El papel de las nuevas redes de interrelación personal y grupal que se apoyan en el equipo de cómputo ha sido estudiado desde la arquitectura y el urbanismo por W. Mitchell, quien señala la presencia y la tendencia al fortalecimiento de un nuevo tipo de comunidades, dentro de la *hitesfera*. Según este autor, "con cada vez mayor consistencia, las computadoras se introducen en el tejido de las construcciones y las construcciones se van transformando en computadoras, como un resultado de un largo proceso de evolución."⁶⁷

Todo ello ha provocado una reorganización de grupos sociales que ya se observa –y se aprovecha– en el mundo laboral. Por ello "resulta a menudo una mejor estrategia formar alianzas de socios múltiples, grupos de diversas especialidades, distribuidos en diferentes zonas geográficas (asesores, proveedores, subcontratistas y otros) según las necesidades de cada proyecto en particular, que luego se disuelven o se reagrupan al finalizar un proyecto e iniciar otro. Entramos a la era de la organización temporal, recombinable, virtual, de los negocios."⁶⁸

La existencia de las comunidades virtuales sigue la misma tendencia a la desterritorialización que evidencian otras nuevas agrupaciones, como los grupos de ayuda mutua, que también constituyen redes y que he descrito en otros trabajos (Millé, 1993). En efecto, también se reúnen alrededor de rasgos, problemas e intereses compartidos, más que por hallarse en una misma ubicación geográfica. Todas estas nuevas redes pueden fomentar el fortalecimiento de la cohesión de algunas comunidades, barrios, universidades visibles e *invisibles* (Watzlavick, 1987), tanto cuando facilitan el intercambio de información, de avances de proyectos de investigación, como cuando comparten logros, cuando proponen soluciones a problemas

⁶⁷ MITCHELL, 1995, p. 171.

de estudio, preservan o recrean tradiciones y sirven así de lazo para afianzar la pertenencia. Como abunda a propósito de las comunidades virtuales W. Mitchell: "Dado que la distancia física tiene escasa importancia en el ciberespacio, también se puede contribuir a condensar comunidades rurales dispersas, al crear espacios públicos que sirvan a amplias y no muy pobladas áreas."⁶⁹

Así, el ambiente virtual proporciona sitios de encuentro, vínculos para conectarse, de manera de que se establecen "comunidades del ciberespacio como los puertos marinos del siglo XVIII, las poblaciones nacidas alrededor de las estaciones del tren en el siglo XIX y las que aparecieron a mediados del siglo XX junto a las autopistas... (desempeñando) un papel especial en la compleja economía actual, que requiere un nuevo tipo de infraestructura... (Así como la polis antigua proporcionaba) un ágora, mercados y teatros para los que vivían dentro de sus murallas, la *bitesfera* del siglo XXI requiere de un número creciente de lugares de reunión, intercambio, entretenimiento para su población *conectada*."⁷⁰ Esto, por supuesto, no implica la desaparición de la interrelación cara a cara en la vida social contemporánea, sino la asimilación de una serie de rasgos, nuevas formas, espacios físicos y sitios virtuales, que se hacen cada vez más frecuentes y ocupan porciones cada vez más amplias de las vinculaciones sociales.

Resulta imposible predecir cómo impactarán estas nuevas formas de integración social en la experiencia, la cual, como señala Maffesoli, "no es solamente una suma de situaciones individuales, sino una acumulación de datos colectivos, la mayoría de las veces no conscientes, que delimitan la vida en sociedad. La experiencia es, entonces, eso en lo que se funda la tradición... ella reactiva las emociones, los afectos; en breve, toda esta dimensión estética que es el hecho de percibir en común."⁷¹ Diversos estudios han demostrado que las personas para las cuales su forma de interrelación de mayor relevancia es a través de la computadora, frente a la cual pasan prácticamente todas las horas de su jornada en las que no se encuentran dormidos, presentan una mayor prevalencia en cuanto a trastornos psíquicos que los grupos control. Esto puede deberse a que se trata de la primera generación en la que es posible desarrollar este tipo de

⁶⁸ *Ibidem*, p. 97.

⁶⁹ *Ibidem*, p. 127.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 167.

⁷¹ MAFFESOLI, 1993, p. 101.

comportamiento y constituye una minoría que no respeta las formas normalizadas de comunicación. Quizás, a medida que este patrón de comportamiento sea más usual y aceptado, a medida que se lo introduzca entre las formas aceptadas de interrelación, se reduzcan estas diferencias. Así, siguiendo a J. Habermas, lo que en estos años se manifiesta como una perturbación, una psicopatología, señalando los problemas en cuanto a la socialización en lo personal, puede transformarse en una nueva forma generalizada de comunicación, que fortalezca la integración social y coopere a la reproducción cultural. Serviría, entonces, como vehículo de re enraizamiento.

Esto viene a reforzar lo planteado por J. Habermas (1987) de que cada acción social tiene un potencial capaz de reforzar o modificar las normas. El resquebrajamiento de las convenciones de lo que Wagner denomina la *modernidad organizada* indica cómo es posible transformar las prácticas, en el núcleo mismo de los *sistemas* a través de la acción humana que refuerza o modifica lo aceptado.

Con esto podemos concluir la presentación de algunos de los rasgos característicos de la sociedad de este comienzo de milenio, tanto las antinomias que consideramos como generadoras de incertidumbre, como las nuevas formaciones sociales en las que se refugia la búsqueda de seguridad y dependencia. Insistimos en que muchos de tales rasgos ya figuraban en el pasado como posturas o agrupaciones sociales, sin ser tan frecuentes como lo son actualmente. Pasaremos a considerar en el próximo capítulo los rasgos específicos del sujeto en la actualidad que contribuyen a dar respuesta a la necesidad de definición personal, cuando ya no es posible la incorporación mecánica de tradiciones y antecedentes familiares.

Capítulo 2. El momento actual, desde el sujeto

La posición del sujeto en la sociedad – su sujeción o su libertad de acción – ha sido un tema en permanente análisis, desde la filosofía, la psicología, la antropología y la sociología durante toda la modernidad. Según las características que se perciben como predominantes, o que cada analista destaca, la determinación social o la libertad individual han sido así puestas de relieve. Estas dos posturas en la concepción del sujeto corresponden a los polos de la antinomia que hemos considerado básica para este trabajo: uno ubicado en la independencia-libertad y el otro en la dependencia-sometimiento. Retomando los periodos de la Modernidad que definimos siguiendo a P. Wagner, en el previo al actual, de la *modernidad organizada*, se destacó la preponderancia de la estructura, la cultura, el o los sistemas como determinadores del sujeto. Aún en teóricos como J. Habermas, para quien la racionalidad de la liberación ha sido siempre básica, la dimensión del sujeto otorgada en su **Teoría de la Acción Comunicativa** queda reducida a los intersticios de la vinculación entre sistemas y mundo de la vida. Por el contrario en el presente, durante la *modernidad liberal ampliada*, parece haber quedado atrás el prolongado periodo en el que el sujeto perdió consistencia.

Son numerosos los abordajes teóricos que en los últimos años han redimensionado al sujeto como agente social. Como afirma A. Touraine (1998), quien previamente dedicó una de sus obras a este tema (**Le retour du sujet**, 1987): “El mundo moderno está cada vez más repleto de referencias al Sujeto... que coloca como principio del bien al control que ejerce sobre sus acciones y su situación, y que le permite concebir y sentir sus comportamientos como elementos constitutivos de su historia de vida personal, en la que se concibe a sí mismo como actor. El Sujeto es la voluntad de un individuo de comportarse y ser reconocido como actor... Hay que hablar... de un nuevo paisaje

cultural y social en el cual la noción de Sujeto ocupe el lugar central que correspondía en el paisaje antiguo a la de Sociedad."¹

La preeminencia otorgada al sujeto viene acompañada con el reconocimiento de las dificultades en la definición de la identidad, que se han destacado en los análisis desde los 70 y continúan recibiendo atención en este principio de milenio. Reiteramos lo expuesto en el capítulo anterior, acerca del predominio de las identidades *elegidas y socialmente convenientes*, en las que se da la *posibilidad de la construcción de sí*. La mera enunciación de que el sí mismo pueda ser construido por el sujeto se relaciona íntimamente con el polo libertad-independencia de la antinomia que consideramos como básica para este estudio. Pero la independencia no se presenta dolor o incertidumbre; al participar en diferentes grupos, manejar distintas formas de presentarse a sí mismo, desempeñarse en diversas esferas laborales, académicas, afectivas, al individuo le resulta difícil definir cuál de ellas es la prioritaria, dónde fincar el núcleo de sí. E. Goffman ha establecido, por ejemplo, "que un individuo tiene tantos sí mismos como divergentes contextos de interacción"² en los que se desenvuelve. Por eso, como también aclara A. Touraine, requiere de formular implícita o conscientemente un proyecto de vida, como consideraremos con más extensión en este mismo capítulo, en cuanto a la autocomprensión. Tal proyecto representa:

Un esfuerzo para resistirse al desgarramiento de la personalidad y para movilizar una personalidad y una cultura en actividades técnicas y económicas, de manera que la serie de situaciones vividas forme una historia de vida y no un conjunto incoherente de acontecimientos. En un mundo en cambio permanente e incontrolable no hay otro punto de apoyo que el esfuerzo del individuo para transformar unas experiencias vividas en construcción de sí mismo como actor. Ese esfuerzo por ser un actor es lo que denomino Sujeto... El sujeto no tiene otro contenido que la producción de sí mismo... Afirmación de libertad personal, el Sujeto es también y al mismo tiempo un movimiento social. A partir de ese principio no social debe reconstruirse una concepción de la vida social".³

Entonces, la independencia puede ser percibida como excesiva, cuando la pluralidad de círculos de pertenencia que constituyen la vida de cada individuo dificulta sus esfuerzos por encontrar un centro, dar una visión coherente de quién se es, como describiremos

¹ TOURAINE, 1998, p. 47.

² GOFFMAN, 1983, pp. 189-190.

³ TOURAINE, 1998, p. 21.

más adelante, al desarrollar el proceso de *definición de la identidad individual*. Dado que no se le ofrece una cosmovisión compartida por amplios segmentos de la sociedad, que organice y jerarquice valores y metas, es preciso que opte también por construir sus prioridades. Se carece, por tanto, de certezas; se vive en la ambivalencia. Como afirma M. Maffesoli: "En lo que concierne a la identidad ideológica, política, sexual, profesional, hoy día nos confrontamos con incertidumbres inmediatas".⁴ Los individuos se encuentran insertos, así, en una gran diversidad de ámbitos, de interrelaciones y medios, cada uno de los cuales puede exigir diferentes formas de *comportamiento apropiado*. En palabras de E. Morin: "Debemos aprender a vivir con la incertidumbre."⁵

El redimensionamiento del sujeto no equivale al olvido de las estructuras sociales, normas culturales y leyes naturales que pesan sobre él, que no sólo definen las opciones sobre las que ese sujeto podrá escoger, sino que también facilitan que la toma de decisiones se incline hacia una de las alternativas. Por eso A. Touraine señala que: "El Sujeto no es más que la presencia en nosotros de lo universal, ya sea que lo denominemos ley de la naturaleza, sentido de la historia o creación divina."⁶ Pero esta transformación tampoco implica el olvido del Otro, debido a la obsesión de la búsqueda personal en la introspección, sino que: "El sujeto... empuja al individuo o al grupo a la búsqueda de su libertad a través de luchas... contra los determinismos sociales."⁷

La relevancia otorgada al sujeto y su capacidad de acción y selección se relaciona con las características de la sociedad que ya hemos descrito en el capítulo anterior, con la falta de determinación que la ambivalencia y las antinomias generan. En palabras de A. Melucci: "La elección y la decisión que comúnmente se asocian a la idea de libertad y de autonomía acaban siendo como un destino, una necesidad a la cual se nos somete porque sabemos que no escoger, no decidir, es una elección."⁸

Otro tanto apunta A. Giddens cuando se cuestiona: "¿Qué hacer? ¿Qué comer? ¿Quién ser? Estas son cuestiones relevantes para el que vive en la modernidad tardía - y

⁴ MAFFESOLI, 1993, p. 31.

⁵ MORIN, 1994, p. 440.

⁶ TOURAINE, 1992, p. 244.

⁷ *Ibidem*, p. 243.

⁸ MELUCCI, 1999, p. 87.

aquellas que, de una manera u otra, todos nosotros contestamos, ya sea en forma discursiva o a través del comportamiento social cotidiano." ⁹

Todos estos elementos que estamos destacando como propiciadores de inseguridad en lo individual, se añan a los que en lo social ya fueron analizados y propician tanto nuevas formaciones, como el desarrollo de procesos de dependencia, que proporcionan marcos de mayor determinación y fungen como centro alrededor del cual girarán los demás ámbitos de la vida.

Analizaremos a continuación tres procesos observables en la sociedad actual utilizándolos como un primer eje de análisis para la comprensión de la multiplicidad de ámbitos de acción en los que interactúa el sujeto, que dan lugar, como hemos considerado en el capítulo anterior, a nuevas formas de interrelación y agrupación, en las que, a la par que se alimenta la *convivialidad* o *sociabilidad*, se incrementa la incertidumbre.

2.1 El sujeto ante los procesos que acentúan la incertidumbre

Desde el sujeto, la incertidumbre que ya hemos descrito como uno de los rasgos presentes en esta fase de la modernidad se demuestra, según A. Melucci, a través de tres procesos sociales fundamentales: diferenciación, variabilidad y exceso cultural:

Diferenciación... los ámbitos de las experiencias individuales y sociales se multiplican y cada uno de estos ámbitos se organiza conforme a lógicas, formas de relaciones, culturas, reglas diferentes... Esto significa que no podemos transferir de un ámbito a otro esos modelos de acción, de reglas de lenguaje...

Variabilidad... se refiere a la velocidad y a la frecuencia del cambio. Un sistema es complejo porque cambia frecuentemente y se transforma velozmente... La primera noción se refiere a la diferenciación de espacio del ámbito de la experiencia y la segunda a la diferenciación de los tiempos de experiencia.

Exceso cultural. Es la ampliación de las posibilidades de acción que rebasan ampliamente la capacidad efectiva de acción de los sujetos.

Los tres procesos... establecen una permanente condición de incertidumbre porque cada vez que pasamos de un ámbito a otro de la experiencia y no podemos aplicar las reglas que valían para el otro lugar, tenemos que asumir nuevas reglas, nuevos lenguajes.¹⁰

⁹ GIDDENS, 1991, p. 70.

La incertidumbre, aclara A. Melucci, pasa a transformarse en una condición permanente, rasgo que ya analizamos como propio de la sociedad actual pero que, al manifestarse en lo personal lleva, como veremos en el siguiente capítulo, a diversos intentos por obtener cierto grado de seguridad, de dependencia, que facilite desenvolverse dentro de esa multiplicidad de esferas. Daremos atención a las características de esos procesos que inciden en la constitución del sujeto.

1. Diferenciación

Este concepto se refiere a la pluralidad de ámbitos de acción, y la falta de coherencia que impera entre ellos, así como la forma en que esto repercute en el individuo. Trata de ello M. Hopenhayn cuando afirma: “El pensamiento de la ambigüedad nunca se cierra. Siempre adviene otra interpretación y siempre la interpretación adicional introduce un pliegue. El pensar desde la ambigüedad produce así un incesante movimiento de diferenciación, genera un *plus* en la mirada que recompone la totalidad al fracturarla, disuelve lo dado en esta tensión que no cede y que suma incluso al disolver.”¹¹

Es decir que es justamente la ambigüedad que se produce al predominar las antinomias, ya descritas en el capítulo anterior, la que fomenta la diferenciación. Siguiendo a M. Hopenhayn: “La ambigüedad queda plasmada no sólo como un vaivén entre antípodas, sino como un surco que va cargando cada antípoda con múltiples sentidos. Asumir la ambigüedad es aceptar el devenir que en su movimiento siempre segrega nuevos pliegues o puntos de vista.”¹²

De esta manera, la pérdida de relevancia de los *Grandes Relatos*, del etnocentrismo y de las verdades absolutas, sobreviene al reconocer la coexistencia de diferentes culturas, historias, especialidades, puntos de vista. Todo ello hace evidente la falta de certeza en la interpretación de la realidad, la escasa consistencia de ésta, la indeterminación de las afirmaciones, sean éstas de carácter científico, político, académico y hasta afectivo. Como afirma G. Lipovetsky: “Ya no creemos en ninguna utopía histórica, en ninguna solución global, en ninguna ley determinista del progreso, hemos dejado de vincular la

¹⁰ MELUCCI, 1999, p. 85.

¹¹ HOPENHAYN, 1998, p. 95.

¹² *Ibidem*, p. 96.

felicidad de la humanidad con el desarrollo de las ciencias y de las técnicas, y el perfeccionamiento moral con el progreso del saber." Este autor encuentra elementos que contribuyen a que el sujeto se perciba como tal y que se generan al desmoronarse las seguridades que nos brindaban las creencias en las *leyes mecanicistas o dialécticas del devenir histórico*, el *actor humano* comienza a sentirse sujeto, con posibilidad de incidir en la visión del cambio colectivo, cargado con una nueva *ética de la responsabilidad*, en la que se concede una mayor importancia "a la iniciativa y a la implicación personal, la toma de conciencia del carácter indeterminado, creado, abierto al futuro."¹³ Este tipo de nuevo sentido de responsabilidad – individual y colectiva – es reconocido y fortalecido en los proyectos de promoción de la salud, que analizaremos en los capítulos 4 y 5.

Por el contrario, A. Touraine destaca que la diferenciación no sólo se expresa en la pérdida de puntos de referencia, de debates y de conflictos culturales y sociales, sino que parece provocar un desdoblamiento que nos hace "vivir en parte en el universo de las técnicas y el mercado y en parte en el de la identidad y la comunidad, al precio, es cierto, de una profunda ruptura de nuestra personalidad y nuestra vida social, pero sin inclinarnos a la revuelta o a proyectos de reforma o revolución."¹⁴ Señala así este autor lo que comentamos acerca de las perturbaciones y conflictos que el acoplamiento del mundo de la vida y los sistemas provoca, descrito por J. Habermas (1987).

Estos autores están llamando la atención acerca de una generalizada falta de banderas – sociales, políticas y religiosas – que den cohesión, integración, a los grupos sociales. Como una de las respuestas se generan los movimientos neonacionalistas, fundamentalistas y étnicos, que ya hemos analizado en el capítulo anterior. Por eso afirma G. Lipovetzky que, como "las señas estables se han confundido, todo puede resurgir (la tradición, lo sagrado, lo moral) como instrumento de búsqueda de identidad para una gestión colmada de sentido. Cultura desestabilizada en busca de renovación acelerada, que recicla la tradición en novedad, metamorfoseando los ideales en medios competitivos y vectores de afirmación de identidad."¹⁵

¹³ LIPOVETSKY, 1994, p. 210.

¹⁴ TOURAINE, 1998, p. 47.

En cuanto al impacto de la diferenciación en el sujeto, la anomia, soledad e indiferencia, que habían sido comentadas desde mediados de la década de 1950 como típicas de quien vive en las grandes urbes, pasan a destacarse como rasgos de un nuevo tipo de conciencia, que G. Lipovetsky denomina *hiperindividualista* y la describe como “una mezcla de indiferencia y repugnancia a la violencia, de relativismo y de universalismo, de incertidumbre y de absolutidad de los derechos del hombre, de apertura a las diferencias *respetables* y de rechazo de las diferencias *inadmisible*s.”¹⁶ En ella persisten los prejuicios encubiertos en racionalidad, la aceptación de lo *políticamente correcto*, al menos en el discurso, lo que Lipovetsky describe como una “redistribución social de lo permitido y de lo prohibido, aligeramiento de los juicios morales relacionados con el suicidio o con la vida sexual, con el aborto o la prostitución, pero persistencia de la severidad hacia las diferentes formas de violencia y delincuencia.”¹⁷ En consecuencia, el *hiperindividualismo* no tiende “a la exacerbación de superar a los otros como a la elevación de la intolerancia frente a todas las formas de desprecio individual y de humillación social... No esperamos del otro sacrificio y benevolencia sino respeto acrecentado de la existencia; no estamos sólo al acecho de signos de diferencias individuales, no aceptamos ya las marcas ofensivas de la autoridad jerárquica; no queremos tanto la celebridad o la excepcionalidad como ser escuchados.”¹⁸

Pero es justamente la falta de definición, la permanencia de discursos alternos, lo que permite hablar de diferenciación. G. Lipovetsky suma, así, a las antinomias que hemos analizado en el capítulo anterior, aquella que existe entre “dos discursos aparentemente contradictorios: una revitalización de la moral, otro el del precipicio de la decadencia que ilustra el aumento de la delincuencia, los guetos en los que reina la violencia, la droga y el analfabetismo, la nueva gran pobreza, la proliferación de los delitos financieros, los progresos de la corrupción en la vida política y económica; ninguna invención de nuevos valores morales: en lo esencial, son los mismos desde hace siglos y milenios.”¹⁹ Y en medio de esos dos rasgos antinómicos, existe una miríada de posturas posibles, que surgen de la combinación, a la medida de cada quien, de algunos

¹⁵ LIPOVETSKY, 1994, p. 253.

¹⁶ *Ibidem*, p. 151.

¹⁷ *Ibidem*, p. 151.

¹⁸ *Ibidem*, p. 282.

elementos de esas dos tendencias. En palabras de G. Lipovetsky, una de ellas “excita los placeres inmediatos, sean consumistas, sexuales o de entretenimiento: aumento de porno, droga, sexo salvaje, bulimia de los objetos y programas mediáticos, explosión del crédito y endeudamiento de las familias, el culto individualista del presente, contribuye a desocializar, aún más a las minorías étnicas, a los excluidos. Otra privilegia la gestión *racional* del tiempo y del cuerpo, el *profesionalismo* en todo, la obsesión de la excelencia y de la calidad, de la salud y de la higiene, se instaura un hedonismo dual desenfrenado y desresponsabilizador para las nuevas minorías, prudente e integrador para las mayorías silenciosas.”²⁰

La ambivalencia se presenta con claridad cuando observamos rasgos de ambas posturas opuestas en un mismo sujeto. Éste puede demostrar hedonismo, cuando busca gratificaciones, confirmando que: “El placer ya no está proscrito, está masivamente valorado y normalizado, promocionado y encauzado, diversificado y *limpio*, liberado y frecuentemente diferido por las obligaciones del trabajo, por la difusión de las normas racionales de *progreso* y de salud.”²¹ Pero ese mismo sujeto puede también presentar rasgos de ascetismo, vinculados con lo que G. Lipovetsky define como la *cultura higiénica y deportiva, estética y dietética*, de moderación, conciencia ecológica y cuidado personal.

Esto nos lleva a concluir que la heterogeneidad de los gustos y formas de vida es característica del momento actual en el que, aún si podemos denominar a sus miembros como *hiperindividualistas*, la mayoría de ellos mantiene una gran preocupación por la expresividad, la interrelación, la comunicación, los afectos y el respeto mutuo. Christopher Lasch acentúa las dificultades de manejo, en lo personal, de las dicotomías generadas por la diferenciación. La combinación de rasgos opuestos es definida como *narcisismo*, de quien “puede funcionar en el mundo de la vida cotidiana y con frecuencia despierta la atracción de otras personas, no sólo con su supuesto *insight* acerca de su personalidad, su devaluación de los otros, junto con su falta de curiosidad acerca de ellos, empobrece su vida personal y refuerza la experiencia subjetiva de vacío... Al mismo tiempo, su temor de la dependencia emocional, junto con su abordaje

¹⁹ *Ibidem*, pp. 9-10.

²⁰ *Ibidem*, p. 47

²¹ *Ibidem*, p. 56.

manipulativo y de explotación de las relaciones personales, convierte a esas relaciones en algo blando, superficial y marcadamente insatisfactorio... Las malas imágenes que ha internalizado también lo ponen crónicamente incómodo sobre su salud, además que la hipocondría lo hace proclive a recibir terapia y participar en grupos y movimientos terapéuticos.”²² Este texto señala elementos que fueron particularmente marcados durante la crisis de representación de la sociedad, a la que se ha hecho referencia. Pero es preciso tener presente que, en el proceso de re enraizamiento que vivimos en la actualidad, si la falta de determinación, la obligación de construir y escoger tiene como una manifestación el desarrollo de dependencias, también ha propiciado la generación de “una regulación social de los placeres ciertamente compleja y abierta pero en las antípoda del libertinaje.”²³

En efecto, a través de los mecanismos de autocontrol, que describe N. Elias y en los que abundaremos en el capítulo 5, se reformulan una serie de motivaciones personales y se tiende hacia una vida más plena, en esa conceptualización de promoción de la salud que cubre todas las esferas de la vida personal y social. En palabras de G. Lipovetsky, se tiende a la “exigencia de excelencia, reorientación de las ambiciones narcisistas hacia la higiene de vida y hacia la actividad profesional, preocupación de autocontrol, de reequilibrio y de diversificación de las motivaciones existenciales.”²⁴

La diferenciación, en consecuencia, no se demuestra en la segregación en estamentos, clases, estratos, sino en la falta de homogeneidad de valores, conceptos morales, formas de vida, aspiraciones, expectativas; la diversidad se presenta dentro de los miembros de un mismo grupo y familia, y las combinaciones individuales impiden el desarrollo de perfiles o patrones determinables; además de debilitar el reconocimiento de marcos de pertenencia compartidos. Resulta mucho más difícil que en generaciones anteriores alcanzar consenso al hablar de conducta adecuada, de normalidad, de metas individuales o sociales, de dignidad y honor, y aún del bien y del mal.

²² LASCH, 1987, pp. 39-40.

²³ LIPOVETSKY, 1994, p. 62.

²⁴ *Ibidem*, p. 72.

2. Variabilidad

El cambio, la inestabilidad del tiempo y espacio, de lo que nos rodea, ha pasado a ser una de las constantes de nuestro mundo. Es por eso que, como indica A. Giddens: "Buscamos anclas para permanecer y dudamos de nuestra biografía. La pérdida del hogar del yo, se vuelve de esta forma experiencia común y el individuo debe construir y reconstruir la casa propia, frente al cambio vertiginoso de los acontecimientos y de las relaciones."²⁵

Es en las búsquedas de puntos precisos de amarre en donde se finca el desarrollo de dependencias, dado que, como afirma P. Wagner: "En vez de poder instalarse en un lugar seguro dentro de un orden social estable, se le pide a cada persona que se comprometa activamente en la modelación de su vida y de sus posiciones sociales en un medio ambiente en constante cambio. Este desplazamiento de acentos fomenta forzosamente las inseguridades e incluso la angustia."²⁶ En efecto, como veremos a propósito de los procesos de auto coacción que describe N. Elias, y su incidencia en el desarrollo de la identidad individual, los controles formales se debilitan, mientras que se acentúa la internalización de la responsabilidad por parte de cada individuo, como ya consideramos a propósito de la diferenciación.

Como señala A. Melucci en su definición del concepto de variabilidad, ésta se nos hace presente tanto con relación al espacio como al tiempo. Esto se debe en parte a lo que ya había señalado D. Bell (1977) en cuanto a que, desde la ampliación de las redes ferroviarias, el advenimiento del cine y sobre todo de la televisión, la generalidad de la población tiene acceso a una mayor cantidad de escenarios espacio-temporales; pero también a la posibilidad que W. Mitchell indica a propósito del uso de nuevas tecnologías: "Nos hemos hecho capaces de traspasar rápidamente de una actividad a otra, mientras que permanecemos en el mismo lugar, por lo que terminaremos usando el mismo lugar en muchas formas diferentes. Ya no será posible distinguir entre tiempo de trabajo y libre, ni entre espacio de producción y de consumo. Seguramente emergerán zonas ambiguas y competidas."²⁷

²⁵ GIDDENS, 1991, p. 114.

²⁶ WAGNER, 1997, p. 284.

La falta de precisión, las inestabilidades y ambigüedades en la definición del espacio y del tiempo, van repercutiendo en nuestras percepciones y apreciaciones acerca de ambos, y generan modificaciones en la representación social (S. Moscovici, 1993), así como en las formas y etapas en que tradicionalmente se ha dado la socialización. Por eso afirma E. Morin que nos encontramos ante la "toma de conciencia en permanente conflicto que solamente podemos hacer mediante apuestas inciertas y aleatorias, lo que nos vuelve a traer siempre a nuestra condición de sujeto, que es la de vivir en la incertidumbre y el riesgo."²⁸

En cuanto a nuestra apreciación del tiempo, los medios de comunicación, "ya sea la televisión, el videotexto, la micro computación, el fax, todos estos objetos reducen el tiempo, aniquilan el futuro y promueven un instante eterno."²⁹ Es decir, que al tiempo de la vida cotidiana, en el que se tejen rutinas y hábitos, se van introduciendo estímulos provenientes de los diversos medios, de manera que esa dimensión del tiempo que ya habíamos internalizado parece perder consistencia. M. Maffesoli nos aclara que: "Un elemento esencial de esta nueva lógica es que existe otra forma de contabilizar el tiempo. El término *bondissement* da cuenta de algo que no puede preverse totalmente, que es poco controlable."³⁰

Algo semejante sucede en cuanto al espacio, de manera que en el contexto cotidiano, en ese mundo de la vida que se había ligado tradicionalmente a lo que A. Giddens denomina la *vida local*, donde "cada quien reubica selectivamente diversas fuentes de experiencia directa y mediada, en escasas instancias del mundo de los fenómenos,... (pero éstas) ya no corresponden a los ámbitos habituales a través de los cuales se mueve físicamente un individuo. Todos los individuos incorporan selectivamente muchos elementos de la experiencia mediada a su conducta cotidiana." Y agrega: "Los acontecimientos distantes pueden resultar tanto o más familiares que las influencias próximas, y se integran en el marco de la experiencia personal. Las situaciones cercanas

²⁷ MITCHELL, 1995, p. 101.

²⁸ MORIN, 1994, p. 80.

²⁹ MAFFESOLI, 1993, p. 160.

³⁰ *Ibidem*, p. 163.

pueden... ser más opacas que los eventos de gran escala que afectan a muchos millones de personas.”³¹

Esta variabilidad, expresada en la concepción del tiempo y del espacio, dificulta la organización de la vida y esconde las posibilidades de decidir sobre ella, como algo en lo que el sujeto puede incidir. Se reduce así su percepción de autocontrol, lo que también lo empuja hacia seguridades alternativas, a través de las dependencias o de la participación en las nuevas formaciones sociales.

3. Exceso cultural

La pluralidad de contextos en los que cada persona actúa, y que A. Melucci relaciona con este concepto, aunado a los dos anteriores, provoca que el individuo se sienta solo “en un mundo en el que carece del apoyo psíquico y del sentido de seguridad que proporcionan los contextos tradicionales.” A. Giddens relaciona esta inseguridad con la búsqueda de apoyo terapéutico, al que define como “una versión secular de la confesión.” y agrega que “La terapia es... una expresión de la reflexividad del *self* que proporciona un equilibrio entre la oportunidad y la catástrofe potencial, en medidas iguales.”³² Pero, en realidad, es una pequeña proporción de la población la que tiene acceso a servicios psicoterapéuticos, mientras que las grandes mayorías buscan marcos de pertenencia, o el olvido de la inseguridad de diferentes maneras. Para esos sectores, no sólo se ofrece un cada vez más amplio repertorio de estilos de vida, a través del cine y los programas televisivos de ficción, sino que “la actualización personal es envasada y distribuida de acuerdo con un criterio de mercado. Los libros de auto ayuda... se transforman en teoremas que siguen la lógica del *marketing* acerca cómo comportarse en la vida.”³³ La industria cultural, a través de los medios de comunicación, también fomenta la búsqueda de la novedad permanente, acostumbra a considerar la obsolescencia como una ley, que pasa a regular desde la información científica, la noticia periodística, las preferencias en cuanto a ropa y peinado, hasta los sentimientos, afectos y relaciones. Por eso afirma G. Lipovetsky que: “No sólo consumimos objetos y

³¹ GIDDENS, 1991, p. 47.

³² *Ibidem*, pp. 33-34

³³ *Ibidem*, p. 198.

películas sino también la actualidad escenificada. La información se produce y funciona como animación hiperrealista y emocional de la vida cotidiana."³⁴

La ampliación de contextos o ámbitos de acción se relaciona también con la fragmentación de la esfera laboral. Como indica A. Gorz (1991), "la cultura del trabajo, parcelada en mil pedazos de saber especializado, está desligada de la cultura del cotidiano... Los individuos... deben vivir en un medio en vía de dislocación y fragmentación continuas, librado a la agresión de la mega tecnología. Este mundo, imposible de unificar mediante la experiencia vivida, evidencia la dolorosa ausencia del mundo de la vida."³⁵ Así, organizar la identidad alrededor de la actividad laboral resulta difícil, dado que ya no existe la misma diferenciación en ramas industriales consolidadas (metalúrgicas, de servicios, metalmecánica), adscritas a un mismo sindicato, en el que los agremiados compartían demandas e intereses, puesto que: "La identidad profesional no se relaciona ya con el producto, sino más bien con los sistemas de tecnología secundaria aplicados a la producción."³⁶ Por lo tanto, encontramos más afinidad entre los especialistas en sistemas que trabajan en diferentes ramas industriales que entre éstos y los operarios de otras áreas de su misma empresa.

Pero es en el volumen de información que recibimos cotidianamente en donde se hace evidente con mayor claridad el exceso cultural. El asalto desde los medios de datos, imágenes y sonidos convierte la información en una maraña que sería imposible de descifrar, si es que tuviéramos el tiempo suficiente para dedicarnos a organizarla. Por eso, conservamos sólo lo que nos llama más la atención, lo que se relaciona en mayor grado con alguno de nuestros intereses, lo que responde con mayor exactitud a nuestras expectativas; y bloqueamos, desechamos, negamos, todo lo demás (C. Millé, 1999). Por otra parte, "la extensión potencialmente sin límites de la información aumenta simultáneamente los márgenes de incertidumbre para el sistema entero. La incertidumbre deriva, en primer lugar, de la dificultad de establecer relaciones entre la cantidad de información que transmitimos y recibimos que, sin embargo, no garantiza su conversión en conocimiento... La incertidumbre afecta entonces el significado de la

³⁴ LIPOVETSKY, 1994, p. 54.

³⁵ GORZ, 1991, p. 117.

³⁶ *Ibidem*, p. 100.

acción individual porque el crecimiento desproporcionado de la información aumenta el número de posibles porciones, pero también hace más difícil la decisión.”³⁷

A esto se refiere también W. Mitchell, cuando desarrolla el concepto del *infobahn*, en el que “cada nódulo es potencialmente tanto una emisión como un punto de consumo,” de manera que las concentraciones centralizadas como emisores, que encontramos todavía en la actualidad “serán suplantadas por millones de fragmentos dispersos.”³⁸ Todo ello abrirá oportunidades y generará nuevas posibilidades de comunicarse, así como “para producir y distribuir entretenimientos de bajo costo para audiencias muy reducidas e identificar y alcanzar audiencias dispersas, con intereses y gustos sumamente especializados.”³⁹ Parecería entonces que vamos hacia épocas de una mayor posibilidad de comunicación horizontal, de democratización en cuanto a la emisión-recepción de mensajes (C. Millé, 1993) y que pueden ser aprovechados por las estrategias de promoción de la salud, que se estudian en el capítulo 5. Pero ello no puede producirse sin las dificultades, rechazos, faltas de seguridad, búsqueda de escapes y dependencias que cualquier proceso de cambio evidencia, sobretodo uno de re enraizamiento, que se observa en todos los ámbitos de la vida en forma simultánea.

Hemos considerado tres manifestaciones actuales de la pluridimensionalidad de la sociedad y de cómo afectan al individuo. Tales manifestaciones demuestran las dificultades a las que debe sobreponerse el sujeto, al tratar de definir su identidad y que lo orillan hacia la seguridad ofrecida por las dependencias. Pasaremos a considerar a continuación este proceso de definición y algunas de las características que se le atribuyen.

2.2 Definición de la identidad individual

Cada sociedad facilita la construcción de ciertos tipos de identidades, mientras que rechaza, margina, dificulta otros. En palabras de C. Castoriadis: “Toda sociedad debe proyectarse en un porvenir que es esencialmente incertidumbre y azar. Toda sociedad

³⁷ GIDDENS, 1991, p. 87.

³⁸ MITCHELL, 1995, p. 53.

³⁹ *Ibidem*, p. 65.

deberá socializar la psiqué de los seres que la componen, y la naturaleza de esta psiqué impone a los modos y al contenido de esta socialización apremios tan inciertos como decisivos."⁴⁰

Es esto lo que describe N. Elias, cuando afirma: "La imagen del ser humano es la imagen de muchos seres humanos interdependientes que constituyen composiciones, esto es grupos o sociedades de tipo diverso."⁴¹ Así, para este autor, la sociedad no es una abstracción de las peculiaridades de sus miembros, ni un sistema o una totalidad más allá de ellos, sino que es más bien el *entramado de interdependencias construido* por los sujetos sociales y agrega:

El superyo cambia, con relación al conjunto de condiciones sociales... Es necesario revincular la estructura de la personalidad como algo cambiante, con las condiciones sociales y sus modificaciones.

Los esquemas de comportamiento de nuestra sociedad, que se inculcan al individuo a través de la modelación desde pequeño como una especie de segunda naturaleza y se mantienen en él por medio de un control social poderoso y muy estrictamente organizado, no pueden entenderse en virtud de fines humanos generales y ahistóricos, sino como resultado de un proceso histórico, derivado del sentido general de la historia occidental.⁴²

A través del proceso de civilización del que da cuenta N. Elias, el aparato de coacción externo se va convirtiendo en uno de *auto coacción*:

Estas auto coacciones, que son funciones de una revisión y reflexión permanentes que se inculcan en el individuo desde pequeño, en correspondencia con su imbricación en secuencias más largas de acciones, tienen parcialmente la forma de un autodomínio consciente, parcialmente también la forma de costumbres o funcionamiento de modo automático. Su resultado es una contención regular de las manifestaciones instintivas y emocionales, según un esquema diferenciado peculiar a cada situación social... En ciertas condiciones pueden conducir a una intranquilidad e insatisfacción continuas del individuo, precisamente porque una parte de sus inclinaciones e impulsos sólo encuentran satisfacción de una forma insólita, por ejemplo en la fantasía, en la contemplación o en la audición, en el sueño o el ensueño.⁴³

Este tipo de escapes que señala N. Elias son aquéllos que sirven como una de las motivaciones de las dependencias, en especial de las que se generan en cuanto al

⁴⁰ CASTORIADIS, 2000, p. 70.

⁴¹ ELIAS, 1985a, p. 37.

⁴² *Ibidem*, p. 526.

⁴³ *Ibidem*, p. 460.

consumo de drogas, como desarrollaremos en el siguiente capítulo. Se desea destacar que, no sólo la búsqueda de estos escapes es frecuente en este lapso de la modernidad, como ha sido desde mediados de la década de los 60, sino que también se presenta una menor capacidad de lo que el mismo N. Elias denomina *funcionamiento de modo automático*. Ello se relaciona con la incertidumbre fortalecida por los tres procesos que acabamos de describir, que ponen ante el sujeto una pluralidad de campos de decisión, sin dotarlo de jerarquías claras de valores o suficiente bagaje cultural de experiencias.

Por eso N. Elias menciona que, para que el sujeto perciba seguridad, al autodomínio consciente deben sumarse las costumbres casi automáticas, y A. Giddens describe como "la mayoría de las formas de la conciencia práctica no podrían mantenerse en la mente en el curso de las actividades sociales."⁴⁴ Esta conceptualización de la conciencia práctica de A. Giddens coincide con la idea de N. Elias de un *esquema*, que cada persona construye y aplica diferenciadamente según su apreciación de la situación. La condición actual de diferenciación y variabilidad dificulta la generación de este esquema, que se ve sometido a un proceso permanente de reconstrucción, ante nuevos estímulos.

Sin embargo, existen notables divergencias sobre la apreciación del surgimiento de la *intranquilidad e insatisfacción* de la que habla N. Elias y la *ansiedad* que comenta A. Giddens en su texto. Para el primero, esos sentimientos se generan debido a la imposibilidad de expresar y satisfacer los impulsos, contenidos por la autoacción. Para A. Giddens la ansiedad debe ser entendida "en relación con el sistema global de seguridad que el individuo desarrolla, más bien que únicamente como un fenómeno situacional específico, conectado con riesgos o peligros particulares."⁴⁵ De esta forma, este último autor entra en el campo, por un lado, de los mecanismos de defensa o de los comportamientos sustitutivos (S. Freud, 1970) y por el otro, de las rutinas y las dependencias que, junto con la mediación de la experiencia, son temas a los que se ha brindado mayor atención y análisis en las décadas posteriores a la fecha en que N. Elias desarrolló la obra comentada.

⁴⁴ GIDDENS, 1991, p. 153.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 38.

Para N. Elias, la autonomía del ser humano siempre será sólo relativa, ya que cada uno de nosotros no constituye una *personalidad cerrada*, sino una *abierto*, que "se remite y orienta a otros seres humanos y depende de ellos."⁴⁶ La sensación de independencia y desarraigo es una constante en nuestros tiempos, que emana del mismo proceso de internalización de los mecanismos de control descrito por N. Elias: al haber hecho depender de su propia persona el control de los impulsos espontáneos, la pasión, el afecto, el hombre comienza a concebir ese autocontrol como el que gobierna a su *yo auténtico*, al *núcleo de la individualidad* que se encontraría en la *interioridad*, oculta a los demás. Esto conduce a este autor a destacar el símil que comúnmente se realiza entre la estructura de la personalidad y la relación que guardan los órganos y sistemas fisiológicos del ser humano en cuanto al mundo circundante, en la que se puede detectar un *dentro* y un *fuera*. Para él esta extrapolación no es apropiada, ya que en la estructura de la personalidad "no hay nada que se parezca a un contenedor, nada que permita justificar metáforas como la de la interioridad del ser humano."⁴⁷

Este mismo proceso de formación social de la identidad individual es analizado por C. Castoriadis, quien afirma: "Desde el punto de vista psíquico, la fabricación social del individuo es un proceso histórico mediante el cual la *psiqué* es forzada a abandonar, nunca totalmente, su mundo y sus objetos iniciales e investir objetos, un mundo, reglas que están instituidas socialmente. Requisito es que la institución ofrezca a la psiqué un sentido. El individuo social se constituye así interiorizando el mundo y las significaciones creadas por la sociedad."⁴⁸

También Christopher Lasch brinda aportaciones acerca de este mismo punto, cuando señala: "Cada sociedad reproduce su cultura - sus normas, sus supuestos, sus modos de organizar la experiencia - en el individuo, en una forma de personalidad. Como dijo Durkheim, la personalidad es el individuo socializado. El proceso de socialización, llevado a cabo por la familia y, de manera secundaria, por la escuela y otras agencias de formación del carácter, entre las que destaca en la actualidad el papel de los medios de

⁴⁶ ELÍAS, 1985a, p. 44.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 42.

⁴⁸ CASTORIADIS, 2000, p. 50.

comunicación, modifica la naturaleza humana para que ésta sea conforme a las normas sociales prevaletentes."⁴⁹

Con esto coincide J. Habermas cuando describe, en la *Teoría de la Acción Comunicativa*, el *plexo intersubjetivamente compartido*, en el que se sustenta el mundo de la vida y en donde se da no sólo la socialización, sino también la reproducción cultural y la integración social, lo que permite una identificación del individuo consigo mismo y con su grupo social, como hemos comentado en el capítulo anterior. Así, la socialización se encarga de la adquisición de capacidades generalizadas de acción y se cuida de sintonizar las vidas individuales con las formas de vida colectivas. Este proceso evita la alienación de los individuos, aun si permite los diferentes estilos de vida personales, sustentados en la capacidad de las personas para responder autónomamente de sus acciones. En otro texto, que trata específicamente del tema de las identidades, J. Habermas define la relación entre la identidad individual y la grupal como de complementariedad, en una vinculación estrecha, sobre todo debido a que nuestra historia vital (nuestra biografía individual) así como la historia de nuestro pueblo "no puede separarse de nuestra propia identidad, de la imagen que de nosotros ofrecemos a nosotros mismos y ofrecemos a los demás."⁵⁰ Esto lleva a A. Touraine a comentar: "El individuo es institución, institución cada vez diferente en cada sociedad. La subjetividad, como instancia reflexiva y deliberante (como pensamiento y voluntad) es proyecto socio-histórico."⁵¹

En otro comentario sobre el tema, externado durante una entrevista llevada a cabo en 1990, J. Habermas corrobora esta idea al afirmar "Solamente cuando está asegurada la permanencia de esa comunidad, que exige de sus miembros la adopción no egoísta o empática del lugar de los otros, puede asegurarse la continuidad y reproducción de esas redes de reconocimiento recíproco",⁵² esos procesos que ya habíamos comentado de reproducción del mundo de la vida en lo cultural, lo simbólico, lo ético, en los que se teje la trama de lo social con la de lo individual. Igualmente este autor, en su conferencia sobre la razón práctica, confirma su postura al declarar que: "Mi proceso de

⁴⁹ LASCH, 1987, p.34.

⁵⁰ HABERMAS, 1989, p. 114.

⁵¹ TOURAINE, 1998, p. 251.

⁵² HABERMAS, 1993, p. 88.

formación se lleva en un contexto de tradiciones que comparto con otras personas, mi identidad está asimismo marcada por identidades colectivas y mi historia vital se inserta en amplios contextos de historias de vida.⁵³ Se estaría refiriendo a una idea semejante a la planteada por Gilberto Giménez en cuanto a la *pluridimensionalidad* de la identidad de las personas, al quedar inscrita "en una multiplicidad de círculos de pertenencia concéntricos."⁵⁴

J. Habermas reconoce la imposibilidad de que no se dé una identidad, trátase ésta de la individual, grupal o social, al afirmar que "la identidad de una persona, de un grupo, nación o región es siempre algo concreto, particular." Además, agrega: "No es posible, ni aún hoy, renunciar a una identidad, hacerla consistir únicamente en orientaciones y características universales morales, compartidas por todos."⁵⁵ En efecto, la identidad no podría desaparecer, sino en todo caso, reducirse la relevancia de un rasgo o una manifestación de ella, siendo sustituidos por otros. Como afirma G. Giménez: "la identidad individual ya no se percibe como un dato o un destino, sino como una opción, una construcción del sujeto."⁵⁶ En la medida en que, entonces, cada uno puede conformarse a sí mismo, siempre en función de las opciones que su grupo social le propone, la identidad no puede serle impuesta. Pero al mismo tiempo, este tipo de identidades que P. Wagner denomina elegidas y socialmente convenidas representan una labor para el sujeto, a la que tiene que aplicar energía, como veremos a continuación.

Así se pone de relieve que no se está hablando de una determinación completa, inapelable, sino que se da un interjuego entre lo que la sociedad ofrece como identidades posibles, para quedar incluido entre lo *normal*, lo aceptable, o lo no patológico, socialmente. El individuo selecciona permanentemente dentro de ese repertorio, en general de manera inconsciente, por inercia o llevado por el deseo, alguno de los rasgos que se le ofrecen y de esa forma lo fortalece, acentúa o transforma, sin poder modificar, por supuesto, las condicionantes socioeconómicas ni históricas, implícitas en el repertorio, en el acervo del que hablamos.

⁵³ *Ibidem*, p. 65.

⁵⁴ GIMÉNEZ, 1992, p. 200.

⁵⁵ HABERMAS, 1989, p. 114.

⁵⁶ GIMÉNEZ, 1992, p. 185.

1. Dificultades actuales en la definición de identidad individual

En el ámbito de la formación de la identidad individual sucede, en nuestros días, algo semejante a lo que hemos descrito, en lo social, como la fragmentación de la supuesta aldea global. En un pasado ya remoto, cada persona sabía quién era dentro de su tribu. Hoy, cada uno de nosotros, empujados por lo que M. Maffesoli denomina el *horror al vacío*, participa en varias, y a veces en decenas, de esas nuevas formaciones tribales, entre las que a menudo no hay conexión evidente, como si se tratara de compartimentos estanco, con su vocabulario, reglas, rangos de experiencia y peculiar abordaje a la realidad. Por ello, la amplitud de las selecciones ofrecidas para la integración de la identidad es la característica actual más notable, además de que existe una mayor capacidad de entremezclar rasgos, de manera que resulta más difícil realizar divisiones nítidas no sólo entre los estratos socioeconómicos, sino también entre grupos y comunidades de adscripción. En este contexto A. Giddens afirma que: "las transformaciones de la identidad personal y la globalización... son los dos polos de la dialéctica de lo local y lo global en condiciones de la alta modernidad"⁵⁷

Por otra parte, los procesos que describimos con A. Melucci hacen que resulte arduo reconocer el sentido y la organización de lo que nos rodea. A. Touraine comenta: "El Yo no puede ya desempeñar su papel de mediación psicológica entre la cultura global y el conjunto de los datos representados en la vida psíquica tanto por la libido como por la lengua empleada y las pertenencias a las creencias culturales transmitidas. El mundo vivido... ya no tiene unidad."⁵⁸ Esta falta de unidad se proyecta también en cuanto a las jerarquías de valores, que – junto con la identidad y la comunicación - han pasado a ser un tema álgido, que merece ser analizado y requiere ser enseñado, tanto en el área de la pedagogía y otras ciencias sociales, como en los discursos políticos y en aquéllos que tratan el comportamiento ético. Así, al disolverse los grandes proyectos políticos y religiosos, se desencadena una multiplicidad de manifestaciones de incertidumbre, que son alimentadas por los procesos de diferenciación, variabilidad y exceso cultural ya descritos.

⁵⁷ GIDDENS, 1991, p. 30.

⁵⁸ TOURAINE, 1998, p. 50.

De esta manera, la pluridimensionalidad de la identidad permite afirmar a F. Jameson que lo que se presenta es: "un movimiento hacia una mayor individuación en un nuevo proyecto individual descentrado."⁵⁹ Este hiperindividualismo, cuyas características ya hemos descrito, hace afirmar a A. Touraine: "El actor deja de ser social; se vuelca sobre sí mismo y se define por lo que es y ya no por lo que hace."⁶⁰

Así, la formación de la identidad pasa a ser un proyecto personal, una responsabilidad individual. Esto, por un lado, cierra las posibilidades de las seguras justificaciones – de uno mismo, su vida, la de su familia, la situación social, la injusticia, la opresión – sustentadas en algo que supere lo tangible; y por el otro se abre toda una amplia gama de nuevas responsabilidades que se supone que se debe asumir, sin tener que dar cuenta a alguien más que a sí mismo: el equilibrio ecológico, el bienestar de la comunidad, el respeto a los derechos humanos y la equidad de género, la superación individual, la relación mente - cuerpo. Todo ello requiere de un proceso de construcción que, por supuesto, parte de lo que el grupo social ofrece, pero que de todas formas exige autorreflexión, definición personal.

Las dificultades en la definición de la identidad colectiva e individual se dan en ambos géneros, pero se acentúan en las mujeres, quienes en otras generaciones se esperaba que fueran "de" alguien, el que debía ocuparse de demostrar quién era para sí y su pareja; en cambio ahora las mujeres se exigen y se les exige demostrarlo por y para sí mismas. En tanto sujetos, las mujeres, sobre todo aquellas que trabajan fuera del hogar, participan en una aún mayor multiplicidad de círculos de adscripción que los hombres, dado que a las obligaciones laborales y de desarrollo personal se suman las tareas del hogar y del cuidado de los hijos que les son adjudicadas, por seguirse considerando que son las *propias de su sexo*.

Pero los límites entre lo público –esfera adjudicada a lo masculino- y lo privado – ámbito considerado femenino- han perdido nitidez, tanto porque lo privado se hace público o se escenifica a través de los medios de comunicación, como porque las

⁵⁹ JAMESON, 1995, p. 39.

⁶⁰ TOURAINE, 1998, p. 40.

actividades de interpretación y toma de decisiones públicas se ejercen en colaboración, o con la intromisión, de diversos grupos privados. Las mujeres, así como otros actores colectivos, han logrado desarrollar nuevas alternativas de sentido, han creado significados y definiciones de identidad que enfrentan las definiciones tradicionales de la vida individual y colectiva. Los movimientos femeninos revelan conflictos respecto de los códigos y los lenguajes que organizan los procesos de aprendizaje y las relaciones sociales, y se traducen en desafíos simbólicos que se suman o potencializan otros desequilibrios en los códigos dominantes desde etapas anteriores de la modernidad. Al hacerlo, enfatizan su irracionalidad y parcialidad, pero también incrementan la sensación de incertidumbre, al no poderse escudar en la repetición de papeles y posturas adjudicadas tradicionalmente, y al ampliarse las áreas y ámbitos en los que las mujeres pueden desenvolverse.

2. Procesos de formación de la identidad

Precisaremos algunos elementos que intervienen en los procesos de formación de la identidad individual, y que adquieren características específicas en la época actual, dado que han presentado modificaciones significativas en las últimas décadas.

Identificación e identidad

Aún en el *hiperindividualismo*, que describe G. Lipovetsky, la búsqueda y reconocimiento de la propia identidad no demuestra una total autonomía, que, por otra parte, sería imposible de lograr, hasta para el ermitaño o el paria. Lo que predomina es el intento de adscripción a una pluralidad de marcos ya existentes, de los que se pasa a depender, ya se trate de las nuevas formaciones *tribales*, personajes públicos, modas de vestir o intelectuales, como analizaremos a propósito de las dependencias. Esto lleva a M. Maffesoli a afirmar: "La lógica de la identificación coloca en la escena personas con máscaras cambiables, que son tributarias del o de los tótem emblemáticos con los que se identifican. Estos podrán ser un héroe, una estrella, un santo, un periódico, un gurú, un fantasma o un territorio, el objeto poco importa, lo que es esencial es el ambiente mágico que secretan, la adhesión que suscitan."⁶¹

⁶¹ MAFFESOLI, 1993, p. 18.

Como vemos, lo que cambia es la permanencia o estabilidad de los modelos de identificación, que pasan a ser efímeros, se generan, superponen y sustituyen, como una demostración más de sincretismo y de esa posibilidad de conciliar los polos de las antinomias que ya hemos comentado. Por eso señala A. Touraine que: "La modernización desbarató la identificación de los individuos mediante la ciudadanía, la profesión e incluso el nivel de vida,"⁶² todos ellos parámetros que suponen la adscripción cuasi única, la permanencia. Por el contrario, en lugar de rangos de adscripción permanentes o heredados, se ofrecen rasgos variables, que predominan en ese *ambiente estético* que describe M. Maffesoli: "La multiplicidad de pequeños clanes, de competencias, hacen del juego el centro de la actividad (que se observa en el deporte) y en la diversificación de los juegos de sociedad, hasta que se llega a que la sociedad misma se convierte en juego. Juegos de simulaciones electrónicas, de Bolsa, de política... Esto va estructurando el proceso de identificación,"⁶³ entendido como un proceso de búsqueda y cambio permanentes.

Tenemos que tener en cuenta que para el desenvolvimiento social y el desarrollo de una cultura compartida, así como, en la esfera individual, son necesarios puntos de convergencia, para percibir seguridad y pertenencia. Por eso, la identificación no es destacada por considerársela patológica sino que, como también señala M. Maffesoli: "el límite entre lo normal y lo que no lo es, es difícil de apreciar. ¿Qué es lo que permite estigmatizar el abandono de la identidad en una secta, un gurú o el transe musical, mientras que este mismo abandono es magnificado cuando se relaciona con la entrada en la vida monástica, en un partido político o en la búsqueda de un ideal reconocido?"⁶⁴

Una de las posibilidades de identificación la brinda la moda. En ella, la necesidad de singularizarse se invierte en el deseo de fusión en un conjunto más amplio. Los diversos procesos repetitivos, pseudo-rituales contemporáneos: modas de vestir, de lenguaje, ideológicas, sexuales, al mismo tiempo que emanan y se confirman desde lo individual, actúan haciéndonos sentir miembros de un cierto grupo, nos dan ese sentido de pertenencia que analizaremos a continuación.

⁶² TOURAINE, 1998, p. 40.

⁶³ MAFFESOLI, 1993, p. 18.

Búsqueda de marcos de pertenencia

Toda persona requiere sentirse parte de algo que le brinde seguridad y protección. Aunque éstas sean relativas y lo que se comparta en muchas ocasiones sean justamente las carencias, percibirse y ser percibido como miembro de un grupo (familiar, laboral, deportivo, comunitario, de amigos) es imprescindible para el fundamento del núcleo de la identidad. M. Maffesoli señala al respecto: "Las formas (apariencias) vividas cada día, dan forma al cuerpo colectivo que sirve de abrigo a la persona, detrás del cual es posible esconderse, protegerse de las agresiones connaturales a la vida en sociedad... Desde el momento que existe alteridad, existe conflicto; conviene entonces detectar los signos del reconocimiento que permitan encontrar socios y aliados; es preciso igualmente elaborar los códigos que sirvan de barrera, que unan y separen simultáneamente."⁶⁵

Sin embargo, la fragmentación de las dimensiones en donde el individuo actúa hace cada vez más ardua la organización de las mismas; o la definición de una de ellas como la más relevante, a través de la cual se construya un proyecto de vida compartido, lo que se relaciona con el desarrollo de dependencias, como consideraremos en el próximo capítulo. Tienen así cada vez menos aplicación los criterios adscriptivos que determinarían la pertenencia de un individuo a un único grupo social. Por eso, como señala P. Wagner: "En un mundo contingente, cada individuo decide por sí quién quiere ser y a qué grupo se quiere asociar."⁶⁶

Para A. Gorz, el individuo encuentra protección y refugio en el consumo dentro de la esfera privada, lo que tiende "a privilegiar la obtención de ventajas personales y contribuye así a desagregar las redes de solidaridad y de ayuda mutua, la cohesión social y familiar, el sentimiento de pertenencia."⁶⁷ A dar respuesta a tal situación se dirige la promoción de la salud, estrategia que propicia la movilización social y el fortalecimiento del entramado de solidaridades comunitarias.

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 267

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 148.

⁶⁶ WAGNER, 1997, p. 40.

⁶⁷ GORZ, 1991, p. 66.

Uno de los marcos de pertenencia que en general desempeña un papel fundamental para el desarrollo de la identidad individual es la familia. Pero también ella ha sufrido modificaciones significativas que, si bien se han ido gestando desde hace varias décadas, son más notables en la actualidad. Lo que parece ser necesario es redefinir lo que entendemos por familia, para cubrir no sólo las nucleares o ampliadas tradicionales, sino también las monoparentales, recompuestas u homosexuales y constituidas por matrimonio o concubinato declarado o no. Todos estos tipos conviven sin que reciban juicios normativos, puesto que ya no son los términos legales o morales los que importan, sino que la situación familiar parece medirse en términos de comunicación, afecto y apoyo entre los miembros, de reconocimiento de los derechos e intereses personales de cada uno, de la formación permanente de niños y adultos, del respeto mutuo, como expectativas principales.

Esta mayor libertad en las relaciones familiares, el obligatorio respeto de los padres hacia sus hijos y no sólo viceversa, han ampliado las vías de comunicación y mitigado la brecha entre las generaciones. Esto ha hecho posible que, no siempre retenidos por una crisis económica que les impide independizarse, sino por una elección, “los jóvenes cohabitan cada vez más tiempo con sus padres, el *cocooning* convertido en estrella, los adolescentes en su gran mayoría declaran que se entienden correctamente con sus padres.”⁶⁸ Esta última declaración se confirma en un estudio en desarrollo en la ciudad de México (C. Millé y H. Rosovsky, 2002), en el que los jóvenes de enseñanza media superior que participaron reportan su buena relación con sus padres y la importancia que le adjudican a tal vinculación.

F. Jameson proyecta una realidad que quizás no sea idéntica a la que observamos en México, pero que puede concretarse en un futuro próximo, cuando afirma: “Las imágenes tradicionales de la familia (como de otras formas de vida tradicional) despiertan escasa o ninguna atracción en los sujetos de la posmodernidad, quienes pueden fantasear una vida privada sólo colectiva, con nuevas formas de redes tribales y de distracciones organizadas, que deben, sin embargo, distinguirse unas de otras, aun si mantienen una estructura social similar, marcada por el hecho de no ser oficiales ni

⁶⁸ LIPOVETSKY, 1994, p. 159.

públicas.”⁶⁹ Nos lleva este autor a un universo de pertenencias elegidas, flexibles y efímeras, en las que cada vez existen menos rangos de obligaciones formalmente impuestas o de rituales heredados. Por eso afirma A. Giddens: “La noción de *antepasados*, tan central para las vidas de muchos, en ámbitos premodernos, se hace difusa y difícil de recuperar. Ante la falta de referentes externos suministrados por otros, el ciclo de vida emerge como una trayectoria que sobre todo se relaciona con los proyectos y planes del individuo. Las nuevas esferas de intimidad con otros semejantes se transforman en un elemento crucial para los marcos de confianza desarrollados por el individuo. Pero éstas deben ser movilizadas a través del ordenamiento reflexivo del ciclo de vida, como un fenómeno discreto e internamente referencial.”⁷⁰

A esta ampliación de la capacidad de selección de marcos de adscripción se contraponen, una vez más, las formaciones neotribales, los fundamentalismos y el resurgimiento de los movimientos étnicos y territoriales, que ya hemos comentado en el capítulo anterior y también el consumo de drogas y otras dependencias que, al introducirse como núcleo de la identidad individual, desplazan las demás dimensiones en las que la misma podría fíncarse. A. Touraine agrega a las mencionadas “esas contra culturas que se encarnan en bandas, pero también en expresiones musicales con fuertes referencias étnicas, se transforman en los puntos de apoyo de una población marginada, pero que conserva en ella el deseo de entrar en el mundo que los ha dejado de lado,”⁷¹ refiriéndose seguramente a los grupos africanos o afro-antillanos que migran a Francia, pero que también podríamos distinguir en las grandes ciudades mexicanas o en EUA.

Para aquéllos que cuentan con la posibilidad de adquirirlos, los equipos de cómputo les han abierto nuevas posibilidades de interrelación y pertenencia, sin salir de su hogar. En palabras de W. Mitchell: “Un artefacto informativo puede también crear sitios electrónicos en los cuales se puede escuchar y ser escuchado, ver y ser visto, sin poner en peligro la privacidad y control ejercido en la propia casa.”⁷² Esto genera nuevos marcos de pertenencia, ya no territorializados geográficamente, sino virtuales, lo que puede debilitar la cohesión nacional, pero también permitir la formación de agrupaciones de

⁶⁹ JAMESON, 1995, p. 62.

⁷⁰ GIDDENS, 1991, p. 73.

⁷¹ TOURAINE, 1992, p. 215.

⁷² MITCHELL, 1995, p. 99.

interés, en comunidades cuya consistencia y repercusión resulta prematuro definir, según hemos analizado en el capítulo anterior.

Auto comprensión, autorreflexión para la definición de la identidad

Si bien el proceso de definición de identidad siempre ha requerido de autorreflexión, la necesidad de ésta se ha hecho más notoria y consciente en la actualidad, debido a la ampliación de rasgos que pueden seleccionarse e integrarse. Ello se hace evidente cuando observamos la amplia oferta de mecanismos, instrumentos y apoyos para la autocomprensión, como son las diferentes modalidades de asistencia psicológica y psiquiátrica, los manuales de autoayuda o los grupos de ayuda mutua. Por eso A. Giddens establece que "La reflexividad de la modernidad se extiende en los límites del *self*,... que se convierte en un proyecto reflexivo... El individuo ya no vive primordialmente por preceptos morales extrínsecos, sino por medio de la organización reflexiva del sí mismo"⁷³

Esta introspección se aleja del *examen de conciencia* al que el catolicismo tradicional la había ligado, puesto que la desacralización repercute en todas las áreas de la vida, y se dirige a buscar un sentido unitario a la vida, que ordene y jerarquice la acción del sujeto. De allí surge que el proceso de reflexión pase a primer plano y sea considerado de distintas formas por los teóricos actuales, ya sea la autorreflexividad señalada por J. Habermas, o la preconizada por A. Giddens y la *autoproducción* puesta de relieve por A. Touraine en *Le retour du sujet* o, desde otro punto de vista, la autopoiesis que N. Luhmann adjudica a los sistemas de conciencia individuales. Estos tipos de reflexión individual vuelven a hacer énfasis en el sujeto, y su capacidad de decisión, en oposición con los enfoques que lo colocaban como un elemento más, en el camino que la sociedad construía y que tendía inevitablemente hacia el progreso, la democracia, el socialismo, como un proceso inmodificable.

J. Habermas otorga gran relevancia a mantener viva la definición de identidad a través de la reflexión, cuando observa: "Denominamos preferencias fuertes a las valoraciones que conciernen no sólo a disposiciones e inclinaciones casuales sino a la auto

⁷³ GIDDENS, 1991, p. 65.

comprensión de una persona, al tipo de vida, al carácter: éstas están ligadas estrechamente a la identidad de cada cual... Esta auto comprensión existencial es en su núcleo evaluativa." Se trata de un proceso, del que se hace uso sólo para la toma de decisiones de asuntos relevantes para el desarrollo de la vida individual, que analiza tanto la *génesis histórico vital del yo*, la experiencia de vida y la del núcleo más próximo, como lo *normativo del ideal del yo*, aquello a lo que el medio dice que se debe tender. Así, representa siempre una apropiación, puesto que al esclarecer mi identidad estoy comprendiendo no sólo "la propia historia vital, sino también las tradiciones y el contexto vital que han determinado el propio proceso de formación".⁷⁴

Haber utilizado el verbo *determinar* daría la razón a aquéllos que acusan a J. Habermas de continuar con el determinismo parsoniano, dado que el proceso de internalización de normas y valores sociales parece desarrollarse de manera ineludible y anula la posibilidad de libertad individual en las decisiones. Sin embargo, este autor enfatiza que es precisamente ese proceso de auto comprensión, que enfrenta al sujeto con su historia y la de su entorno, el que puede permitir objetivar, separarse reflexivamente del condicionamiento del medio, para lograr la *concienciación crítica de la historia vital y su contexto formativo* y tomar una postura personal ante ello, en la que fincar las *valoraciones fuertes*.

La auto comprensión que describe J. Habermas implica "un examen crítico y un ordenamiento reorganizador de elementos asumidos, de modo que se incluya el propio pasado a la luz de las posibilidades de acción actuales, como historia formativa, así como de la persona que uno desearía ser en el futuro y de cómo desearía ser visto por otros." Es obvio que en el futuro que me trazo, en ese proyecto vital que esbozo, está presente lo que la sociedad me propone como posible y deseable, pero de todas maneras, existe un cierto nivel de "decisión consciente, que dejaría un resquicio para la acción individual." Así, este autor tiene en cuenta las "deformaciones que amenazan la identidad" patologías o perturbaciones individuales y sociales, que no pueden ser reducidas a "desequilibrios de las relaciones intersistémicas."⁷⁵

⁷⁴ HABERMAS, 1993, pp. 63, 71.

⁷⁵ HABERMAS, 1987, vol. II, p. 532.

Para A. Giddens, no existiría la posibilidad de una definición de identidad si no fuera desde la autorreflexión. Por eso afirma: "La identidad personal no es un rasgo distintivo, ni siquiera una colección de rasgos poseídos por alguien. Es el yo reflexivamente entendido por una persona, en términos de su biografía. La identidad... presupone continuidad a lo largo del tiempo y del espacio, pero la identidad personal es esa continuidad interpretada reflexivamente por un agente. Esto incluye un componente cognitivo de la persona."⁷⁶ Así, a través del desarrollo de la capacidad de reflexión, el sujeto consigue actuar adecuadamente en los distintos ámbitos en donde se desenvuelve, aun si cada uno de ellos lo impulsa a desarrollar una postura específica. El grado de adecuación que perciba y el ensamble que logre entre las diversas dimensiones de la identidad podrán hacerle que llegue, o no, a percibir conflictos; o que pueda, o no, encontrar sentido en su actuar.

Profundizando en este aspecto, A. Giddens enfatiza los fuertes requerimientos de autodefinición que enfrenta el sujeto en la actualidad: "El yo es considerado como un proyecto reflexivo, del que el sujeto es responsable... Somos lo que hacemos de nosotros mismos;... existen procesos de autoformación psicológica y necesidades psíquicas que proporcionan los parámetros para la reorganización del yo. La auto comprensión se subordina al objetivo más inclusivo y fundamental de construir y reconstruir un sentido de identidad coherente y gratificante."⁷⁷

Por lo mismo, A. Giddens considera la autorreflexión como algo inevitable, propio del ser humano: "La conciencia práctica se integra al monitoreo reflexivo de la acción pero es no consciente, más que inconsciente. Ya no se vive primordialmente por preceptos morales extrínsecos sino por medio de la organización reflexiva del sí mismo."⁷⁸ Al analizar los mecanismos de supervisión y vigilancia, afirma que los de tipo externo "llegan a reducirse a cero, el sistema deviene uno completamente auto-referencial. Esto no implica que los sistemas de referencia interna sean consensuales o estén libres de conflicto; por el contrario, pueden ser internamente contradictorios y dirigidos a confrontaciones crónicas."⁷⁹ Estaríamos hablando, entonces, de una autonomía relativa,

⁷⁶ GIDDENS, 1991, p.53.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 142.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 150.

⁷⁹ *Ibidem*

en la que este autor hace énfasis en las posibilidades personales de elección, dentro de una amplia gama de comportamientos aceptables, elección que se basa no en una postura única, que será idéntica a la de los demás y a la de toda vida personal, sino en un proceso permanente de actualización del propio proyecto de vida.

De esta manera, la autorreflexividad que se da en nuestro presente y que A. Giddens destaca, exige una toma de postura personal ante conjuntos de costumbres y tradiciones que ya no se aceptan por mera inercia e implica igualmente una elección. Pero ésta no se da en el vacío, en una construcción única y personal, sino que se produce en lo ya internalizado como comportamiento posible, dentro del espacio y el tiempo en que se vive. En culturas tradicionales era prácticamente imposible cambiar los rasgos que definían la identidad personal, que era conferida desde la cuna. Por el contrario, “en el contexto de la modernidad, el yo alterado debe explorarse y construirse como parte de un proceso reflexivo, que conecta el cambio personal con el social.”⁸⁰

C. Castoriadis también analiza el papel que juega la autorreflexión en la construcción de identidad personal: “El individuo lleva a cada instante sobre él, en él, una historia que no puede ni debe eliminar, pues su reflexividad misma, su lucidez es su producto. La autonomía del individuo consiste en el hecho de que otra relación se establece entre la instancia reflexiva y las otras instancias psíquicas, así como entre su presente y la historia mediante la cual se hizo tal como es, permitiéndole escapar a la servidumbre de la repetición, volverse sobre sí mismo y sobre las razones de sus pensamientos y los motivos de sus actos, guiado por la mira de lo verdadero y la elucidación de su deseo.”⁸¹

Este mismo autor aclara cómo sólo en una sociedad como la presente puede surgir esta necesidad de autocuestionarse en forma permanente: “Para investir la libertad y la verdad, es necesario que ya hayan aparecido como significaciones imaginarias sociales. Para que individuos que apunten a la autonomía puedan surgir, es necesario que ya el campo social-histórico se haya auto alterado de manera que abra un espacio de interrogación sin límites.”⁸²

⁸⁰ *Ibidem*, p. 32.

⁸¹ CASTORIADIS, 2000, p. 65.

Tanto la autorreflexión como una de sus consecuencias, la narración de sí que analizaremos a continuación, son elementos que promueven la percepción de auto control. Éste, como veremos en el capítulo 5, es un factor determinante para que el individuo y su comunidad se apoderen de la gestión de su destino, de acuerdo con las propuestas de promoción de la salud.

Narración de sí, producto de la autorreflexión

La capacidad de reflexión, en la que se sustenta el proceso de definición de identidad, hace posible la producción de un relato, que incluye la versión personal acerca de lo que fue el pasado y lo que se prevé como proyecto al futuro. En general, se trata de un relato implícito, que quizás nunca se formule por entero, sino que se atisba y se recrea, en función del auditorio o del estado de ánimo del momento. Este tipo de narración: "Es una construcción de la realidad social que permite al actor relacionarse con el mundo externo... Sólo si un actor puede percibir su consistencia y su continuidad tendrá capacidad para construir su propio guión de la realidad social y para comparar expectativas y realizaciones."⁸³

A. Giddens pone de relieve la carga que implica esta necesaria recreación constante del relato de sí: "En el proceso reflexivo del sí mismo, la narrativa de la identidad personal es inherentemente frágil. La tarea de forjar una identidad distintiva puede llegar a proporcionar ganancias psíquicas, pero representa una clara carga. Una identidad personal tiene que ser creada y en forma prácticamente continua se la debe ir reorganizando, al enfrentar las experiencias cambiantes de la vida cotidiana y las tendencias hacia la fragmentación que evidencian las instituciones modernas... Vivir en el mundo de la modernidad tardía implica diversas tensiones y dificultades al nivel del sí mismo. Es éste un dilema que debe resolverse para preservar la coherencia en la narrativa de la identidad personal."⁸⁴

Así, unificar las diferentes versiones del relato, darle consistencia y congruencia puede llegar a ser una tarea dolorosa, dado los diferentes códigos y normas que rigen los

⁸² *Ibidem*, p. 67.

⁸³ MELUCCI, 1999, p. 64.

⁸⁴ GIDDENS, 1991, p. 187-188.

ámbitos en donde se desarrolla el individuo, y los cambios que se suscitan en cada uno de ellos. Se trata de la narración de la propia vida como hilo que teje, da forma y nutre al concepto de sí. Por eso, desde el ámbito terapéutico, W.B. Pearce afirma que cada uno de nosotros "no somos más que coautores de una narración en permanente cambio que se transforma en nuestro sí mismo... Y como coautores de estas narraciones de identidad hemos estado inmersos desde siempre en la historia de nuestro pasado narrado y en los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas."⁸⁵

No por ello debemos pensar que las variaciones en la narración impiden la percepción de coherencia; por el contrario se puede construir una identidad personal distintiva, incorporando elementos de diferentes ámbitos en una narrativa integrada. Como afirma A. Giddens: "Una persona con un razonablemente estable sentido de auto identidad percibe continuidad biográfica y puede comprenderla reflexivamente y... comunicarla hacia otros. Esa persona también, a través de relaciones de confianza establecidas desde la primera infancia, ha desarrollado un capullo que lo protege de muchos peligros que amenazan la integridad del yo en la práctica cotidiana. La identidad de una persona no puede encontrarse en el comportamiento, ni en las reacciones de los otros, sino en la capacidad para mantener la elaboración de una narrativa particular. Un sentido del yo estable supone elementos de seguridad ontológica - la aceptación de la realidad de las cosas y de los otros - pero no puede derivar de ellos... el contenido del yo, los rasgos desde los que se construye la biografía, varían social y culturalmente."⁸⁶

Como vemos, A. Giddens subraya la necesidad de cierta consistencia de la narrativa biográfica individual para que el individuo perciba que posee suficiente *seguridad ontológica*. Por lo mismo, si no logra integrar las diferentes dimensiones de acción, o su actuar le parece totalmente condicionado por fuerzas externas (el destino, la suerte, el sistema, la estructura), puede ir generando sentimientos de frustración e impotencia que lleguen a serle insoportables; o que le lleven a buscar formas de dependencia que reconstruyan para él la seguridad de la que carece. Así, las dependencias evitan la percepción de que se vive en contingencia permanente, resulta un medio para reducir la incertidumbre.

⁸⁵ PEARCE, 1994, p. 297.

⁸⁶ GIDDENS, 1991, p. 54-55.

Hemos considerado en este capítulo las exigencias que la sociedad contemporánea plantea al sujeto y que repercuten en dificultades para la formación de la identidad individual. También hemos analizado los elementos específicos que la definición de sí mismo presenta en la actualidad y que pueden encontrar respuesta en nuevas formas de relacionarse, de definirse, de sentirse bien consigo mismo, de llevar a cabo la vida cotidiana, dentro de las posibilidades personales y las capacidades públicas y colectivas. Todo ello posibilita una mayor percepción de *libertad - independencia*. Pero otro tipo de respuesta a las mismas exigencias y requerimientos lo ofrecen las diferentes manifestaciones de dependencia que pasaremos a considerar en el próximo capítulo y que completan así el otro polo de la antinomia: el de *sometimiento - dependencia*, como veremos en los capítulos siguientes.

Capítulo 3. Dependencias: respuestas a la incertidumbre

La dependencia puede ser abordada desde distintas aproximaciones de análisis desde lo macrosocial, como es el caso del entramado de interdependencias mutuas que existe actualmente entre los países del mundo; o lo mesosocial, como por ejemplo el sometimiento que generan las estructuras e instituciones sociales hacia sus usuarios o contribuyentes. Sin embargo, en este estudio nos concentraremos en las distintas manifestaciones en lo microsociales, que se observan en el sujeto. Este tipo de manifestaciones individuales de dependencia las observamos como una reacción de re- enraizamiento, que se produce con más frecuencia en la etapa actual de la modernidad que en otras fases de la misma; respuesta ante la incertidumbre generada tanto por la presencia de múltiples ámbitos y posibilidades de selección, como por las antinomias que prevalecen en la sociedad contemporánea.

Dentro de estas manifestaciones de re- enraizamiento no incluimos los lazos de intervinculación que la vida en sociedad exige, sino que se pretende señalar como *dependencias* aquéllos patrones de comportamiento que implican el abandono de la relevancia acordada a todos los demás, su entronización como centro único de la vida, como único proveedor de interés. Es allí cuando podemos considerar que se trata de una perturbación en la reproducción del mundo de la vida, como los *fenómenos de crisis* y las *psicopatologías* que encuentra J. Habermas (1987) cuando se presentan en el proceso de socialización. Por lo mismo, no haremos énfasis en los daños a la salud que esa dependencia puede causar, sino la forma en que al concentrarse en ella se impiden otras interacciones, obstruyendo el desenvolvimiento en la comunidad y sociedad.

Por eso, abstraeremos para analizarlos como dependencias aquellos “patrones de comportamiento en los que se evidencia una reiteración estereotipada, de la que resulta difícil prescindir sin percibir molestias (vacío, ansiedad, inseguridad)”.¹ Todos estos procesos de dependencia “enmarcan diversas expresiones de nuestra vida actual.

¹ MILLÉ, 1993, p. 173

Muchos de ellos son fomentados por las prescripciones sociales y la estructura productiva (como el consumismo o la trabajomanía), otros son alentados por las normas del comportamiento social adecuado (como son muchas situaciones del consumo de alcohol) y los otros parecen estructurarse como respuesta a la sociedad contemporánea, que mantiene un ritmo intenso de creación en cuanto al desarrollo tecnológico, pero no consigue soluciones igualmente imaginativas en cuanto a los estilos aceptados de vida, las formaciones grupales o las estructuras sociales.² Abarca así esta denominación una amplia gama de comportamientos; en algunos se evidencia una *compulsión* por la que, si no se repiten se desencadenan reacciones que pueden llegar a provocar la muerte; mientras que en otros se demuestra que existe dependencia porque en el momento que algo impide que se desarrollen, quien la sufre percibirá una incomodidad que puede alcanzar diversos grados de ansiedad o molestias. Pero en toda esta gama, el dependiente prescinde de otras posibilidades de gratificación o de interrelación, al centrarse en ese comportamiento.

Retomaremos a continuación la reflexión acerca de las antinomias, poniendo de relieve aquella que tiene como polos la libertad y el sometimiento y que puede también ser expresada como independencia-dependencia.

3.1 Dependencia-independencia, situación del ser humano en el mundo

Desde el principio del devenir del ser humano, la dependencia ha sido algo implícito. Se depende totalmente, antes y después de nacer, de la madre, no sólo en cuanto a alimentación y cuidado, sino de manera igualmente indispensable en cuanto a las emociones: reconocimiento, afecto, atención. Si bien pronto el infante puede depender de alguien que no sea exactamente la madre biológica, la dependencia va desarrollándose tanto a ésta o esas personas, como a una serie de elementos tangibles y no tanto. Dependemos, entonces, de antecedentes familiares genéticos y sociales, de nombres y apellidos que actúan como estigmas; dependemos de oportunidades y carencias de nuestro medio; dependemos de nuestro momento histórico y de nuestro espacio social. Como señala E. Morin: "para ser autónomo hay que depender del mundo

² *Ibidem*, p. 77.

externo... esta dependencia no es sólo energética sino también informativa... y organizativa. La definición del sujeto supone la autonomía - dependencia del individuo."³

Por otra parte, cada selección, cada toma de decisiones de nuestra vida, va trazando una tendencia, que facilita la repetición del actuar. Parafraseando a Machado, *al andar se hace camino*, y en éste se van marcando rutinas, hábitos difíciles de abandonar. Como señalan P. Berger y T. Luckmann: "Toda actividad humana está sujeta a la habituación. Todo acto que se repite con frecuencia, crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que ipso facto es aprehendida como pauta por el que la ejecuta. La habituación comporta la gran ventaja psicológica de restringir las opciones."⁴ Es muy débil la línea divisoria entre un hábito, una rutina necesaria, que evita el cuestionamiento perpetuo de cada uno de nuestros actos; y la dependencia, que amarra a algo que quizás no dé placer, pero permite olvidar el dolor, a la par que coarta las posibilidades de desarrollo.

Los lazos y vinculaciones que emanan del mero hecho de vivir en sociedad, actúan también como limitantes y posibilidades del actuar, que siempre han incidido sobre el ser humano. Así, en sociedades tradicionales, y también en las pasadas etapas de la modernidad, los parámetros estrechos de acción, las determinantes familiares de la vocación, de la elección de pareja y hasta de la forma de arreglo personal, podían ser sentidos como una carga que en ocasiones resultaba imposible de soportar, y en otros, imponían expectativas que implicaban un espacio demasiado difícil de llenar.

Si bien algunos de estos rasgos siguen presentes, lo típico de la etapa actual de la modernidad es la falta de límites precisos, por lo que el sujeto tiene que escoger lo que quiere ser y hacer; viéndose obligado a definir por sí mismo el sentido de la vida, lo que da placer o gratificación, sin normas que transgredir ni pecados que expiar. Esta falta de determinación ha abierto una serie de posibilidades de las que hoy en día sería imposible prescindir. Pero, al mismo tiempo, nos ha despojado de la seguridad respecto de la identidad, la situación social y la legitimidad acordada a las instituciones y

³ MORIN, 1994, p. 69.

⁴ BERGER y LUCKMANN, 1994, pp. 74-75.

autoridades, sin que nos hayamos acostumbrado a la carencia de certezas, ni se haya generado una nueva cosmovisión compartida. A esta situación se refiere J. Habermas (1990) cuando postula que para darle respuesta, desde la filosofía se debería desarrollar una *posmetafísica*.

En capítulos anteriores hemos observado distintas formas de buscar límites, precisiones, certezas, procesos de re enraizamiento entre los que destacan las nuevas redes sociales. Y que sirven de respuesta a la ampliación de las selecciones, la sensación de riesgo, inestabilidad, inseguridad. Adicionalmente, la multiplicidad de ámbitos en que nos desenvolvemos, la carencia de unidad entre los mismos, como indica A. Touraine, hace que: "Cada uno de nosotros (tenga) una dificultad creciente para definir su personalidad, que pierde irremediablemente toda unidad a medida que deja de ser un conjunto coherente de roles sociales. Con frecuencia esa dificultad es tan grande que no la soportamos y procuramos escapar a un yo demasiado débil, demasiado desgarrado, mediante la huida, la autodestrucción o la diversión agotadora."⁵

Por ello la dependencia se presenta como un proceso de re enraizamiento, como una solución, al constituirse en el núcleo básico que sirve de centro a todos los demás ámbitos en los que se desenvuelve la vida. De esta manera, se construye la vida alrededor del desarrollo de un mismo patrón de comportamiento, seleccionan aquel al que se tenga facilidad de acceso o que se prefiera en su grupo social. Se depende así del consumo de algún tipo de producto, de una interrelación personal, o de un marco de pensamiento, que pasan a constituirse en único proveedor de sensaciones, intereses, identificaciones y pertenencia.

Para los dependientes, esa multiplicidad de ámbitos en donde cada quien se desenvuelve y que (como hemos visto en el capítulo anterior) constituyen la *identidad pluridimensional* de nuestros días, se organiza alrededor de la dependencia. La misma centralidad que alcanza permite que los fragmentos en los que se desarrolla la experiencia se unan y formen un conjunto, quizás patológico, pero coherente. Proporciona ese patrón de comportamiento de dependencia el camino para la huida, el olvido, la estimulación, el agotamiento, la autodestrucción, pero también la seguridad

del rótulo, de la rutina, de las sensaciones conocidas y esperadas; sirve de ancla, que confiere sentido. Por eso afirma M. Hopenhayn: "La dificultad para dotar la vida personal de sentido o de proyecto reconoce variadas causas, llámense estas: crisis de utopías, de ideologías, de vínculos comunitarios, o despersonalización de la vida en las metrópolis, pérdida de continuidad en la vida moderna, falta de adhesión a valores estables."⁶ Además, como hemos considerado en el capítulo anterior, el sujeto actual padece una: "creciente incapacidad de generar endógenamente estados an micos deseables, como son: el entusiasmo festivo, la introspección, la euforia, la distensión, la inspiración, la expresividad, la capacidad comunicativa, y otros... Vitalidad, descanso y éxtasis se sustraen del sujeto y se le ofrecen luego bajo la forma de tabletas, *polvitos* o paseos de alta velocidad... En esta *exogenizaci n* de las fuentes de equilibrio o de bienestar personal concurren diversos signos de los tiempos."⁷

Resumiendo, la carencia de definiciones precisas del lugar que a cada quien le toca ocupar en el mundo, la mayor amplitud del repertorio de selecciones, desde los canales de televisión a la carrera profesional, pasando por los estilos de música, las salas de cine y la pareja, todo ello coloca a diario al sujeto ante un cúmulo de decisiones. El desarrollo de dependencias evita esta necesidad de decidir, y parecería que el dependiente deposita en su hábito la capacidad de decisión, que condicionará el estado de ánimo, la búsqueda de sentido, la posibilidad de continuar viviendo. Porque cualquier caso de dependencia traza un camino definido, centrado en el objeto del deseo, trátase de otra persona, una droga, un pasatiempo, un credo o una ideología. Visto desde afuera, ese camino puede resultar lleno de riesgos, angustiante y destinado al fracaso o la muerte; pero al que lo recorre le resulta el único transitable.

3.2 Dependencia, definición de identidad y marco de pertenencia

Como vimos en el capítulo anterior, en cuanto a la autorreflexión y la narrativa de s , por lo mismo que la definición del espacio que ocupamos en sociedad no nos es

⁵ TOURAINE, 1998, p. 12.

⁶ HOPENHAYN, 1997b.

⁷ *Ibidem*, p. 78.

suministrada ni por linaje ni por rasgos impuestos, en nuestros tiempos se hace cada vez más frecuente la necesidad de autodefinirse. La definición de identidad grupal e individual pasa a ser una tarea personal; y si no se tienen claros los elementos que permiten desarrollar esa labor, se buscan apoyos externos. Éstos ya no siempre pueden encontrarse en la iglesia o en las redes de familiares ni comunitarias, que se han ido debilitando, y ante la carencia de apoyo se puede recurrir a la huida, u otra forma de la misma como la *autodestrucción* o la *diversión agotadora* de las que hablaba A. Touraine.

También puede encontrarse apoyo en una serie de servicios que, aun en sociedades tradicionales, van adquiriendo un lugar cada vez más importante, de manera que al proceso de desinstitucionalización, que describimos con A. Touraine en el primer capítulo, se suma su polo opuesto de institucionalización. Por éste, iniciado junto con la modernidad, distintas esferas de la vida cotidiana y del proceso de socialización pasan de ser gobernadas por la familia y lo privado, a ser materia de estructuras formales, del ámbito público. En este trabajo se propone, como comentaremos en el capítulo 5, a la promoción de la salud, como estrategia para que los miembros de la comunidad fortalezcan sus redes de apoyo, a la par que el sujeto retome el control sobre su vida y defina lo que quiere para sí.

En México, resulta evidente cómo comienzan a cobrar posiciones tales apoyos para la orientación de niños, jóvenes y adultos: servicios psicológicos de diferentes abordajes profesionalizados y corrientes alternativas, grupos terapéuticos y de ayuda mutua, técnicas de relajación o de recreación, son cada día más numerosos, y su utilización por diferentes segmentos de la población ya no se esconde, ya no se teme ser definido como loco ni débil por asistir a ellos. Para quienes no tienen suficientes recursos económicos, o en su comunidad no hay disponibilidad de ninguno de estos servicios, los manuales de autoayuda, así como los consejos de las revistas femeninas, de los programas de radio y de televisión y del cine, pueden hacer las veces de asesores o suministradores de un repertorio de comportamientos posibles, modelos para armar la vida. Todos estos servicios y apoyos institucionales acostumbran al individuo a la heterodeterminación que, sumada a la medicalización, generan el acostumbramiento a depender de lo

externo, a no saber cómo regular el actuar, a paliar la independencia que puede resultar abrumadora, mediante la dependencia.

En cuanto a los medios de comunicación, el proceso de mediación de la realidad que fortalecen sus mensajes, promueve asimismo que se perciba como imposible interpretar la realidad, dependiendo de noticieros y periódicos para que la escenifiquen y traduzcan. Además, el dinamismo en la sucesión de escenas, lo llamativo de los colores utilizados, la imaginación desplegada en trucajes y efectos audiovisuales, provocan una mayor exigencia en el receptor en cuanto a lo que atrae su atención, a la par que una mayor dificultad para la lectura de textos impresos en blanco y negro y para concentrarse en ideas complejas o textos intensos.

Como hemos visto en el capítulo anterior la fragmentación de la esfera laboral también contribuye a dificultar la coherencia en la construcción de la identidad. Por otra parte, la tecnología y sus productos nos abren también nuevas posibilidades, nos ponen en contacto cotidianamente con un enorme volumen de información, como hemos comentado a propósito del exceso cultural, lo que abre un amplio abanico de posibilidades de aceptación y de rechazo.

Construir un vínculo de dependencia (tanto si se consume una sustancia adictiva como si se logra una vinculación estrecha con un grupo, un terapeuta, un gurú o el horóscopo) no implica el abandono total, ni el éxtasis a través de la alteración de la conciencia, ni la ruptura o el intento de derrocamiento del *Sistema*, propios de los 70. Se observa, más bien, una búsqueda de identificación, de esa *necesidad de comunicarse*⁸ que definimos en otros trabajos, del goce estético del que hablaba M. Maffesoli, de quien intenta sólo sentirse bien consigo mismo, compartir momentos con alguien, sumergirse en algo, sin culpas ni cuestionamientos.

Con M. Maffesoli hemos resaltado la presencia de múltiples *tribus* en las que se busca ese sentido de pertenencia, normas compartidas, una visión común de aunque sea un segmento de la vida. Sin embargo, como la integración a esas agrupaciones no es muy fuerte, no ofrecen un marco de pertenencia suficiente para la definición de identidad y

sentido. Por el contrario, el hecho de pertenecer a varias de ellas, en forma simultánea, puede incrementar el conflicto interno, al tener que adecuar vocabulario y formas de comportamiento a lo que se estila en cada grupo. Además algunas de estas agrupaciones propician otras dependencias, como cuando uno de los rasgos con los que definen su identidad grupal es el consumo de una sustancia adictiva, trátase de la marca o la combinación de una bebida alcohólica; fumar o no tabaco o mariguana; o introducir o no otras sustancias ilícitas. Esto es evidente en las bandas o pandillas juveniles y en los grupos de niños de o en la calle; pero se observa también en cualquier reunión social o grupo de amigos, como un elemento que separa a los que son reconocidos como miembros de los que no lo son. Como afirma Martín Hopenhayn:

El consumo de drogas psicoactivas puede entenderse como un rito de pertenencia a grupos o *tribus urbanas*, que afirman su identidad por oposición a la norma (oposición a la ley, a la vida adulta, a la moral, a la disciplina); como un *rito de tregua* frente a los avatares del trabajo y la vida diaria, sobre todo en circunstancias en que las exigencias de productividad tienden a incrementarse; como un rito de comunión, relacionado precisamente con los efectos expansivos propios de algunas sustancias psicoactivas, en sustitución de otros ritos de comunión tradicionales que tienden a debilitarse en una secularización; o bien, como un ritual de pasaje en el que el joven identifica su experiencia con la droga con un *salto* o una *transformación* de su propia subjetividad.⁹

Agregaríamos al conjunto de significados que enlista este autor que, si bien el consumo de drogas puede ser el elemento central de la dependencia, ésta se desarrolla no sólo alrededor de la sustancia, sino entorno al contexto, los otros elementos que componen el proceso ritualizado, el mismo grupo, las demás normas que éste ha establecido. C. Lasch enfatiza la carencia de sentido y congruencia en la vida contemporánea: "Esta perspectiva sin lugar a dudas revela la falta de totalidad en nuestra forma de vida: nuestra obsesión con el sexo, la violencia y la pornografía. Nuestra dependencia adictiva a las drogas, los entretenimientos y las noticias de la tarde; nuestra impaciencia con todo lo que limite nuestra libertad de elección soberana, especialmente las limitaciones de los lazos maritales y familiares; nuestra preferencia por no comprometernos formalmente; nuestro rechazo a distinguir entre lo correcto y lo incorrecto, así como a imponer nuestro sentido de moral a otros."¹⁰

⁸ MILLÉ, 1993, p. 100.

⁹ HOPENHAYN, 1997b, p. 80.

¹⁰ LASCH, 1991, p. 33.

Por eso, si bien la manifestación de dependencia más analizada es la que se genera por el uso de sustancias adictivas, no es ésta la única ni la más frecuente. Los efectos nocivos de las drogas en la salud; el desarrollo de un fuerte síndrome de abstinencia, cuando se interrumpe abruptamente el consumo regular; la marcada compulsión que producen algunas sustancias; pero sobre todo las implicaciones legales que se ha decidido socialmente dar a este patrón de comportamiento, hacen que se adjudique una relevancia especial a la adicción a sustancias.

Sin embargo, existen muchas otras manifestaciones que analizaremos más adelante y que se han venido estudiando desde hace más de dos décadas. Éstas son generadas por la necesidad de depender de algo, de heterodeterminación, de perderse en algo, de percibir algo diferente, de codearse con el peligro, de llegar al límite, a través de la fórmula que cada quien haya experimentado como la más accesible, placentera o aceptada en su grupo social: las compras, la droga, la telenovela, el juego de azar. Como también afirma F. Jameson: "Para una cultura adictiva como la nuestra parece conveniente sugerir que no resulta fácil fantasear que somos libres de nuestras adicciones presentes, o imaginar un mundo sin los estímulos que lo hacen vivible para nosotros."¹¹

Es por eso que la antinomia dependencia-independencia, que enmarca especialmente este capítulo, puede ser también comprendida desde otro ángulo de análisis como seguridad-riesgo, que pasaremos a analizar a continuación.

3.3 Antinomia seguridad - riesgo

La pluralidad de círculos de pertenencia que constituyen la vida de cada individuo dificulta sus esfuerzos por encontrar un centro, dar una visión coherente de quién es. La situación de incertidumbre es acentuada por la presencia de antinomias que impiden la definición de una cosmovisión compartida por amplios segmentos, que organice y jerarquice valores y metas. Es preciso construir prioridades y normas de

comportamiento, entre un gran repertorio de posibilidades que se encuentran ubicadas entre los polos de las antinomias que ya hemos considerado. De las manifestaciones de antinomias se retomará en esta sección la que existe entre riesgo y seguridad, ya que su desarrollo se encuentra vinculado en forma directa con las dependencias.

En efecto, podemos relacionar el desarrollo de dependencia con un intento de búsqueda de seguridad, de paliar la sensación de inestabilidad, de indefinición que se vive en esta etapa de la Modernidad. Pero también esos comportamientos reiterados pueden demostrar el deseo de asumir riesgos, de estar al borde del abismo, todo lo cual se liga a esa definición de la época actual que desarrollan algunos teóricos (N. Luhmann, 1996 y U. Beck, 1996) como de la sociedad de riesgo. Analizaremos, entonces, ambos polos de la antinomia en función de su relación con la dependencia.

1. El polo del riesgo

En nuestra sociedad se presenta toda una exaltación, una cultura del riesgo, que en la adolescencia puede pasar por ilusión de invulnerabilidad o búsqueda de estimulación lúdica, pero que está presente en todos los grupos de edad, y que lleva a considerar que cualquier cosa es más deseable que la tranquilidad, el desarrollo de rutinas, la vida monótona. La presencia del riesgo, además, asalta constantemente desde los mensajes transmitidos en los medios de comunicación, principalmente la televisión y el cine. La situación de riesgo, asumida como un juego, la exhibición de violencia, están permanentemente presentes en estos medios, y algunos mensajes (entre los que destaca la película *Crash*) muestran la atracción que se puede llegar a percibir hacia el peligro, la velocidad, el dolor, la mutilación. El umbral de aceptación de lo repulsivo se encuentra alto y la formulación de los mensajes continúa avanzando en un espiral que responde, según los estudios de *rating*, a lo que demanda la audiencia.

Así como las imágenes de catástrofes, de violencia y de dolor pueden llevar a algunos a la búsqueda del olvido, de la protección, en la dependencia; también, los estímulos y el terror que tales mensajes provocan, acostumbran a requerir de esa sobreexcitación para seguir pensando que se está vivo. Esta ambivalencia lleva a A. Giddens a afirmar que vivimos dentro de un *miedo cultivado*, y agrega: "El mantenimiento de la vida...

¹¹ JAMESON, 1995, p. 76.

inherentemente está sujeto a riesgo... Todo ser humano puede... sentirse abrumado por la ansiedad que le producen los riesgos implícitos en el mismo negocio de vivir."¹²

Además, la búsqueda de riesgos como trasgresión puede unirse a un afán de notoriedad. Ya no es posible ser motivo de escándalo, ni lograr provocación a través de formas de comportamiento, de arreglo o de interrelación personal o sexual, ni por manifestaciones artísticas, como sucedía hasta la década de los 70. En los medios, la obscenidad, la violencia, se han transformado en el comportamiento aceptado, no sólo en los programas de ficción, sino en los supuestamente reales *talk shows*. Se trata de la promiscuidad de la exhibición de lo privado, hecho público, como señala J. Baudrillard (1988).

El consumo de sustancias adictivas también ejemplifica una búsqueda de riesgo: los estudios han demostrado que conocer los peligros del consumo y los efectos de la intoxicación no repercute en un descenso en la frecuencia ni en la dosis consumida, ni tampoco un retraso en la edad de inicio del hábito. En el I Congreso de Especialistas en Adicciones (México, 2000) una psicoterapeuta me comentó que sus pacientes fumadores no sólo estaban al tanto de los daños que podía causarles el consumo regular de tabaco, sino que ello favorecía sus ideaciones suicidas. Así, *torear* el riesgo, no negarlo sino convocarlo, sería una de las explicaciones de este tipo de consumo; y pretender alejar del uso o prevenirlo a través de la enumeración de los efectos nocivos provocaría sólo una mayor atracción hacia tal utilización por parte de un segmento de consumidores.

La perspectiva de riesgo es básica también en cuanto a la planificación social, para la cual la enfermedad ha pasado a ser un evento que puede ser medido y asegurado, quedando así definido el *potencial de riesgo* de cada quien, según su género, grupo de edad, antecedentes familiares y forma de vida. Así, el riesgo puede estar vinculado con factores externos (contaminación, disponibilidad de infraestructura sanitaria o de servicios), o internos (elementos genéticos, psíquicos, fisiológicos), pero se liga sobretodo al estilo de vida, la forma en que cada quien construye su vida personal: dieta, ejercicio, horas de sueño, manejo de tensión, comportamiento sexual.

¹² GIDDENS, 1991, p. 40.

Así, al sujeto se le adjudica otra responsabilidad, la del autocuidado y mantenimiento de la salud, "lo cual supone que la percepción del riesgo y la responsabilidad de la decisión que afecta la salud se extiende a la vida cotidiana."¹³

2. El polo de la seguridad

La búsqueda de seguridad se produce por el incremento en la frecuencia y la relevancia de la toma personal de decisiones, ante distintas situaciones de la vida cotidiana, en las que no siempre tenemos certeza de qué consecuencia tendrán nuestros actos, cuando todo lo que nos rodea parece estar interrelacionado. Se trata del *efecto mariposa* que describió R. Bradbury, por el cual la más nimia de nuestras iniciativas puede provocar una catástrofe mundial. Al mismo tiempo, las antinomias, la complejidad, la multicausalidad, la relatividad que ya hemos comentado, hacen desconfiar de todo lo unívoco, lo nítido, los blancos y negros. Eso deja una sensación permanente de que, como afirma N. Luhmann: "La sociedad moderna vive su futuro en forma del riesgo de las decisiones."¹⁴

La carencia de marcos precisos de comportamiento, revela la falta de consistencia de ese *capullo protector* que proporciona la seguridad básica y que es conformado por las rutinas, estereotipos, hábitos, normas sociales y costumbres. Esto lo analizamos en el capítulo anterior, al mencionar la necesidad de que la narrativa personal, la autobiografía, guarde coherencia, para mantener la *seguridad ontológica*. En caso contrario, si las diferentes dimensiones de acción están en permanente conflicto, se alimenta la indeterminación que lleva a buscar formas de dependencia, que al condicionar una parte de la vida, parecen reconstruir la seguridad de la que se carece.

Las dependencias permiten encontrar marcos seguros, apoyos o protecciones, uno de los cuales parece lograrse a través de la medicalización de la vida cotidiana que hemos comentado en capítulos anteriores. En efecto, reconocer que el médico o el terapeuta poseen el remedio que requiero, implica abandonar la autonomía en manos de alguien,

¹³ MAFFESOLI, 1993, p. 25.

¹⁴ LUHMANN, 1996, p. 132.

el experto, del que se pasa a depender. Pero también, colocar la toma de decisiones en alguien, al que se le concede la capacidad de saber, de conocer la ciencia, proporciona la misma seguridad que brindaban los shamanes a través de comunicación con los dioses. Como afirma C. Lasch:

El paso del pecado a la enfermedad representa el primero hacia la introducción de la ciencia y las reacciones personales ante los conflictos humanos y el reconocimiento de los problemas sociales como problemas médicos, en los cuales la cooperación con el terapeuta se convierte probablemente en el problema más crítico para quien tiene una *desviación...* (con lo que se incrementa) la tendencia para promover la dependencia como modo de vida. El modo de pensamiento y la práctica terapéutica exceptúan al objeto, el paciente, del juicio crítico y lo relevan de la responsabilidad moral. La Enfermedad, por definición, representa una invasión del paciente por fuerzas externas a su control consciente, y el reconocimiento real por parte del paciente de los límites de su propia responsabilidad, su aceptación de su enfermedad y de su condición desvalida constituyen el primer paso hacia la recuperación. La terapia rotula como enfermedad lo que podría ser juzgado como debilidad o acciones voluntarias... La terapia legitima la desviación como enfermedad, pero simultáneamente declara al paciente inadecuado para administrar su propia vida, y lo entrega en manos del especialista... por lo que se hace dependiente de alguna forma de autoridad médica.¹⁵

Esta búsqueda de un referente externo como solución, la observamos también en cuanto a la baja tolerancia al dolor, el tedio, la frustración que llevan a buscar inmediatamente algo para solucionar el mínimo desconfort, o la perspectiva de llegar a padecerlo. Así el sujeto se rodea de los estímulos que puede provocar mecánicamente con la ingestión de alguna sustancia, o la reiteración de algún tipo de comportamiento, contribuyendo de esta forma a cortar con la realidad, en lugar de intentar modificarla. En esta mediación, de la acción o la experiencia, el dependiente demuestra que sobre él se ejerce la misma imposición ideológica (o que él opta por la misma solución que culturalmente se le ofrece) que la que expresa el consumidor de cualquier producto de la sociedad de consumo.

Adicionalmente, la definición de la salud y la respuesta a la enfermedad también se han alejado de los límites de control personal. Al institucionalizarse el derecho a la salud, que en México entró a formar parte de los inscritos en la Constitución a comienzos del periodo presidencial de Miguel De la Madrid, el Estado supuestamente tiene la

¹⁵ LASCH, 1987, p. 230.

obligación de proporcionar las bases para que tal derecho pueda ser ejercido. Pero con ello, como señala F. Savater, la definición *oficial* de salud puede ser impuesta: “Es habitual que se presenten como intervenciones a favor de alguien - por su bien - lo que en realidad es manejado sobre alguien... En algunos casos se impone una muy determinada y discutible idea de salud, a la que el individuo debe plegarse por razones científicas o meramente de orden público o de control. Los ejemplos más notables de áreas en las que la asistencia médica no solicitada se ejerce con legitimaciones muy dudosas son sin duda las de la enfermedad mental y la de la droga.”¹⁶ Esta misma idea fue un punto central para T. Szaz, en cuanto a su postura en contra del tratamiento obligatorio de los adictos, o de pruebas compulsorias de detección del consumo, desarrolladas por algunas instancias federales y también en empresas privadas de EUA.

Además de la medicalización que genera dependencia hacia los especialistas e instituciones del área de la salud, el sujeto se ve envuelto en otras prescripciones que debe tener en cuenta para sentirse seguro: los mensajes mediáticos, la estructura publicitaria, le dirigen una serie de preceptos muchas veces contradictorios, entre los cuales tiene que discernir cuál es el que le conviene: hacer ejercicio, pero no en exceso; comer fibra, pero no tanta que perjudique el colon; dormir suficiente, pero mantenerse al día; prevenir problemas cardíacos tomando una copa de alcohol diaria, pero no desarrollar dependencia. De tal manera la obsesión por la seguridad, por conservar la salud, por verse en forma, por sentirse adecuado, puede transformarse también en una carga, que llevó al millonario estadounidense Howard Hughes a recluírse y perder el contacto con todos los que no fueran sus *curadores*.

La nulificación del espacio privado, sin que por ello se abran nuevas posibilidades donde profundizar la intimidad en la interrelación personal, empuja a la búsqueda de otros ámbitos de seguridad o, por el contrario, de formas de contacto no riesgoso, como el *chatteo* a través de la red, o el voyeurismo hecho público, en los *table dancing* y otros espectáculos reales y virtuales del mismo tipo.

Como hemos observado a propósito de la antinomia que acabamos de analizar, las distintas manifestaciones de dependencia pueden tener significados muy diferentes y

¹⁶ SAVATER, 1994, p. 149.

hasta opuestos para las diversas personas que las desarrollan. Asimismo, existen diferentes procesos de dependencia que describiremos a continuación, a través de una clasificación en tres tipos.

3.4 Manifestaciones de dependencia

En trabajos previos (principalmente en **La necesidad de comunicarse**, 1993) bosquejé una tipología de las dependencias que, sin pretender ser exhaustiva, proporciona un marco para la comprensión de las tan diversas manifestaciones de este tipo de comportamiento en el ser humano contemporáneo. Retomo el esquema que se presentó en esa ocasión, resumiendo sus aportes principales y complementándolo con formas de comportamiento que, por no ser tan usuales hace ya casi una década, no fueron analizadas en ese momento.

Como ya hemos comentado, estamos comprendiendo la dependencia como una amplia gama de conductas reiteradas, estereotipadas o fetichizadas, que se van alejando de la función específica con la que un día alguien comenzó a realizarlas:

A través suyo se ocupa gran parte del tiempo y proporcionan un marco y propósito a la existencia, o se olvida encontrarlo, tanto al incorporarse a un grupo en el que se respeten las mismas líneas de conducta, como al aislarse en un comportamiento, sin parecer requerir de otras formas de expresión. Así, al realizar reiteradamente una misma actividad, (la persona dependiente) comienza a construir alrededor de ésta la propia concepción de sí mismo, o al menos, a identificarla como parte importante de su forma de ser. De esta manera, va afianzando el vínculo de dependencia hacia tal comportamiento, a la par que éste expresa ante los demás una definición de cómo es. La respuesta de quienes lo rodean ante esta imagen es, en general, encasillarlo en un papel estereotipado, con el que socialmente se conoce a quienes comparten ese patrón de conducta, lo que dificulta la modificación del mismo.¹⁷

Como ya hemos comentado con respecto a los hábitos o rutinas, "Existe una gran variedad de comportamientos de este tipo, y es dable pensar que en mayor o menor grado todos tenemos uno propio. En ocasiones se trata tan sólo de algo que nos permite una evasión necesaria, que utilizamos o realizamos esporádicamente, cuando requerimos de un estímulo o, por el contrario, la tensión es demasiado fuerte o el olvido

imprescindible. Puede entonces definirse como un remedio necesario, salvo para algunas personas para quienes este tipo de rutinas es el centro de su vida."¹⁷

Estos patrones de comportamiento reiterado o estereotipado, pueden sumarse o sustituirse unos con otros, de manera que se pueden tener problemas con prácticas como el consumo de sustancias adictivas, pero también para controlar la forma de comer, realizar compras innecesarias, participar en juegos de azar, o ¿porqué no? manejar las relaciones amorosas, o encontrar otra forma de pasar el tiempo que no sea la televisión o el trabajo. De acuerdo con la relación que se desarrolla entre el dependiente y aquello en lo que centra su dependencia, estas formas de comportamiento se dividieron en tres grupos que, como acabamos de explicar, están fuertemente interrelacionados, de manera que es difícil encontrar tipos totalmente puros, y lo usual es que, aunque alguno predomine, se detecten rasgos de los tres, en cualquier persona dependiente.

1. Dependencias hacia el consumo

El primer grupo es el formado por aquéllos en los que se observa "un patrón reiterado de comportamiento, por el cual precisan consumir un cierto producto. Esta relación sujeto-objeto puede llegar a la compulsión totalmente condicionada, según la que la vida gira exclusivamente alrededor del uso del producto, pero generalmente se trata de un nivel no tan estrecho de vinculación... (en el que) el consumo del producto sirve de vehículo de identificación para el individuo que lo utiliza, según lo que representa a nivel consciente o inconsciente. Este tipo de consumo puede dirigirse hacia productos comerciales (legales o ilegales) así como a *imágenes y representaciones*, como señala Lefebvre (1974), dado que la utilización responde tanto a actos reales como imaginarios. En cualquier forma, aun si el deseo de consumo se dirige hacia un objeto concreto, éste se encuentra rodeado de una aureola simbólica en cuanto a la gratificación que produce su uso y lo que éste representa a nivel social."¹⁹ Por eso, "en todos los casos de consumo incluidos se encuentra, como factor que subyace a la vinculación, un aspecto ritual, que regula el proceso de búsqueda del objeto a consumir,

¹⁷ MILLÉ, 1993, pp. 39-40.

¹⁸ *Ibidem*, p. 42.

¹⁹ *Ibidem*.

la forma de administración o de uso y la sensación o efecto obtenido... (todo lo cual) rodea al objeto, completando el proceso de dependencia."²⁰

Como una variante de la dependencia al consumo, con fuertes rasgos rituales, se encuentra la **codependencia**, que no fue analizada en el estudio mencionado y que ha suscitado mucho interés en los últimos años. Ésta ha sido descrita como: "una adicción hacia otra persona o personas y sus problemas, o a una relación y sus problemas... (que puede definirse como) una enfermedad, que tiene su inicio, un curso definible y un resultado predecible."²¹ En esta forma de dependencia el objeto es la relación con una o varias personas, a las que el dependiente se asocia en forma simbiótica, en un intento de desaparecer sus propios rasgos individuales y fundirse con los del Otro. Por ello, C. Kasl define a la persona codependiente como "alguien cuya identidad básica está subdesarrollada o le es desconocida y que mantiene una falsa identidad construida a partir de apegos a fuentes externas: la pareja, el cónyuge, la familia, las apariencias, el trabajo o las reglas."²² Entre esos rasgos del codependiente puede también darse el consumo de alguna sustancia adictiva, pero puede referirse también a otros elementos, como la relación sexual, el ejercicio físico o la comida, demostrando así el entrecruce de diversas manifestaciones de dependencia, que ya habíamos comentado.

Dentro de este tipo de dependencia al consumo se definió el **consumismo** como: "el arquetipo de la dependencia del hombre actual, evidenciándose en una búsqueda sin fin, ya que los objetos deseados y los estímulos son infinitos, sin que nunca se pueda alcanzar un nivel de saturación. El consumista es, por lo tanto, un eterno insatisfecho, que se siente estimulado por el proceso de compra o por el símbolo que rodea al objeto deseado, pero que se entretiene justamente en la búsqueda y la obtención del objeto. Una vez poseído, éste pierde su atracción, por lo que habrá que detectar un nuevo estímulo. Sin embargo, el conjunto de objetos poseídos colaborará a darle un marco a su identidad. Se percibe entonces, la constitución de toda una *ideología del consumo* siguiendo la terminología propuesta por Lefebvre (1974)... El proceso de compra puede resultar un juego en el que se toman riesgos y se obtienen resultados específicos en forma rápida... Además, la utilización del consumo como medio de identificación

²⁰ *Ibidem*, p. 43-44.

²¹ SCHAEF, 1987, p. 30.

personal es promovida por la publicidad. En ella la incitación al consumo de lo que sea y hasta más allá de donde alcance (el dinero, el tiempo y la capacidad física y mental), acostumbra al ser humano a huir de sí mismo, a depositar su confianza en productos y no en personas y a considerar como meta lo externo a su propia individualidad.”²³

Otro tanto opina C. Lasch, para quien: “El modelo de posesión, en una sociedad organizada alrededor del consumo masivo, es la adicción. La necesidad de novedad y estimulación fresca se hace cada vez más intensa, intercalándose espacios de aburrimiento, que se hace más y más intolerable... El efecto de los medios no es generar sino mantener el aparato de la adicción. Las drogas son sólo la forma más obvia de adicción... pero la necesidad de drogas, de algo que alivie el aburrimiento y satisfaga el deseo estimulado socialmente por novedades y excitación, se genera en la misma naturaleza de la economía consumista... Aun ir de compras, la pasión predominante, toma el carácter de contienda agotadora: Compra hasta que caigas (*Shop till you drop*). De la misma manera que el ejercicio, parece a menudo presentarse como una forma de terapia, diseñada para restaurar un sentido de completud y bienestar, después de largas horas de trabajo poco gratificante.”²⁴

Entre los productos que se ofrecen al consumidor se encuentran las sustancias adictivas. El consumo de drogas “engloba la utilización regular de una gran cantidad de sustancias, tanto aquéllas de uso aceptado socialmente, entre las que destacan el alcohol y el tabaco; como de administración restringida, en las que se cuentan los productos medicinales depresores y estimulantes; así como las que se comercializan a través del mercado ilegal, ya se trate de los derivados del opio, de la cocaína, de la marihuana u otras; sustancias todas ellas reguladas por las leyes de demanda y oferta que demuestran su existencia como bienes (algunos dirán que males) de consumo... En el proceso de experimentación, así como en la formación de la dependencia, no actúan los mismos estímulos publicitarios que incitan a la compra de productos comerciales a través de los medios masivos. Sin embargo, la importancia concedida en la publicidad al proceso de consumo permite que el mismo se perciba rodeado de características mágicas, como solución a todos los problemas. Por ejemplo, la ingestión de refrescos o golosinas

²² KASL, 2000, p. 65.

²³ MILLÉ, 1993, p. 45.

transforma mágicamente al consumidor en alguien ideal (joven, atractivo, ágil o famoso). El refuerzo de esta relación simplista de causa y efecto (consumo-transformación de la realidad) fortalece a la par las motivaciones que puede generar el uso de todo tipo de sustancias."²⁵

"La diferencia más notable entre el consumo de drogas y los demás comportamientos que se incluyen en este capítulo es que el uso crónico de algunas sustancias genera una dependencia tan intensa a nivel orgánico que, al suspenderse abruptamente el consumo regular, puede provocarse la muerte del farmacodependiente. Pero esta situación terminal ocurre en los usuarios de sólo algunas drogas, como los barbitúricos. Por el contrario, en otras sustancias de consumo generalizado, como el tabaco o algunos ansiolíticos (diazepam), el desasosiego que experimenta la mayoría de los usuarios regulares al suspender el consumo sólo tiene una diferencia de grado con lo que podría expresar quien acaba de ser jubilado o se ve obstaculizado para entregarse al pasatiempo en que regularmente ocupa su tiempo libre... En consecuencia, el uso de drogas no puede ser juzgado de una manera diferente a todos los demás comportamientos reiterados, y será aislante y empobrecedor en la medida del espacio que ocupe y la repercusión que evidencie en la vida de la persona que lo lleve a cabo y, por ende, en su grupo social."²⁶ Dada la relevancia que a este tipo de dependencia se le ha concedido socialmente, abundaremos en su análisis en este mismo capítulo.

Entre los comportamientos de dependencia que se incluyeron en este tipo de las que se desarrollan con respecto al consumo, se encuentra la **teleadicción**, "en aquellas personas que automáticamente prenden el aparato y lo observan, estableciendo en esta acción una rutina de la que no pueden sustraerse sin sentirse incómodos, que les falta algo. Para ellas, esta relación con el medio de comunicación no incluye una valoración del contenido, sino más bien una necesidad, o dependencia, que las conduce a la repetición del comportamiento."²⁷

²⁴ LASCH, 1991, p. 520.

²⁵ MILLÉ, 1993, pp. 46-47.

²⁶ *Ibidem*, pp. 49-50.

²⁷ *Ibidem*, p. 49-50.

La relación cada vez más conflictiva del sujeto con los alimentos fue detectada como otro tipo de dependencia al consumo: "El comportamiento bulímico representa una forma inmoderada de pasión por la comida, una voracidad insaciable que no guarda relación con la necesidad fisiológica de alimentarse. Esta forma de comportamiento patológico viene aparejada, con frecuencia, de periodos en los que la misma persona se somete a dietas extremas o que parece haber perdido el interés por la comida, situación que llega a poner en peligro su vida. En quienes padecen este problema, entonces, la ingestión de alimentos o su rechazo ocupa el centro de su existencia, sobre la cual han perdido el control."²⁸

Debemos añadir que, en los últimos años, la incidencia de problemas de anorexia-bulimia se ha incrementado en la ciudad de México, sobretudo en adolescentes y jóvenes de sexo femenino, de manera que en los grupos de estratos socioeconómicos de mayor nivel es reportado como una de las dependencias que más les preocupa (C. Millé y H. Rosovsky, 2001.)

2. Dependencias al comportamiento ritualizado²⁹

Como afirma Maffesoli: "Al abrigo de los códigos, los rituales, la persona puede crecer y expresar sus diversas potencialidades."³⁰ En consecuencia, los miembros de cada grupo social van integrando signos de pertenencia, a través de convenciones y hábitos, concesiones y protocolos que podrían analizarse como procesos ritualizados. La diferencia con las personas dependientes a comportamientos ritualizados estriba en que: "su vida queda enmarcada por tal actividad ritual, la que le da un sentido y una definición, impidiéndole que busque formas de acción o comunicación diferentes."³¹ Así, la repetición estereotipada de un mismo comportamiento encubre la necesidad de definición de sí y dificulta la reflexión acerca de la conducta personal. Estaríamos hablando de uno de esos comportamientos automáticos que mencionaban N. Elias y A.

²⁸ MILLÉ, 1993, p. 53.

²⁹ Comportamiento ritualizado: alejándose de la definición ortodoxa de rito, se entiende por él al: "Desenvolvimiento de una actividad motriz que se exterioriza a través de recursos particulares tendentes al logro de una determinada función, que podrá tener carácter sagrado, bélico, político, lúdico, artístico, psicopatológico, tecnológico, etcétera." DORFLES, 1985, p. 79.

³⁰ MAFFESOLI, 1993, p. 144.

³¹ MILLÉ, 1993, p. 57.

Giddens, que brinda seguridad y percepción de protección, pero uno que ocupa todos los ámbitos de la vida.

Dentro de este tipo de comportamientos debemos incluir la *moda*, que presenta características que lo convierten en relevante. Incluye no sólo la compra de vestimenta, lo que sería un rasgo de consumismo, sino la forma de vestir, hablar, moverse, concurrir a ciertos lugares, desarrollar algunas actividades y desechar otras. Como afirma A. Touraine estos comportamientos están "ampliamente difundidos y tienen un impacto insospechado hasta el presente... las costumbres de vestimenta ponen en escena un cuerpo propio y el hecho de desaparecer en un cuerpo colectivo... la prevalencia del cuerpo y el individualismo contemporáneo, los diversos conformismos de la apariencia, el *body-building*, los momentos en que se observa al grupo abigarrado, como en los conciertos, deportes, circuitos de consumo."³²

F. Jameson también destaca esta necesidad de conjunción con otros a través de los procesos ritualizados impuestos por la moda: "Parecería que la lógica de la moda, acompañando la penetración multiforme de sus imágenes omnipresentes, hubiera comenzado a unirse e identificarse con el tejido social psíquico, de una manera tan inextricable que tiende a transformarse en la misma lógica de mi sistema como un todo... Donde todo se somete al cambio perpetuo de la moda y de la imagen de los medios, nada ya puede cambiar... el único cambio radical concebible consistiría en poner fin al cambio mismo... lo que culmina en el descrédito a la imaginación utópica misma, que es fantaseada como la pérdida de todo lo que conocemos por la experiencia, desde lo libidinal a los hábitos psíquicos y, en particular, la excitación artificial del consumo y la moda"³³

Esta es otra de las consecuencias que posee el comportamiento social de depender de la moda para sentirse seguro: al sumergirse en ese baño permanente de presente, al exigirse a sí mismo ser actual, se pierde la posibilidad de aprovechar el pasado, retomando la experiencia; a la par que se impide llevar a cabo la ruptura necesaria para poder construir, o al menos imaginar, algo diferente. El detalle, lo efímero, lo

³² TOURAINE, 1998, p. 43.

³³ JAMESON, 1995, p. 17.

superficial, desarrolla una reacción de impotencia de cambiar en algo que no sea lo que ofrece la moda, ocupa demasiado espacio y no queda suficiente energía ni atención para esa *imaginación utópica* que como sociedad requerimos. Así, la moda brinda rasgos para definir el marco de pertenencia, para identificarse con un grupo social, pero puede convertirse también en un filtro que impide disfrutar de lo que no se halla incluido en ese repertorio que se nos ofrece. Por eso afirma Maffesoli que “la moda demuestra una necesidad de imitación, no puede constituirse sino para un grupo. La necesidad de singularizarse se invierte en el deseo de fusión en un conjunto más amplio. Se trata de algo que muestra la relatividad de la identidad. Los diversos rituales contemporáneos: modas de vestir, de lenguaje, ideológicas, sexuales, al mismo tiempo que emanan de individualidades particulares, actúan sobre éstas para hacer a las personas miembros de un cierto grupo.”³⁴

En la imitación, moda, conformidad, se observa el deseo de reconocimiento por parte del otro, la búsqueda de apoyo o de protección social y el hecho de seguir un camino común. Eso lleva a Maffesoli a afirmar: “El vestido o la ausencia de ropa (del nudismo a la tanga, pasando por el *topless*) crean lazos sociales, se inscriben en una economía general de la sociedad, permiten la comunicación... La observación de los ritos precisos, la ornamentación de los cuerpos, los arreglos naturales, todo ello da una forma regulada a las vinculaciones con el otro.”³⁵ Insistimos que, entonces, la moda puede ser el centro de una dependencia cuando sólo a través de sus prescripciones una persona se siente segura e integrada.

Destaca entre las dependencias alrededor de un comportamiento ritualizado la **evasión en el espectáculo**, por la cual “se abandonan los elementos lúdicos que tradicionalmente habían servido para mantener la acción y la creatividad en las horas libres de trabajo, como son el deporte o la intervención en alguna expresión artística grupal o individual. En el espectáculo, el observador sustituye la actividad directa, a la par que se identifica con el personaje, idolo, deportista, quien expresa su sentir, permitiendo no exponerse, no tomar riesgos, no decidir cuál es en verdad la postura personal... De esta manera, el observador no sólo consigue una definición de sí mismo,

³⁴ MAFFESOLI, 1993, p. 258.

³⁵ *Ibidem*, p. 137.

sino una que es aceptada socialmente y ha demostrado ser exitosa. Esta identificación, aun si es llevada a cabo en forma individual, se une a aquélla que realizan las demás personas que conforman la audiencia. Por ello, la identificación adquiere un valor de integración grupal para ese individuo.³⁶ El proceso de mediación de la experiencia de quien presenta este tipo de dependencia es notorio, ya "que hace que triunfos y fracasos sean percibidos como ajenos a la propia voluntad y experiencia. De tal manera, el hombre se va alejando de lo que individual o grupalmente podría modificar, para adscribirse a modelos estereotipados que lo distraen de la acción y de su entorno próximo."³⁷

La **trabajomanía** ha sido destacada como una forma de dependencia por la que quienes la presentan conciben su ocupación laboral "dentro de una rutina que no sólo ocupa prácticamente todas sus horas, sino que les impide pensar en otra cosa o mantener otros intereses. Esta incorporación de la rutina pone en evidencia el marco ritual en que se inscribe el comportamiento, el cual no permite que se genere la ansiedad de cuestionarse sobre lo que se está haciendo, de ponerse metas diferentes, de observar el impacto de su forma de actuar en quienes lo rodean, sea la familia o la comunidad."³⁸

En cuanto al **erotismo**, en él el dependiente "busca satisfacción epidérmica a la superación de la frustración, el aislamiento e incomunicación que lo dominan, detectándose la misma ausencia de objetivo que indicábamos como un rasgo de los procesos rituales en la actualidad... la estimulación erótica es impuesta por la estructura publicitaria que intenta incentivar el consumismo. De esta manera, la insatisfacción del impulso sexual que es motivado a través de las imágenes publicitarias se sustituye mediante la adquisición del producto propuesto."³⁹ Podríamos agregar que en estos últimos años se ha hecho más evidente en la sociedad mexicana la exacerbación del deseo, a través de distintos espectáculos (en vivo o a través de medios: canales por suscripción, videos) que permiten hablar de la alimentación a una dependencia al voyeurismo, como hemos comentado. Si bien productos de este tipo han existido desde hace mucho tiempo, en la actualidad son más accesibles y grupos más numerosos

³⁶ MILLÉ, 1993, p. 58-59.

³⁷ *Ibidem*, p. 61.

³⁸ *Ibidem*, p. 64.

³⁹ *Ibidem*, p. 65.

consideran que consumirlos es parte del comportamiento apropiado, no sólo al gusto masculino sino también al femenino.

Otro ejemplo de dependencia con fuertes rasgos ritualizados lo da el juego de azar, en el que se evidencia "un impulso incontrolable por apostar, que puede ir incrementándose y consumir cada vez una mayor parte del tiempo, energía y recursos emocionales y materiales. Tales personas construyen su vida alrededor del juego de su preferencia, no sólo a través de la búsqueda de ocasiones para jugar, sino de las conversaciones acerca del tema, las que parecen proporcionar una excitación semejante a la que experimentan durante la apuesta."⁴⁰

3. Dependencias a marcos de pensamiento

Este es el tercer y último de los tipos de dependencia, que incluye manifestaciones que:

tienen varios rasgos en común: por una parte, el enaltecimiento del grupo que comparte la misma dependencia, en comparación con los demás. Por otra, alguna forma ritual, vestimenta o lenguaje, que son utilizados por los miembros y que, sin ser fundamentales para la integración grupal, permiten distinguirse de los no miembros... Además, existe una serie de reglas, más o menos definidas según los casos, que los miembros deben cumplir y que difieren en la intensidad con que son aplicadas y obedecidas, de acuerdo con el tipo de grupo de que se trate... (Éstos son) casos extremos, en los que por supuesto no se encuentran por formar parte de un grupo, sino porque al hacerlo esos miembros pierden la autonomía de pensamiento, la capacidad de goce fuera del grupo, y la posibilidad de relación con otras personas o distintos rangos de experiencia. Así, su acción se ve coartada por la integración grupal estrecha, en lugar de incrementar su apertura o sus contactos, a través de la interrelación y aporte de los demás. El marco de pensamiento se transforma, por lo tanto, en un tamiz, que deforma y restringe la apreciación de la realidad.⁴¹

El **sectarismo** es una de las manifestaciones incluidas en este tipo. "Si bien todas las sectas tienen un credo en común, el mismo emana de dos áreas principales: la política (grupos extremistas de derecha o de izquierda) o lo sobrenatural (sectas místico-religiosas o satánicas)... Puede afirmarse, entonces, que el sectarismo ofrece *una satisfacción sustitutiva, en el terreno de la fantasía, a cambio de la satisfacción real*

⁴⁰ *Ibidem*, p. 67.

⁴¹ *Ibidem*, p. 71.

(Reich, 1980, p. 165)... Pero en todas las expresiones de fanatismo religioso observamos la íntima adscripción de los miembros al grupo, en forma de que se sumergen en la secta y parecen perder su identidad personal."⁴²

No estamos incluyendo aquí la adscripción imprescindible para todo ser humano a grupos, cuyas características fueron descritas a propósito del *neotribalismo* y la búsqueda de marcos de pertenencia. Como recordamos, éste pone el acento en el deseo de reconocimiento por parte del otro, la búsqueda de protección social y el hecho de seguir un camino común, rasgos que reconocemos en los grupos de ayuda mutua, que cada vez tienen más peso en nuestra sociedad, como red de apoyo para muy diferentes problemas y que volveremos a considerar en la propuesta de la promoción de la salud, como respuesta a las características de nuestra época. Estamos considerando, por el contrario, formas de adscripción que impliquen la aceptación ciega, limitando la experiencia y el interés en cualquier otro tipo de conocimiento o interrelación.

Entre estas formaciones a las que se desarrolla dependencia, podemos incluir las camarillas intelectuales, como señalan P. Berger y T. Luckmann: "El intelectual... puede retirarse a una subsociedad intelectual, que entonces puede hacer las veces de refugio emocional... (así, se da) la limitación de todas sus relaciones significativas a las de sus colegas de la subsociedad, evitando a los extraños, que siempre encarnan la amenaza de aniquilación."⁴³ En los casos extremos, este tipo de subsociedad restringe las lecturas, la participación en eventos o en política y hasta la discusión de temas o el análisis de objetos de estudio a lo aprobado por el grupo, impidiendo el desarrollo de sus miembros.

Dentro de la búsqueda de marcos de referencia, y por ende de pertenencia, uno que llegamos a pensar que resultaba arcaico, y que no fue analizado en la clasificación previamente realizada, pero que ha demostrado en las últimas décadas toda su actualidad, es el *nacionalismo*, con su vertiente complementaria el *localismo*, como elemento fundamental de la construcción de la identidad. Como hemos comentado a propósito de los neotradicionalismos, para F. Jameson se trata de una reacción ante la

⁴² *Ibidem*, p. 77

⁴³ BERGER y LUCKMANN, 1994, p. 161.

pérdida de raíces que genera el proceso de globalización: "Neorregionalismo, así como neoetnicismo... es una ideología de compensación, en una situación en la que las regiones (como los grupos étnicos) han sido fundamentalmente borrados (reducidos, estandarizados, comodificados, atomizados o racionalizados). La ideología del regionalismo es la sentimentalización de la naturaleza de la vida social y del sistema socioeconómico en el superestado de hoy".⁴⁴

Desde nuestra periférica América Latina, nos ha tocado ver cómo naciones que siempre reconocimos como tales en la vieja Europa se deshacían y autodestruían para dar lugar a algo nuevo, o a una recuperación de límites e identidades que mi generación daba por inexistentes. Hemos observado también cómo, en una exacerbación de los sentimientos localistas, con frecuencia fomentada o aprovechada por dirigentes políticos, en el territorio estadounidense nuestros connacionales son abiertamente rechazados y denigrados. Otro tanto sucede con los turcos en Alemania, los *sudacas* en España. Aceptar que el extranjero no es el enemigo, que es un igual, con iguales deseos e iguales derechos, cuestiona las bases en que se finca esa dependencia a los hitos de la identidad, que da el nacionalismo.

Desde el centro, lo extranjero puede ser valorado como exótico, eso que se visita y ve desde afuera, por una temporada breve, al gusto del turismo noroccidental. Los lugares que reciben, en la periferia, a esos visitantes por lo general ven modificados su forma de vida, sus horarios de alimentos, los productos que se ofrecen y hasta las formas de regateo y mendicidad, para dar cabida a aquello que el turista de los países centrales espera encontrar o exige. Para los pudientes de los países periféricos, por el contrario, *turistear* en los países centrales continúa equivaliendo, como en el siglo XIX (L. García Millé, 1999), a una zambullida en la Cultura o el Progreso, así, con mayúsculas, además de un encuentro con lo diferente, que le hace regresar con más entusiasmo al marco conocido de su propio país.

En esta manifestación de dependencia encontramos rasgos comunes con algunos *neotradicionalismos*. En efecto, en éstos puede trazarse también una línea divisoria que separa al extranjero del nacional, la cual no es únicamente aceptada como un límite

⁴⁴ JAMESON, 1995, p. 148.

geográfico, sino también cultural. Ésta encuentra su justificación en la protección de los valores y normas del grupo social local, que se objetivan en ritos, costumbres y tradiciones. Una vez determinados los rasgos que demarcan esa identidad colectiva, cerrada e inmutable como un credo, el *extranjero* es dejado fuera, cargando el estigma de no compartir, de no pertenecer. Bajo esa arbitraria denominación se unifican tradiciones y rasgos diversos, que al estereotiparse pierden su sentido original y no sirven sino para recrear el estigma de la diferencia, como resalta A. Minc (1997), en lugar de lograr la equidad, el reconocimiento.

Sin embargo se trata de formaciones diferentes, esencialmente porque muchos de quienes viven en grupos fundamentalistas o neotradicionales no escogieron estar allí, no fueron construyendo por y para sí mismos las normas que rigen sus vidas, rasgos que resaltan la presencia de las dependencias. Para que se observe como una dependencia, el nacionalismo no debe sólo alimentar el reconocimiento de la identidad colectiva, sino que adquiere connotaciones sectarias, excluyentes de todo lo que no se haya definido como propio. Quienes la desarrollan únicamente se sienten seguros en su propio guetto, autoconstruido, sin percibir estímulos o gratificaciones de lo que no conocen ni desean conocer.

Hemos recorrido un breve camino en la descripción de los rasgos más relevantes para comprender el espacio que ocupan las dependencias en nuestro mundo actual. Pasaremos a considerar, en el siguiente capítulo, los rasgos específicos de la dependencia desarrollada en torno a las sustancias adictivas, de comercialización lícita e ilícita, destacándola entre las otras manifestaciones de dependencia por servir de prototipo, hacia el que se han desarrollado un gran número de estudios, así como distintos modelos y abordajes para comprenderla y controlarla.

Capítulo 4. El consumo y la dependencia a sustancias adictivas

El consumo de sustancias adictivas ha estado presente desde el comienzo de todas las civilizaciones, como lo relatan las estelas de Asiria, los frescos de Egipto, los murales de Creta. En cuanto a la intoxicación con bebidas alcohólicas, no sólo el dios romano Baco fue un buen promotor, sino que el relato bíblico también lo reseña, en cuanto a la famosa borrachera de Noé, previa a su estancia en el arca; y burlarse de la ebriedad de su padre le valió a Cam una maldición que supuestamente continúa pesando sobre sus descendientes. En varias etnias de Mesoamérica, las intoxicaciones con sustancias alucinógenas aún propician la comunicación con los dioses, el ingreso a la vida adulta, el diagnóstico de la enfermedad y también la cohesión grupal, en diferentes festividades (C. [Millé de] García Liñán, 1990.a).

Para Savater, el consumo de sustancias adictivas, junto con la meditación y el arte, se liga al deseo de alteración de la conciencia, presente en el ser humano desde que se reconoce como tal:

La piedra filosofal artificial es aquella que se toma o practica como algo separado de la vida cotidiana y sus productos con el propósito deliberado y único de inducir a la conciencia a algún estado extraordinario, es decir, a la vez estéril e intenso. Su forma más común se engloba en la demasiado amplia denominación de droga; pese a lo que temores ancestrales actualmente revitalizados prediquen en torno a esta cuestión, no ha habido época ni cultura sin drogas, ni cabe imaginar una actitud audaz y reflexiva hacia las posibilidades de la conciencia que prescindiera completamente de ellas. La otra gran rama de esta alquimia la constituye el arte, en especial en cuanto poesía o música, mecanismo de distorsión de palabras, formas y sonidos con el propósito de suscitar en el alma la revelación de la esencial extrañeza de lo real, a la que algunos llaman en ocasiones belleza. La tercer piedra filosofal artificial es la meditación en todas sus ramas.¹

Como vemos, en todos estos antecedentes no se señalan rasgos patológicos, ni en lo individual ni en lo grupal, sino que el consumo de las sustancias adictivas parece ligarse al goce, al placer de estar juntos, al olvido de sí mismo, o el aumento de la capacidad de

introspección, diagnóstico, curación, adivinación. Tenemos que encontrar en otro lado, en ese transcurso de la Modernidad que hemos marcado con P. Wagner, para que comience a desplegarse una preocupación social hacia lo que el consumo, la intoxicación y la dependencia entrañan como pérdida. Esto puede deberse a que la nueva conformación de la sociedad provocó el relajamiento de los controles sociales impuestos sobre los rituales específicos o festividades esporádicas en los que se autorizaba la utilización de drogas y así se fueron incrementando las ocasiones de consumo, así como las evidencias del daño producido por la intoxicación o el uso habitual. En forma quizás semejante a lo que sucedía en las sociedades tradicionales, la intoxicación voluntaria se da en varias especies animales, pero sólo en algunas ocasiones al año, en que buscan las frutas o las hierbas que se las producen.² Únicamente los animales en el cautiverio del laboratorio llegan a autoadministrarse sustancias adictivas con tanta frecuencia que desarrollan adicción y prefieren la droga a la comida (Bozarth et al, 1989.)

Se debe enfatizar la distinción entre el uso esporádico o experimental de sustancias adictivas, ligado a ocasiones especiales y con propósitos que se vinculan con alteraciones que esas sustancias provocan en el estado de ánimo o las funciones mentales; y la dependencia o adicción que el consumo reiterado puede desarrollar. Es innegable la trascendencia que puede alcanzar un episodio de intoxicación, que llega a provocar la muerte (por sobredosis u otro tipo de reacción a tóxicos); pero en este trabajo hemos concentrado la atención en la reiteración del comportamiento de consumo, que se relaciona como manifestación de dependencia con los otros comportamientos que hemos descrito, aun si se desarrollan alrededor un objeto, otro sujeto, un comportamiento ritualizado, un grupo, un marco de pensamiento. Desde hace más de dos décadas, el estudio de las dependencias se ha ampliado, para cubrir todas esas distintas manifestaciones. En cuanto al consumo de drogas también se amplía el reconocimiento de que todos los grupos de edad, culturales y étnicos, así como todos los estratos socioeconómicos, presentan problemas ligados con el consumo y la adicción a sustancias; lo que varía en cada grupo poblacional es la sustancia preferida o la

¹ SAVATER, 1994, p. 134.

² MILLE DE GARCÍA LIÑAN, 1990b.

combinación de las mismas; o la marca, en el caso de productos comercializados legalmente.

Una muestra de la importancia adjudicada a las dependencias en general y especialmente al consumo de sustancias adictivas la observamos en la proliferación de las revistas especializadas y los estudios biomédicos, clínicos, sociales y epidemiológicos realizados desde mediados de la década de 1970, tanto en México como en prácticamente todo el mundo occidental, destacando los desarrollados en Estados Unidos y los países europeos. Sin embargo, el resultado de las investigaciones y la lectura de los datos no siempre da lugar a políticas públicas de respuesta, sino que con frecuencia éstas siguen partiendo de supuestos, inercias conceptuales. Como señala C. González Zorrilla: "El *problema droga* remite hoy más que a datos objetivos sobre la realidad del fenómeno, a una determinada percepción asentada en concepciones estereotipadas e irracionales. Tal percepción social varía históricamente y responde más a condicionantes de tipo socio-político, que a modificaciones sustanciales en los patrones epidemiológicos."³

Tal es el caso de la focalización en el consumidor joven, que sigue siendo considerado como el de mayor riesgo, basándose en los análisis de hace varias décadas, en los que se asumía que los adolescentes utilizaban las drogas ilícitas como una demostración más de oposición a una estructura social en la que no se les concedía suficiente espacio (Millé, 1986). Asimismo, en publicaciones científicas estadounidenses se declara que, si bien las encuestas reportan que el mayor número de usuarios de sustancias ilícitas se encuentra en el grupo étnico *anglosajón*, se sigue partiendo de la base de que el grupo meta de alto riesgo está compuesto por las minorías de negros e hispanos (OSAP, 1991), quizás porque las connotaciones de *vicio* y *pecado* que se asocian con el consumo de sustancias facilitan que sea más aceptable socialmente adjudicarlas a las minorías marginables, justificando así esa marginación. De la misma manera, en México algunos estudios llegan a señalar que pertenecer al grupo de edad de adolescentes y ser de sexo masculino son *factores de riesgo* para el consumo de sustancias adictivas, en lugar de variables sociodemográficas que delimitan a grupos

³ GONZÁLEZ ZORRILLA, 1987, p. 51.

poblacionales en los que existe una mayor probabilidad de que se presenten algunos tipos de consumo.

Reconocer la similitud de los problemas que derivan del consumo de todo tipo de sustancias adictivas, no equivale a que siempre se tenga suficientemente claro que las de comercialización lícita son las más consumidas, y las que repercuten en mayor número de trastornos de salud, en las tasas de morbi-mortalidad (CONADIC, ENA 1998.) Por otra parte, el joven sigue siendo el foco principal de atención en cuanto al consumo de sustancias ilícitas, pero esto ya no se relaciona con la postura contestataria a la que se asociaba en los 60 y 70. En cuanto a los grupos de edad de más de 25 años, son los que más consumen alcohol y tabaco. La definición de las diferentes frecuencias o formas de consumo de la sustancia también es en la actualidad más detallada, aun si el público y las notas periodísticas (Millé, 1998.a) frecuentemente confunden el uso experimental con la dependencia, llegándose a hablar en esas notas de millones de adictos, en lugar de aclarar que la mayor proporción de personas que reportan haber consumido la sustancia de que se trate lo hicieron *alguna vez en la vida* (CONADIC, ENA 1998.)

Los sistemas de clasificación internacional de diagnóstico utilizados actualmente, DSM IV y CIE 10,⁴ proponen esquemas en los cuales la dependencia a las sustancias es incluida dentro de un amplio espectro de trastornos relacionados con el uso de sustancias. En el caso del alcohol, se distinguen del alcoholismo, o dependencia al alcohol como síndrome específico, los trastornos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, conjunto heterogéneo, con repercusiones en lo fisiológico, lo psíquico y lo social, que pueden tener lugar en forma independiente a que se presente o no dependencia al alcohol.⁵ Además, el DSM IV incluye la dependencia a muchas otras sustancias adictivas, como la nicotina, dejando de lado la postura que se mantuvo durante muchos años, de considerar al tabaquismo como antecedente que propicia una serie de enfermedades, y no como un problema de salud mental en sí.

⁴ DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV, American Psychiatric Association, 1994) y CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10, Organización Mundial de la Salud, 1993)

4.1 El adicto en la mirada de la sociedad

En el transcurso de la modernidad ha ido cambiando la representación social del adicto. Así, hasta los 60 predominaba aquélla basada en el juicio moral que lo considera un vicioso, alguien que se deja llevar por sus impulsos, que debería moderar o dominar su consumo a través de su fuerza de voluntad. Se va sustituyendo ésta con otra postura, la que justifica y define la adicción como trastorno, enfermedad, siendo el adicto un paciente que debe ser diagnosticado y tratado desde disciplinas relacionadas con la medicina. Simultáneamente se presenta otra consideración, que conjunta elementos de las dos posturas anteriores. En ella el adicto evidencia un comportamiento *desviado* y por lo mismo inestabiliza la estructura social y el orden público, siendo definido como delincuente. Recordemos que no sólo la legislación de numerosos países continúa criminalizando el consumo de numerosas sustancias, sino que durante la Ley Seca, promulgada en Estados Unidos (1920-1933) esto mismo sucedió en cuanto a las bebidas alcohólicas; y a medida que se van imponiendo más restricciones a fumar tabaco, nos acercamos a definir a los fumadores que transgreden las reglamentaciones como delincuentes.

Se trata de visiones que no se han sustituido sino que se van superponiendo una a otra, de manera que sigue predominando una en un grupo social, sin que por ello desaparezcan las demás. En México, esto se observa en el discurso político y la nota periodística (Millé, 1998.a), pero también en cómo se definen los mismos que padecen directamente un problema de adicción: el adicto y su familia. Así, a mediados de los 70, las personas que reportaban un caso de consumo de sustancias adictivas en un servicio mexicano de orientación telefónica⁶ hablaban predominantemente de vicio. Esta falla moral de no pensar sino en su propia gratificación, también es reconocida por las familiares de consumidores de alcohol y otras drogas, estudiadas por G. Natera (1993). En los 80, se va incrementando la frecuencia en que se define el caso como el padecimiento de un enfermo; y es ésta la forma de definirlo que predomina en los últimos años. Sin embargo, como abundaremos en el próximo capítulo, la conceptualización de salud y enfermedad también ha cambiado y en fechas recientes se

⁵ Prevention and Treatment of Alcohol-Related Problems: Research Opportunities, p. 11.

fortalece una visión que concibe que ambos términos se alejan de la égida exclusiva del médico, para transformarse en ámbitos en los que la acción y el control personal son básicos.

La postura que considera al adicto un delincuente se relaciona con la expresión de temor de ser fichados o reportados a la policía, presente en las llamadas a los tres diferentes servicios de donde proviene la información, a pesar de que los mismos se encontraban adscritos a estructuras de salud. En efecto, un segmento importante de los solicitantes de orientación en las tres últimas décadas ha pedido que se les asegure que no se pasarán sus datos a los servicios de seguridad. A este temor a las implicaciones legales contribuye que la criminalización del uso, como ocurre en EUA, se encuentra más difundida en los medios y en la conciencia del público que la postura de la legislación mexicana, según la cual el consumo de las sustancias que se venden en el mercado ilícito no se castiga, sino únicamente su comercialización (Código Penal de la Federación, 1985.)

A estas tres posturas básicas (*vicioso, enfermo, delincuente*) que coexisten en la conciencia de la sociedad mexicana, se suma otra que también figura o se entremezcla: la de *victima*. Según ella, el adicto es un producto de las malas influencias de su grupo de amigos, las presiones o frustraciones a las que se ve sometido, la falta de oportunidades que le proporciona la sociedad, la excesiva protección de la madre o el descuido del padre.

Adicionalmente a las distintas interpretaciones del adicto, en los servicios de información telefónica se observó una modificación acerca de la definición social adjudicada a cada sustancia adictiva, tanto las que son comercializadas legalmente, pero sometidas a restricciones, como el alcohol y los medicamentos⁷, como las que son obtenidas a través del tráfico ilícito; se refuerza también el reconocimiento de que la

⁶ Servicios de orientación telefónica organizados por la autora en el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, CEMEF (1975-77); Centros de Integración Juvenil, CIJ (1978-85); y Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC (1997-2000).

⁷ Restricción en el horario de venta y de publicidad y prohibición de venta a menores de edad en el caso del alcohol; receta médica y recetario controlado, para los medicamentos psicoactivos.

utilización de todas estas sustancias, junto con las otras manifestaciones de dependencia ya descritas, responde a un mismo tipo de comportamiento.⁸

Para superar las definiciones socialmente adjudicadas al adicto, desde puntos de vista moralistas, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, han promovido foros de discusión sobre la terminología y definiciones de sus características y de las sustancias consideradas como adictivas. Por ello, grupos de expertos convocados por este organismo internacional se han reunido desde fines de la década de los 60. En el *Boletín de la OPS*, por ejemplo, a principios de los 80, Edwards y Ariff (1982) proponían descartar algunos términos cargados de connotaciones valorativas (como uso *indebido* o *abuso*) y muchas de sus sugerencias se introdujeron en el *Lexicon* de la OMS de 1994.

Abordaremos a continuación los principales modelos de comprensión que se han planteado, introduciéndolos dentro de un marco clasificatorio.

4.2 Modelos de comprensión

Por la originalidad y novedad de sus manifestaciones el consumo de sustancias adictivas, en especial de drogas de comercialización ilícita, ha sido analizado especialmente desde la década de 1960, en la que se evidenció como un comportamiento generalizado en algunos sectores juveniles. Han sido numerosos los intentos de encontrar el elemento clave, la fórmula o vacuna que permitieran evitar el inicio, erradicar el abuso, o comprender su aparición y desenvolvimiento en la sociedad. Los primeros abordajes son hoy en día considerados como reduccionistas y simplistas; ya en la compilación de Lettieri et al, publicada en 1980, en la que figuran los abordajes teóricos o modelos de comprensión más relevantes, no se concibe la posibilidad de que exista un solo elemento causal, sino que en las cuatro categorías en que los agrupan se observa la interacción de al menos dos elementos: la relación del organismo del

⁸ Aun si los promocionales en los medios masivos únicamente se dirigían al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas ilícitas) y no mencionaban los problemas relacionados con la ingestión de alimentos o la conducta sexual, un segmento de la población llamaba al teléfono de CONADIC para solicitar servicios de atención para ese tipo de comportamientos.

consumidor con su *sí mismo*; su relación con los otros; con la sociedad; y con aspectos que para los compiladores se relacionan con la *naturaleza*, y que abarcan los que se derivan de la interacción del individuo con las sustancias u otros elementos bio- o fisiológicos. En estos grandes temas se agrupan las conceptualizaciones de más de 40 teóricos, que concentraron su explicación en el inicio del consumo, la continuación, el abuso, la cesación y las recaídas en la utilización.

La misma diversidad de rasgos que el consumo y la adicción incluyen, hace que resulte difícil de comprender, de abarcar, lo que también dificulta su explicación, que no puede derivar de perspectivas lineales, orígenes monocausales. Por ello, desde hace más de 20 años se habla de la multicausalidad, de la plurifactoriedad de las dependencias, lo que se refleja en los diferentes modelos de comprensión. Se reconoce, entonces, que es preciso tener en cuenta una gran diversidad de aspectos que se hallan en interjuego constantemente y deben adecuarse en forma permanente. Son tan vivos y móviles como la sociedad en la que vivimos.

Considerar tal profusión de elementos en los modelos teóricos es importante porque en ellos se fundamentan, o al menos sirven para la legitimación, de las estrategias de acción. Así, una comprensión reduccionista de los orígenes, elementos etiológicos, causas, factores motivantes, de predisposición o riesgo, generará limitaciones en los abordajes, tanto de las disposiciones legales y las políticas públicas, como de las intervenciones de prevención y tratamiento.

Si bien desde principios de la década de los 80 ya se hablaba de *integralidad* y confluencia coordinada de distintos enfoques para la obtención de resultados eficaces (C. Millé del García Liñán, 1982, C. Millé, 1986), lo cierto es que la visión *holista* ha permanecido como una pretensión teórica, que ha resultado muy difícil de ser llevada a la práctica, y por lo general se mantiene como un ideal inalcanzado por la política pública. De todas maneras, prácticamente todos los modelos de comprensión que se desarrollan en la actualidad incluyen elementos que intentan abarcar un amplio espectro de elementos, que provienen tanto de lo fisiológico y lo psíquico como de lo sociocultural.

Entre los modelos que parten de concebir la adicción como una enfermedad, casi todos se refieren a la interacción de los elementos que se incluyen en la denominada *historia natural*. Como un ejemplo de este tipo desde México, a finales de los 70 el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz analizó los tres elementos que intervenían en la historia natural de la farmacodependencia: un agente (en este caso la droga), un sujeto (el consumidor), inscritos ambos en cierto ambiente propicio (contexto sociocultural.) El énfasis que se coloca en cada elemento ha servido para diferenciar las distintas formas de conceptualización y de ellas surgen los abordajes para enfrentar, controlar o abatir el problema, que analizaremos a continuación.

1. Relación droga-individuo

Dentro de este gran grupo se encuentran los modelos teóricos que destacan las propiedades adictivas de ciertas sustancias. Se trata de un amplio espectro de conceptualizaciones que tiene como foco de atención la sustancia, a la que le otorgan poder sobre el sujeto. Parecería que no se trata de un producto químico o natural, sino de un virus, un fluido, que tiene capacidad de atacar al individuo, de provocar una *epidemia*, cuando las condiciones son adecuadas en el receptor y el ambiente. Así, quienes destacan la potencia de la droga en su discurso no sólo se refieren a sus características farmacológicas, o el potencial adictivo, sino que la denominan con rasgos propios de un agente social, lo que si en las conceptualizaciones teóricas de los investigadores ya ha desaparecido, permanece en el discurso político, en el que la droga es tildada de *amenaza, flagelo, cáncer*; mientras que las acciones para enfrentarla son vistas como *guerra, combate, lucha*. (Millé, 1999.)

Esta estigmatización de la sustancia hace que se dificulte reconocer los efectos benéficos que sus propiedades terapéuticas pueden tener, como en el caso de la marihuana, pero también de la cocaína y la morfina (Moore et al, 1986.) Aceptar que las sustancias no son perversas en sí, sino que las consecuencias dependen de la forma de consumo (dosis, frecuencia y vía de administración); del consumidor (situación fisiológica y afectiva, perfil genético, expectativas y otras características) y hasta del contexto físico, grupo cultural y ambiente emocional en que se las utiliza, repercutiría

en todo el esquema de conceptualización de la droga; y de enfrentamiento y control de su distribución.

Como consecuencia de este abordaje teórico de comprensión del consumo de sustancias, se privilegian medidas de control de la disponibilidad, que evitan el contacto entre las drogas y los individuos, sobre todo aquéllos que se ha definido tienen mayor predisposición al consumo, debido a factores de riesgo o variables sociodemográficas sobre las que el individuo poco puede hacer, dado que provienen de lo genético, étnico, de grupo étnico, o sexo. Se desarrollan entonces categorizaciones de las sustancias, adjudicándolas dentro de cada grupo según criterios que emanan más de la representación social de su peligrosidad o potencial adictivo, que de las estadísticas de morbimortalidad o de los estudios clínicos de los consumidores crónicos. En nuestro país, las diferentes reglamentaciones señalan que algunas están a la venta sin control ni requerir receta médica, como las que contienen efedrina o las xantinas, entre las que destaca el café. Otras, pueden ser vendidas sólo a mayores de edad, como el tabaco, las bebidas alcohólicas y las sustancias inhalables; mientras que el último grupo lo ocupan las sustancias cuya comercialización (que no consumo) se halla penado por la ley, entre las que destacan la cocaína, marihuana y heroína (Ley General de Salud, Código Penal de la Federación.)

Así, como veremos en los abordajes de atención de las adicciones, las políticas públicas que se fundamentan en este modelo tienden a dirigir su atención y su apoyo presupuestal al control de la oferta de las sustancias. De esta manera, fortalecen los heterocontroles, a través de brigadas policiales, grupos de seguridad, agencias aduanales que, aun habiendo demostrado su inoperancia y el dispendio del gasto público, se mantienen y refuerzan, como demostración de que se hace *todo lo posible* para enfrentar el problema. Con ello descuidan la atención hacia todos los factores que propician el consumo y que hemos considerado en los capítulos anteriores, tanto aquéllos que se generan en las características específicas de la sociedad actual, como los que son facilitados por elementos de la constitución del sujeto en el presente.

Aligerar el peso de la culpa de la sustancia, en cuanto a motor generador de problemas y demostrar que éstos se desarrollan a partir de ciertas formas de consumo, no equivale a

afirmar que todos los tipos de uso de drogas son inocuos. Por el contrario, son innegables las consecuencias que la intoxicación y el uso crónico arrojan en la vida de los consumidores y en su entorno social. Algunas de ellas pasan por la misma definición de ciertas sustancias como ilícitas, con lo cual se ha propiciado el surgimiento de toda una serie de delitos conexos y una estructura de violencia y de corrupción económica que resulta difícil enfrentar, si realmente se tuviera la voluntad política de hacerlo. Pero además, es innegable el deterioro al estado de salud del consumidor crónico, los trastornos emocionales, afectivos y hasta económicos que se producen en su familia, las repercusiones en cuanto a la productividad laboral y la seguridad pública, así como el impacto de las intoxicaciones en la tasa de violencia y accidentes (H. Rosovsky, 1994), tanto de tránsito como en el hogar. A ello debemos sumar el gasto público que se deriva de las medidas de control de la oferta y también de los servicios de rehabilitación de adictos y de tratamiento de las complicaciones generadas por el consumo. Este breve panorama de los problemas con los que se relaciona el uso de drogas pone de relieve justamente el poder de atracción y gratificación que éstas tienen para el usuario para que, aún si conoce tales consecuencias, convierta a su dependencia en el centro alrededor del cual gira la vida.

2. El consumidor, elementos fisiológicos y psíquicos

En cuanto a la comprensión de la dependencia desde rasgos del consumidor, los análisis se dirigieron, en una primera etapa, a la determinación de algunas características que sirvieran de vehículo de diferenciación de los adictos potenciales. Se consideraron así diversos rasgos psíquicos, de personalidad, que pudieran ser definidos como factores causales. Entre ellos, y en forma congruente con la teoría de la regulación afectiva, aquellos sujetos que experimentan niveles más altos de estados afectivos negativos es más probable que consuman drogas. Eso también es consistente con la afirmación de que el estrés aumenta la probabilidad del uso de drogas. Sin embargo, se evidenció que sólo podía hablarse de la mayor frecuencia de algunos rasgos o trastornos, tales como la depresión, la percepción de heterodeterminación o locus de control externo y el bajo nivel de autoestima, pero éstos no eran determinantes, ya que no aparecían en todos los casos y eran inexistentes en algunos tipos de consumo. De la misma manera, se observó

una mayor probabilidad de carencias en algunas capacidades entre los adictos, como en el manejo de la frustración, o la toma de decisiones.

De haber sido posible la definición de un perfil, podría haberse dado atención a los niños que lo presentaran y así prevenir el desarrollo ulterior de los problemas relacionados con el consumo. Una experiencia de este tipo se realizó en Denver, EUA, en un programa de apoyo a niños con deficiencia en la atención, la interrelación y el aprendizaje. Este tipo de déficit, detectado en pre escolar, fue atendido oportunamente. Al darles seguimiento en la escuela elemental y secundaria, se observó que quienes recibieron atención tuvieron significativamente menos problemas de consumo de sustancias adictivas que el grupo control. Esto vendría a comprobar que las deficiencias genéticas y adquiridas que afectan el desenvolvimiento social y en ocasiones provocan la estigmatización de quienes las padecen son elementos que propician la búsqueda de sustancias que alteran las funciones mentales, si bien no determinan el desarrollo de una adicción.

La gran diversidad de estudios que desde los 60 se han encaminado a definir el perfil del usuario, no han conseguido sino enlistar un número de rasgos que cada caso de consumo evidencia, y que a lo más, han servido para afinar los mecanismos de diagnóstico, para el *matching* del caso con el tipo de tratamiento más adecuado a sus características, en los países en los que existen posibilidades de distintas ofertas de servicios, como en EUA. Por otra parte, también resulta difícil deslindar en el usuario cuáles de sus rasgos evidencian una consecuencia del uso de la sustancia y cuáles son antecedentes que se hallaban presentes previamente o que motivaron el inicio en la administración de las drogas.

Dentro de este mismo modelo de comprensión de la adicción pueden ubicarse los enfoques que dan mayor relevancia a los factores biológicos, como por ejemplo aquéllos que se fundamentan en antecedentes genéticos, como factores de predisposición. Si bien este tipo de estudios se ha realizado desde hace varias décadas, no se ha podido llegar a conclusiones definitivas sobre el papel de tales elementos, en comparación con lo socialmente aprendido. Por el momento, lo único que se ha demostrado en forma concluyente, es que en hijos de adictos existe una mayor tendencia

a presentar rasgos de lo que Jessor y Jessor (1977) definen como *comportamiento problemático*. Después de analizar los diversos estudios de seguimiento a una muestra amplia de hijos de padres alcohólicos, tanto dados en adopción a temprana edad como que continuaron viviendo con sus padres, se demostró que existía un patrón de comportamiento problemático más frecuente entre ambos grupos de hijos de alcohólicos que en el grupo control. Dentro de este patrón se presentaban diferentes formas de comportamiento, entre las que se encontraba el consumo de alguna sustancia adictiva, pero también la comisión de delitos o actos de violencia, los hábitos alimenticios no sanos, el excesivo tiempo viendo televisión, el comportamiento de riesgo en el manejo y la conducta sexual riesgosa o prematura. En cuanto a las mujeres, era más frecuente que asumieran este último tipo de comportamiento, o presentaran una mayor tendencia a tener problemas de bulimia, en lugar de los relacionados con la violencia o las sustancias adictivas. Se transmitiría entonces una cierta predisposición, pero ésta no podría ser considerada como determinante.⁹

La inclusión de tal diversidad de rasgos asociados al comportamiento problema sirvió de fundamento para los programas denominados de *tolerancia cero*, como el desarrollado a mediados de la década pasada en la ciudad de Nueva York. En ellos se reprime y encarcela a quienes cometen actos delictivos poco relevantes, como no pagar el boleto del metro, en el entendido de que quienes incurrir en estos actos también desarrollan una serie de otros rasgos de comportamiento problemático, y que ejerciendo control estricto sobre los primeros se reducen los índices de actos delictivos de mayor relevancia.

Otros enfoques teóricos han dado mayor importancia a los efectos provocados por las sustancias en el cerebro, que han podido ser analizados con mayor certeza recientemente, gracias a los avances en las pruebas a través de ecografía y resonancia magnética. Desde esta perspectiva, la adicción es: "una enfermedad cerebral, expresada en formas de comportamiento en un contexto social... Esta enfermedad incorpora aspectos comportamentales y del contexto social."¹⁰ Como vemos, se reconoce esa multicausalidad de la dependencia que ya hemos comentado. Por otra parte, la mayor

⁹ JESSOR, 1987, pp. 331-342.

¹⁰ VEREEN, 1999.

precisión en los reportes de efectos en el cerebro, la identificación de circuitos neuronales y de cambios intracelulares, han permitido que en algunos países, como en Argentina, las reglamentaciones oficiales incluyan la adición a sustancias entre los padecimientos para los que las aseguradoras están obligadas a proporcionar servicios de atención. Así, la apreciación de la condición del consumidor crónico de drogas dejaría de ser un fallo subjetivo, para pasar a tratarse de un diagnóstico con evidencias comprobables.

En este grupo se incluyen las *Teorías de estadios y evolutivas*,¹¹ (E. Becoña, 1999) que observan las fases del desarrollo biológico y psíquico de los seres humanos, concentrándose en especial en el análisis de la etapa de la adolescencia. El énfasis en ese periodo de la vida se debe a que este autor intenta dar fundamento teórico a las acciones preventivas, y postula porque las mismas deben iniciarse antes del comienzo del consumo, que se presenta con mayor frecuencia durante la preadolescencia o la adolescencia temprana, como también se observa en las encuestas más recientes realizadas en México (CONADIC, INP, SSA, 1998, J. Villatoro et al, 1997 y 2001). Al generalizarse el consumo de drogas en la adolescencia, en Estados Unidos, se llegó a considerar que era parte del proceso de maduración y de individuación del adolescente. Así, informes de la política pública sobre las drogas del periodo presidencial de J. Carter proponían comprender y aceptar la experimentación con sustancias, proporcionando además elementos que ese futuro adulto requería para lograr su independencia de los padres, sin que esos comportamientos llegaran a ser adictivos y pudieran poner en peligro su futuro. Esta postura se abandonó al entrar R. Reagan y tomar como estandarte la *guerra contra las drogas*, en la que embarcó a sus aliados de la región, enfoque basado en el control, que hemos comentado como fundamentado en el primer grupo de modelos.

Desde este grupo de modelos, además de las medidas ya mencionadas, se pueden destacar los abordajes que propician el autocontrol por parte del individuo, en cuanto a su propio consumo. Así, al poner el énfasis en el consumidor, estos abordajes pueden proporcionarle herramientas para que, por ejemplo en el caso de las bebidas alcohólicas,

¹¹ BECOÑA IGLESIAS, 1999, pp. 139-167.

mantenga un consumo moderado, que no le cause problemas; o adquieren capacidades que les permitan evitar o posponer el inicio en el consumo y el desarrollo de la dependencia.

3. Contexto y consumo de sustancias

Las teorías que dan mayor relevancia a los factores que provienen del contexto, hace algunos años destacaban algún tipo de relación con los pares, con la familia o de interrelación grupal. Sobre todo en Estados Unidos, la influencia de los pares fue definida como determinante, modelo de comprensión que promovió la campaña *Just say no* o *Sólo di no*, generada en el gobierno de Reagan, pero copiada en todo el continente. Este intento de culpabilizar a *los otros* como causa de todos los males, típico de la cultura estadounidense, tenía al aislamiento del joven bajo el control del adulto, quien para ser un *buen padre* debía de interceptar las conversaciones telefónicas de amigos *indeseables*, revisar cajones y pertenencias y, por qué no, examinar periódicamente los antebrazos de sus hijos, en busca de marcas delatorias.

Pero en los últimos años, diversos estudios han demostrado que la familia contiene elementos de predisposición o de protección de mayor relevancia que el grupo de amigos, y que la selección de éste se basa en general en los elementos que la familia proporciona. Así, el consumo de alcohol, tabaco, medicamentos psicotrópicos u otras sustancias adictivas por parte de los padres es un elemento que sirve de predictor de mayor peso que otras características del contexto. Como afirman Catalano et al, "la vinculación estrecha con los padres interactúa con el consumo que éstos hagan de tabaco y alcohol y constituyen elementos de predisposición hacia el consumo de drogas por los adolescentes... ese tipo de vinculación a una familia en la que se consumen sustancias adictivas puede predecir un comportamiento de uso de las mismas u otras sustancias. Cuando las influencias preponderantes son *prosociales*, se produce un comportamiento *prosocial*. Cuando prepondera el comportamiento antisocial, éste es el que tiene lugar."¹²

¹² CATALANO, KOSTERMAN, HAWKINS y NEWCOMB, 1996, pp. 429-455.

Además de la influencia del medio familiar y de los pares, dentro de este grupo se incluyen los modelos teóricos que resaltan los elementos que el individuo internaliza de lo que su contexto sociocultural le provee: las creencias, expectativas y representaciones sociales, en general; y específicamente las que se desarrollan entorno a la salud y al consumo, tanto de sustancias adictivas como de todo tipo de artículos, así como acerca del comportamiento apropiado. Así, los supuestos, normas no escritas, información de sentido común, no sólo tamizan la aprehensión de la realidad, sino que generan el deseo de -o el miedo a- la experimentación, como así también regulan las sensaciones y emociones que el consumo provoca en el usuario, la búsqueda de apoyo o tratamiento y la motivación hacia interrumpirlo, mantener la abstinencia o reincidir en la utilización de drogas. Por eso Catalano y sus colaboradores resaltan la importancia de los controles sociales, cuando afirman que el consumo de sustancias adictivas, como cualquier otro comportamiento, "es evaluado, juzgado y controlado por su entorno", en función de los *controles*. Por éstos se entienden "las regulaciones que se podrían llamar informales..., no acreditadas, a diferencia de los heterocontroles. Sin embargo, no por estar menos formalizados, los controles de este tipo son menos importantes. A diferencia de la mayor parte de los heterocontroles, que consisten en intervenciones puntuales, se ejercen de una manera permanente."

Otros autores (como G. Edwards, 1994), colocan como elemento fundamental el *clima social*, ambiente en donde se generan las expectativas y creencias, las opiniones y actitudes de un grupo social. Al encontrarse no formalmente explícito y ser compartido, ese mismo clima social hace que las intervenciones que deseen modificar el consumo de sustancias adictivas sólo puedan lograr resultados que se den en forma paulatina, como acumulación o decantación de información, acciones o mensajes redundantes, que no sean generados únicamente desde arriba o afuera de la comunidad de que se trate (la cúpula científica o el gobierno federal), sino con la previa sensibilización, el convencimiento, la aceptación tácita o formal de los miembros de la comunidad.

De todo este grupo de modelos surgen diversos tipos de intervenciones. Están las que pretenden incidir sobre los controles sociales y que incluyen medidas como las campañas de sensibilización de la población y también los cursos a maestros, policías y padres de familia, para dotarlos de herramientas de prevención, detección temprana y

derivación de casos. Otras intentan promover políticas públicas de desarrollo comunitario, en las que se buscan mejores condiciones materiales de vida, medidas que se relacionan con la estrategia de promoción de la salud, que analizaremos en el próximo capítulo, pero que no abarcan la movilización social, básica para esta estrategia. Sin negar las ventajas que tales líneas de acción poseen para las comunidades beneficiadas, este tipo de políticas con frecuencia conlleva la estigmatización de las clases más desfavorecidas económicamente, como si fueran ellas el origen y-o la consecuencia de la adicción. Sin embargo, esto no se demuestra en las cifras, ni en México ni en Estados Unidos. Entre los adolescentes escolarizados estadounidenses, el estudio *Monitoring the Future* desarrollado por Johnston y su equipo desde inicios de la década de 1970 ha demostrado que los de mayor índice de consumo de sustancias ilícitas son los del grupo denominado blanco anglosajón, como ya hemos comentado. En efecto, la dependencia a sustancias adictivas se comparte en todos los grupos sociales, cada uno de los cuales tiene una droga de preferencia o una combinación de ellas, no sólo debido al precio que tengan, sino a la costumbre, a lo promovido, permitido o prohibido en ese mismo grupo.

Aquí descamos destacar que la descripción de J. Habermas de las patologías y fenómenos de crisis, como expresiones de la alienación o la anomia, que ya hemos comentado, puede utilizarse para interpretar las dependencias en general y la adicción a sustancias en particular, dentro de este grupo que pone de relieve los aspectos socioculturales. También podrían ubicarse en este grupo los aportes de este trabajo en cuanto a relacionar la generación de dependencias con la ambigüedad en las definiciones y normas sociales, que se hacen evidentes en las antinomias, sobre todo aquella existente entre la independencia y la dependencia. Sin embargo, estos temas confluyen también para explicar las dependencias desde el grupo de modelos que se plantea a continuación, dentro del cual se inscribe este trabajo.

4. Modelos integrativos y comprehensivos

Este último grupo de modelos intenta integrar los elementos que resaltan los tres anteriores, dando coherencia a los elementos que rescata de ellos: reconoce que existen factores de predisposición desde lo biológico y lo psíquico, pero da también relevancia a

la situación del contexto sociocultural y a la reacción personal ante la tensión, la frustración, la falta de apoyo y de opciones en las que se pueda encontrar sentido.

Entre éstos se encuentra la gran mayoría de los enfoques surgidos en las dos últimas décadas y suponen la presencia e interacción permanente de una serie de factores, que actúan como elementos de predisposición o riesgo para la población. En la reciente revisión de modelos teóricos, desarrollada por E. Becoña (1999), se incluyen en este grupo las teorías que no podrían comprenderse sin la presencia simultánea de una gran diversidad de elementos. Esta categoría abarca no sólo intentos de definición teórica de la dependencia en sí, o del consumo de sustancias, sino también algunos que pretenden describir el comportamiento social problemático, delictivo o asocial, dentro del cual esos autores consideran al consumo de sustancias.

Como exponente de estas teorías que buscan la integralidad, E. Becoña destaca la de *influencia triádica*, de B. R. Flay y I. Petriatis (1994), quienes señalan cómo tales influencias se entrecruzan en cada caso de consumo, desde lo actitudinal, social e intrapersonal, y cómo repercuten a través del ambiente cultural, el contexto social y los elementos individuales biológicos y de personalidad, en las actitudes, creencias sociales normativas y la percepción personal de auto eficacia. Es preciso tener en cuenta que en los últimos años se ha reconocido la mayor fluidez y apertura del término *influencia*, prefiriendo la mayoría de los autores hablar de factores de predisposición o riesgo, en comparación con la conceptualización propia de años anteriores, que utilizaba la denominación de factores causales o elementos etiológicos, lo que los cargaba de una connotación de mayor determinación.

Queremos destacar dentro de este grupo, la postura de comprensión que hemos desarrollado en otros textos (C. Millé, 1986 y 1993), que considera los elementos que la adicción brinda para construir la identidad, identificarse y sentirse parte de algo. Todos estos rasgos, que también se han indicado en este trabajo como de gran relevancia para la formación del sujeto en nuestros días, se encuentran presentes en las dependencias, que actúan como *formas sustitutivas*, dado que "a través suyo la persona intenta expresarse, demostrar cómo es; o integrarse a un comportamiento que le sirva de marco

y la define.¹³ En esos estudios previos, las formas de sustitución fueron consideradas desde la conceptualización freudiana del consumo de cocaína y aplicadas a la necesidad actual del ser humano de comunicarse; también han sido analizadas por B. Alexander, para quien se trata de: "adaptaciones sustitutivas que pueden exacerbar problemas, pero que proporcionan algún tipo de identidad y sentido, en una vida insostenible... (y que son) la única alternativa viable en una situación desesperada."¹⁴

En este modelo adaptativo de B. Alexander se presentan muchos de los rasgos de la sociedad que hemos destacado en este estudio, como la búsqueda de marcos de pertenencia para definir la identidad y brindar sentido a la vida. Para acabar de definir la postura de este trabajo, debemos sumar a ese planteamiento otros elementos que justifican que las dependencias se presenten con mayor frecuencia en esta etapa de la modernidad, como la búsqueda de límites y la pérdida de la autonomía que conlleva la adicción a drogas; o el desarrollo de comportamientos estereotipados, que brindan determinación, en una época en la que son demasiadas las opciones, o sumamente escasas las certezas. De esta forma, la búsqueda del objeto o la sustancia; el proceso ritualizado de consumo; o la definición de un marco de pertenencia, a través de los rasgos identitarios que proporciona el grupo que comparte la adicción, sirven de vehículos o señales para delimitar la identidad del dependiente. Éste, adicionalmente, puede percibir beneficios y gratificaciones a través del consumo, y por un tiempo controla los efectos nocivos o la pérdida de otros estímulos. En el caso de los adictos, existen casos de quienes logran controlar el consumo o suspenderlo abrupta o temporalmente, a voluntad, como lo describe D. Nurco (1983 y 1998); pero esto es más frecuente entre quienes consiguen alejarse de las drogas y de otros tipos de dependencias, al generar o insertarse en un estilo de vida totalmente diferente, como sucedió con los heroínómanos que regresaron de Vietnam y recuperaron un contexto familiar y social que los aguardaba con expectativas positivas.

Así, los abordajes de control o enfrentamiento a las adicciones que surjan de estos modelos integrativos tienden a producir esas condiciones de aceptación y ofrecimiento de oportunidades. También deberían integrar los tipos de controles que hemos incluido

¹³ MILLÉ, 1993, p. 40.

¹⁴ ALEXANDER, 1987, pp. 47-66.

como típicos de cada grupo de modelos: heterocontroles, en cuanto a la regulación de la disponibilidad de sustancias; autocontroles promovidos en el individuo, su familia y comunidad; y los controles sociales, a través del fortalecimiento de la red de apoyo comunitaria y las normas que ésta brinda en cuanto al comportamiento social. Uno de los esfuerzos de integrar todos esos controles es el de promoción de la salud, que analizaremos en el próximo capítulo.

Dentro de los modelos integrativos consideraremos elementos que ya hemos comentado a propósito de los modelos de comprensión basados en la interrelación droga-consumidor, al reconocer la presencia e interacción de tres elementos, en la denominada historia natural de las dependencias: agente, huésped y ambiente. Éstos son retomados con ciertos ajustes por la promoción de la salud, como fundamento de su forma de abordaje. En ella, a la definición ya planteada se agrega, en lo que respecta al **ambiente** (entorno físico y de disponibilidad de las sustancias adictivas y la infraestructura de salud, educativa, laboral y de organización social con la que cuente la comunidad de la que se trate) una mayor atención hacia los elementos culturales, como las normas y valores, las creencias y las formas de vida, así como las representaciones sociales que existen y que facilitan o limitan la posibilidad de desarrollar una dependencia.

Adicionalmente, en cuanto al **huésped**, que es el organismo que potencialmente puede desarrollar tal dependencia, y los rasgos que lo pueden hacer más o menos vulnerable, como son su perfil genético, las características sociodemográficas específicas, y su personalidad, se complementan con otros tales como sus niveles de locus de control y autoestima. Por último, también la definición del **agente** se ha modificado. Así, si en la década de 1970 e inclusive en la de 1980 se consideraba que el agente era la sustancia, la droga, que actuaba en el individuo para que, en un ambiente propicio, desarrollara la adicción, desde mediados y fines de los 90, desde la perspectiva de la promoción de la salud, es el estilo de vida el que actúa como agente.

De esta manera, una persona que dentro de su forma de vivir ha desarrollado un patrón de consumo de medicamentos y otras sustancias adictivas, que no tiene mayor control acerca de sus hábitos alimenticios, ni se preocupa por su desarrollo personal o su condición física, se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad con respecto a un

proceso adictivo. Si esta persona vive en una comunidad en la que existe una alta disponibilidad de sustancias adictivas y las normas sociales propician o toleran el consumo, se incrementan las posibilidades de que se experimente con esas sustancias y de que se desarrolle una adicción.

También desde este grupo de modelos integrativos se incluye el enfoque teórico de S. Peele (1985), en el que la noción del estilo de vida sirve de factor explicativo de la adicción. Para este autor el modo como alguien desarrolla su existencia y como interpreta la misma se liga al desarrollo de la adicción, aunado a elementos que provienen de su personalidad y contexto social. Por otra parte, Peele señala que el estilo de vida se construye de acuerdo –o en contra- de lo que los valores sociales proponen, y al darse primacía en éstos al éxito económico y al control por parte de las instituciones, el sujeto se percibe a merced de fuerzas incontrolables y busca en la dependencia una nueva forma de control externo, que él mismo puede dosificarse.

Parecería, entonces, que consumir o no sustancias, desarrollar o no una dependencia, es una decisión personal, dado que cada individuo o familia selecciona los rasgos de su estilo de vida, dentro de lo que su comunidad le ofrece. Sin embargo, como desarrollaremos con mayor extensión, el estilo de vida por lo general se conforma de acuerdo con los parámetros, normas, valores, intereses y expectativas que rigen el comportamiento social. De esta manera, la forma en que se perciben las demandas sociales y que se tiene conciencia de la capacidad de acceso a los recursos disponibles (personales y de la comunidad) es de suma importancia, porque implica la articulación del estilo de vida y la formulación de un proyecto de vida asentado en la realidad del contexto.

Si bien las tradiciones, costumbres y posibilidades de la comunidad sirven de marco a la formación del estilo de vida individual y éste puede ser asumido sin llevar a cabo una definición consciente, la autorreflexión puede promover un proceso de elaboración de un proyecto de vida, el que implica explicitar los intereses, expectativas y capacidades personales, así como reconocer la existencia de recursos y conocimientos sociales culturalmente compartidos que permiten la cooperación entre varios individuos. Para poder elaborar y evaluar proyectos de vida se requiere desarrollar las capacidades de

análisis y planeación, que permitan identificar recursos y obstáculos, habilidades y carencias y trazar metas y pasos para modificarlas favorablemente.

Por eso, como señala Claudine Sauvin, el proyecto de vida "no se refiere a un modelo o a una norma preestablecida, sino más bien a un proceso complejo en construcción permanente por parte del individuo, quién se vuelve autor de su propia historia. Tampoco se trata del privilegio de una minoría que vive en condiciones favorables, sino que debería constituir la condición básica de una vida digna."¹⁵ Es preciso destacar que la definición del proyecto no supone el aislamiento del individuo, que buscaría únicamente lo mejor para sí, sino que, si cuenta con el apoyo y la referencia de una red comunitaria consistente, puede articularse a la misma, encontrar objetivos compartidos para el beneficio común, como ofrece la promoción de la salud. Es evidente que esto entraña el reconocimiento de la interdependencia sujeto-comunidad, que a la par que constriñe y somete a obligaciones, brinda oportunidades de crecimiento, gratificaciones y percepción de apoyo y seguridad. Con ello se evitaría lo que G. Lipovetsky denomina como "el avance de los valores individualistas, con la diversificación de las condiciones y tiempos de trabajo, los sentimientos de *comunidad secular* retroceden en beneficio de las estrategias personalizadas y distanciadas, los hombres se vuelven primero hacia sí mismos, buscando como lo hacen reconocimiento de su mérito individual, promoción, salarios, plan de *carrera*."¹⁶

Así, este trabajo propone retomar las aportaciones de varios de los modelos incluidos en este último grupo, sobre todo las que ofrece B. Alexander en cuanto al modelo adaptativo y S. Peele con respecto a la relevancia del estilo de vida, todo lo que sirve de fundamento a la propuesta de la promoción de la salud, que en este texto se destaca como estrategia de respuesta.

¹⁵ SAUVAIN, 2000, p. 194.

¹⁶ LIPOVETSKY, 1994, p. 186.

4.2 Abstinencia o consumo, motivaciones y factores que intervienen

Los diferentes estudios que se han realizado en las tres últimas décadas señalan que las motivaciones acerca del consumo de sustancias adictivas, como las de otros comportamientos, no se agotan en lo que conscientemente liga el consumidor a los efectos que percibe luego de la administración de esas sustancias. De darse este último caso, éstos se sintetizarían en las propiedades farmacológicas de estimulación, depresión, alucinación que se supone debe provocar una sustancia específica en un consumidor. Esta motivante del efecto esperado, de alto contenido racional, puede considerarse como de auto-prescripción o terapéutica ya que, si bien no es controlada por un médico, el usuario intenta subsanar algún tipo de carencia mediante el consumo de la sustancia. Así, el uso de cocaína debería ligarse a un deseo de estimulación, de elevar la resistencia o dejar de lado el cansancio; el de la heroína, al olvido y la ensoñación.

Pero, cada vez es menos frecuente la utilización de una sola sustancia por los consumidores, la gran mayoría de los cuales, tanto en nuestro país como en el mundo, combina varias, ya sea de manera simultánea o secuencial, en un mismo episodio o en diferentes situaciones, según lo que desea (o está disponible) en ese momento. Además, esta simple relación causal no es suficiente para explicar el consumo de drogas que se presenta rodeado por una gran diversidad de factores de predisposición y motivantes inconscientes personales y otros que el grupo social propone y la representación social refuerza, y que se combinan, generando expectativas que se suman con los factores de riesgo, presentes en cada caso. En esta línea se encuentra el análisis de B. J. Becker (1997) de factores de riesgo y protección individuales, interpersonales y contextuales, que le sirven para señalar el rango de probabilidad de consumir sustancias adictivas ilegales. A pesar de la complejidad del modelo, en el que interviene un gran número de variables, no consigue llegar a una determinación precisa, sino que plantea rangos de posibilidad.

Adicionalmente, en ocasiones, todos estos factores actúan en forma de que la organización de la vida entorno a la búsqueda, obtención y administración de la o las drogas, el proceso ritualizado del consumo, parece ser más relevante que el efecto de las sustancias en sí, como ya hemos comentado. Esto se observa cuando, ante la

imposibilidad de obtener la sustancia que acostumbra consumir, el usuario la sustituye por otra, la que en ocasiones posee efectos farmacológicos opuestos a la primera. En algunos casos esta sustitución mantiene la vía de administración, sobretodo cuando se trata de la inyección intravenosa o la inhalación, ligadas a una serie de sensaciones específicas; pero puede darse también en otros casos.

Por eso, para comprender el consumo de drogas en un grupo social, es necesario concebir esa copresencia simultánea de una pluralidad de elementos, a la par que la expresión de esta multiplicidad de variables en cada caso específico. Todo ello es lo que hace tan difícil llegar a la definición del uso de drogas en general y del consumidor en particular. Pero, como afirma D. Vereen, "la gente consume drogas por una amplia variedad de razones. La más importante de ellas es porque las drogas los hacen sentir bien."¹⁷ Esa gratificación que se encuentra en el consumo de sustancias, al menos como efecto inmediato, es una de las motivantes que con frecuencia se deja de lado y que es suficiente para mantener el vínculo entre una persona y una sustancia para que se genere un proceso de adicción. Sin embargo, la población no experta la tiene muy en cuenta, como lo reportaron las mujeres entrevistadas por J. Mora et al (1995) en una colonia popular de la ciudad de México, el mayor porcentaje de las cuales afirmó que su familiar o pareja usaba la sustancia de su preferencia porque *le gustaba*.

Entre los intentos de identificación de factores de predisposición o riesgo deseamos destacar aquéllos que se incluyen en el modelo adaptativo de B. Alexander, ya analizado, y que interpretan la dependencia como una búsqueda de definición de identidad. Esto lo estudió T.L. Anderson (1998) en las mujeres jóvenes de Estados Unidos, en las que observó que para ellas el consumo y la adicción representaban un rasgo de identidad ligado con la transgresión. Por eso, estas jóvenes no elegían utilizar, primordialmente, medicamentos psicoactivos, ya que este tipo de consumo entraría dentro de lo esperado para su género (C. Millé del García Liñán, 1990c), como lo demuestra también lo indicado por A. Gorecny, de que las mujeres reciben el 70 por ciento de todas las prescripciones de estas sustancias en Estados Unidos. Por lo mismo, T.L. Anderson señala que el inicio en el uso de drogas puede relacionarse con

¹⁷ VEREEN, 1999, p. 4.

situaciones de insatisfacción en cuanto a la identidad, que promovieron una reacción ante la imposición por parte del contexto de identidades de género que no les satisfacían, en un intento de retomar el control personal sobre la definición de sí.

Dentro de esa misma expresión de las funciones adjudicadas socialmente al consumo de sustancias adictivas, tanto M. Hopenhayn como G. Lipovetsky enfatizan dos que en este trabajo consideramos como especialmente importantes: por una parte el deseo de escape de una estructura social que no brinda lo que el individuo requiere; y por la otra la búsqueda de pertenencia, o la de superación de las capacidades individuales. Así, para G. Lipovetsky: "La droga es el aguafiestas del modelo ideal del sujeto productivo, analítico y de rutinas que no son quebradas por dudas existenciales, desfallecimientos anímicos o debilidad de las convicciones. Pero también es el otro extremo, el de la sobre funcionalidad no permitida por las reglas del juego: anabólicos en deportistas, anfetaminas y cocaína en empresarios y estrellas de la televisión."¹⁸

En cuanto a M. Hopenhayn: Coexisten "dos tendencias contradictorias vigentes en la época del posdeber, una tutelar, rígida, hiperprotectora; la otra se dedica a fijar umbrales, límites, reglamentaciones. Por ser antinómicas, esas dos lógicas cohabitan y con toda verosimilitud seguirán orientando más o menos conflictivamente el porvenir de las democracias contemporáneas."¹⁹

1. Factores de riesgo, predisposición y protección

Al hacerse obvio que los marcos de comprensión que suponían una relación directa y determinante entre la causa y el efecto, la adicción, eran demasiado simplistas, comenzó a darse mayor relevancia a detectar los elementos que, al converger en una misma situación o persona, contribuían a la aparición, o el inicio de los trastornos y problemas, denominándolos factores de riesgo. Algunos autores acentúan la fluidez y falta de determinación de estos factores denominándolos de predisposición, pero todos se relacionan con elementos que, al estar presentes, elevan la posibilidad de que una persona haga un consumo intenso de sustancias adictivas y desarrolle dependencia a ese consumo. Así, cuantos más de estos elementos se encuentran presentes, más probable es

¹⁸ HOPENHAYN, 2000.

tal consumo. Estos factores pueden provenir de las mismas áreas que hemos señalado en las explicaciones de los modelos teóricos: de las características fisiológicas o psíquicas del individuo, de rasgos de los grupos con los que interactúa, de propiedades de la sustancia específica que se utilice o de la combinación de las mismas, o del ambiente físico o sociocultural en que se desenvuelve. A estos elementos que acercan la posibilidad del consumo y de la adicción se opondrían, según algunos autores, aquéllos que hacen menos probable la experimentación, el inicio del consumo y el desarrollo de la dependencia y que son denominados factores protectores.

Esto también es puesto de relieve por E. Becoña, en su comentario acerca del modelo de Calafat et al (1992), en el que se observa toda una red de factores tanto de riesgo como de protección, que no pueden incidir directamente sobre la decisión acerca del consumo, sino que son tamizados, obstaculizados o potencializados al actuar en relación con la "coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso de tiempo libre, la relación con los padres, con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo."²⁰

Existen algunos elementos que se encuentran presentes en todas las interpretaciones como factores de riesgo o de predisposición, como son la alta disponibilidad de sustancias adictivas y los patrones de consumo frecuente y aceptado por el grupo social. Adicionalmente, también la mayoría de esas interpretaciones destaca algunos factores de índole individual, tales como los factores biológicos, o tipos de comportamiento, que están vinculados con el inicio del consumo de sustancias o con el desarrollo de la dependencia. Pero es preciso distinguir de estos elementos las *condiciones de riesgo* que "son circunstancias generalmente conocidas que afectan en el estado de salud (por ejemplo, pobreza, aislamiento, desempleo, condiciones ambientales y viviendas deficientes) y sobre las cuales los individuos tienen control directo limitado."²¹ También pueden considerarse condiciones de riesgo, que predisponen al consumo, los eventos críticos que irrumpen en un contexto familiar o comunitario en el cual existían ciertas normas o patrones de conducta definidos y aceptados, y hacia los cuales, por su misma

¹⁹ LIPOVETSKY, 1994, pp. 107- 108.

²⁰ BECOÑA IGLESIAS, 1999, p. 203.

aparición repentina, no existen mecanismos para enfrentarlos. Esto puede darse en la familia debido a la muerte del cónyuge o los padres, la pérdida del trabajo o del patrimonio familiar, o un divorcio que no fue planeado ni anunciado a los hijos. También puede deberse a un cambio de domicilio, sobre todo si se trata de otra ciudad o diferente país, y no se conocen suficientemente las reglas de comportamiento o no se tiene un grupo de adscripción en el nuevo contexto.

En cuanto a los factores de protección no pueden concebirse únicamente como lo opuesto a los de riesgo o predisposición. En efecto, no sólo su peso específico es determinado por la representación social, como analizaremos a continuación, sino que también algunos de los factores de protección se separan de su papel de oposición al riesgo, para no sólo servir de obstáculos que impiden el desarrollo de un problema (en nuestro caso la dependencia) y adquirir una dimensión propia, que emana de su tendencia hacia la salud. Este cariz positivo de la conceptualización de los factores protectores es el que los hace especialmente importantes para los programas que intentan la promoción de la salud: la autogestión comunitaria para la elevación de la calidad de vida, según definiciones y metas percibidas por la misma comunidad.

Diversos estudios han detectado factores protectores que se hallan presentes, aunque en diferente medida, en quienes se abstienen o sólo han utilizado sustancias adictivas experimentalmente, sin intoxicarse gravemente. Éstos son elementos que emanan de una interrelación positiva entre el sujeto y su entorno, que permite el crecimiento personal y el desarrollo comunitario:

El primero es el compuesto por los lazos de vinculación positiva o las redes de apoyo y afecto que el individuo percibe en la interacción con su familia, el grupo de amigos y la comunidad.

El segundo, sentirse parte de esos grupos, compartiendo con los demás miembros creencias y valores, así como que existan en ellos normas claras y consistentes, que sean respetadas por asumirlas como adecuadas.

El tercero está compuesto por el conjunto de habilidades y capacidades individuales que permiten resolver los problemas y las situaciones frustrantes, dolorosas o tensionantes con asertividad y confianza en sí mismo...

²¹ Grupo de Trabajo sobre Estrategias de Salud de la Población. 2000. *Hacia un entendimiento común*. En: *Salud de la Población*. Health Canada, OPS-OMS, Washington, p. 48.

A estos factores protectores se suman los que provienen del contexto sociocultural, facilitando y motivando la posibilidad de expresión y de desarrollo de la creatividad. Éstos favorecen la percepción de autoestima, ya que se es reconocido como un elemento valioso y útil en los grupos de los que se forma parte.²²

Se trata de factores que promueven la vinculación positiva con el entorno, facilitando la generación de marcos de pertenencia en los que es posible la percepción de autocontrol personal, elementos cuya carencia hemos destacado como propiciadora de las manifestaciones de dependencia. Como veremos en el próximo capítulo, las intervenciones que pretenden enfrentar las dependencias parten de un análisis minucioso de los factores de riesgo y protección presentes en la comunidad delimitada como población objetivo. En los últimos años, como también analizaremos, se ha dado especial atención a los factores protectores, debido a que se parte de una definición de la salud integral como meta, y son los más indicados para aproximarse a la misma.

2. Representación social, marco para la definición de riesgo y protección

La representación social del grupo, sus expectativas positivas o negativas hacia el consumo de sustancias adictivas, pueden generar tanto el rechazo, bloqueo o negación de los problemas, como favorecer su atención o control. Como hemos analizado en otros trabajos (M.E. Castro y C. Millé, 1997), la representación social hace que la interpretación o el límite entre un factor protector y uno de riesgo no sean precisos, sino que cada comunidad le otorgue su papel. De esta forma, elementos que podrían ser considerados de riesgo para los niños, como las familias monoparentales o el divorcio de los padres, en múltiples ocasiones representan un factor de protección; su definición depende de cómo el entorno social acepte o estigmatice esa forma de integración familiar; además de cómo la vivan los adultos.

Tomemos como ejemplo dos intervenciones que partan de una misma propuesta básica: posponer la edad de inicio del consumo de sustancias adictivas. Los estudios de evaluación demuestran que, cuando la intervención se dirige al consumo de tabaco, se obtienen resultados significativos en poblaciones en las que predomina el rechazo de la

²² CASTRO y MILLÉ, 1997.

costumbre de fumar tabaco, aun entre los fumadores. Por el contrario, cuando esas mismas intervenciones, siguiendo una metodología similar, se dirigieron al consumo de bebidas alcohólicas, hacia el cual existen posiciones contradictorias o falta de precisión en las mismas, los resultados disminuyeron marcadamente (J. M. Moskowitz, 1999).

Por otra parte, la dificultad de concebir lo positivo (la protección, la salud); mientras que se da mayor relevancia a lo negativo (el riesgo, la enfermedad), también se basa en representaciones sociales. Esto ha sido analizado en diversos estudios llevados a cabo por la corriente de psicología social que encabeza Sergio Moscovici. En los realizados por W. Doise y colaboradores (1992) se evidenció que para la población estudiada resultaba prácticamente imposible hablar de salud, si no era comparándola con su polo opuesto, la enfermedad. Esta información, recopilada en Francia, pudo ser refrendada en México, mediante un estudio (C. Millé, 1997) acerca de la representación gráfica de la prevención de las adicciones a sustancias ilícitas; un amplio porcentaje de los carteles propuestos a un concurso se refirió a la muerte o la destrucción del adicto, a pesar de que la convocatoria solicitaba imágenes de formas de vida positivas. Otro tanto sucede cuando, aún si en la presentación de las intervenciones se habla de factores protectores y de promoción de la salud, las acciones concebidas y su evaluación se centran en los factores de riesgo y en la disminución del daño.

En la formación de la representación social están interviniendo permanentemente una serie de estímulos, entre los que los mensajes emitidos por los medios de comunicación representan un papel decisivo. Así, no sólo los documentales y noticieros alimentan esa formación, al tematizar situaciones que pasan a ser objeto de la atención y del acervo de conocimientos de la parte de la audiencia que percibió el programa con interés; sino también los programas de ficción (telenovelas, series, *films*), que reconstruyen lo que aceptamos como la vida privada de distintos sectores de población (C. Millé, 1999). En estos mensajes, quizás para darles mayor atracción para el público, destacan formas de comportamiento poco frecuentes como si fueran usuales. Esto ha sido analizado en Estados Unidos en cuanto al consumo de sustancias adictivas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (psicofármacos y drogas comercializadas a través del narcotráfico), demostrándose que existe una marcada sobre-exposición del uso de tales sustancias por

parte de los personajes de esos mensajes, comparándolos con los datos de investigaciones realizadas en hogares estadounidenses.

En el caso de las sustancias lícitas, estos mensajes podrían estar respondiendo a la inserción de publicidad encubierta, que las empresas pagan para que aparezca su producto. Pero éste no puede ser el único motivo, ya que lo mismo sucede con las drogas ilícitas, para las que las oficinas de relaciones públicas no trabajan de forma tan clara. Esta sobre-exposición alimenta la representación social de que el consumo de sustancias adictivas es un patrón de comportamiento generalizado y aceptado socialmente, lo que puede facilitar el inicio de la utilización de drogas, para sentirse parte de lo que los demás hacen. La percepción del consumo como más frecuente que lo que señalan las encuestas se ha evidenciado en estudios realizados en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría, en población estudiantil, en los que los adolescentes afirman que ni ellos ni su grupo de amigos consume drogas, pero creen que los demás de su grupo generacional sí lo hacen (J. Villatoro, 1997 y 2001).

También los mensajes publicitarios inciden en la representación social que define el comportamiento adecuado en sociedad. En efecto, aun si cada anuncio intenta promover el uso de un producto específico, a la par, está fortaleciendo la formación de un comportamiento ligado a la búsqueda de satisfactores externos. El individuo, así, olvida su capacidad de modificar su entorno y actuar sobre la realidad, para aceptar al medio como intérprete de la experiencia y proveedor de referencias acerca del mundo. Adicionalmente, los productos ofrecidos sirven de vehículos para la identificación grupal y la construcción del sentido de pertenencia. Por último, el acto de compra pasa a ser un satisfactor en sí, para quienes encuentran en el ir de compras un escape a la ansiedad y la solución de sus estados de ánimo (C. Millé, 1993).

La representación social sirve de fundamento para la construcción, mantenimiento y modificación de las normas sociales, entre las que nos referiremos a las relativas al consumo de sustancias, tanto las formalizadas en reglamentaciones y códigos como las implícitas y observables en el comportamiento de diferentes grupos sociales. Un ejemplo de ello se hace evidente en la situación en cuanto al consumo de la marihuana, en EUA. Desde 1992, se ha experimentado una tendencia de incremento en la

utilización de esa sustancia entre los adolescentes y jóvenes de ese país, que revierte el descenso que se produjo en la década anterior. Este incremento se presenta junto con una disminución en la percepción del riesgo, mientras que la disponibilidad de la sustancia se ha mantenido prácticamente estable, desde hace más de 15 años. Por lo mismo, investigadores estadounidenses como D. Vereen (1999) concluyen que la percepción del riesgo, ligada a las normas sociales, se relaciona directamente con la utilización de drogas de una manera más significativa que las variaciones en la disponibilidad. Por consiguiente, para evitar la iniciación del consumo, sería más importante trabajar en cuanto a la percepción de riesgo que en la lucha contra el tráfico.

Como vemos, los abordajes de control o enfrentamiento no sólo deben tener en cuenta los factores que inciden de manera directa en el consumo, presentes en el individuo, su familia y comunidad, sino también esas definiciones de sentido común, que nacen del *saber de trasfondo*, como son las representaciones sociales, que pueden facilitar o impedir la obtención de los resultados planteados. Pasaremos a considerar los diferentes abordajes que se han desarrollado para hacer frente al consumo de sustancias adictivas y las dependencias.

4.3 Abordajes de enfrentamiento al consumo de sustancias adictivas

La definición del consumo y la dependencia a sustancias adictivas como producto de la interacción de una multiplicidad de factores, según acabamos de considerar, hace inevitable que los abordajes que pretenden enfrentarlos posean esa misma multifactoriedad. Así lo señalamos en diferentes trabajos, partiendo de una ya tradicional definición de los modelos de abordaje, presentada por H. Nowlis a mediados de los 70, que los diferencia en ético-jurídicos, médico-sanitarios, psicosociales y socioculturales.²³ Estos cuatro modelos inciden en diferentes elementos y sólo la

²³ *Ético-jurídico*, que pone el énfasis en los controles formales o reglamentaciones y la comercialización de las sustancias, tanto en la producción como en la distribución; así como en la seguridad pública. *Médico-sanitario*, que coloca el acento en las medidas clínicas y asistenciales que permiten la curación del enfermo farmacodependiente.

planificación coherente, permanente y coordinada de las acciones puede obtener los resultados deseados. La evidente lógica de esta afirmación no simplifica su implantación, que se complica debido, precisamente, a las múltiples áreas responsables de acciones relacionadas con las dependencias, su planificación y operación. Puede convocarse a todas las partes interesadas, pública y privadas; pueden sus representantes participar en la elaboración de planes y programas y avalar sus contenidos, como se ha venido haciendo en México desde 1985; pero todo ello no equivale a lograr que trabajen congruente y coordinadamente.

Así, a lo más que se ha llegado en nuestro país es a que cada sector, dependencia u organización declare cuáles son sus compromisos y reporte sus avances. La precisión de tales reportes es cada vez mayor, dado que desde 1998, como me tocó coordinar, se elaboraron y consensaron entre los principales actores unidades de medida para la cuantificación de las metas, dentro de líneas de acción amplias, planteadas ambas por el organismo coordinador de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Trimestralmente cada Consejo Estatal y organismo público y privado que es miembro de ese Consejo Nacional presentaba los avances en la ejecución de las acciones y CONADIC compendia informes también trimestrales. Los que se referían a las sustancias ilícitas se remitían al Centro de Planeación para el Control de Drogas, órgano de la PGR encargado del seguimiento de la política nacional de *Combate a las Drogas*, que centralizaba la información tanto del control de la oferta o disponibilidad de esas sustancias (su actividad específica), como de la reducción de la demanda o consumo, ámbitos de acción de las Secretarías de Salud y Educación Pública.

Las acciones de reducción de la demanda son incluidas dentro del ámbito médico, como consecuencia del predominio del modelo que concibe las adicciones como enfermedad. Por lo mismo, la gran diversidad de actividades que se desarrollan en esta área se engloban en una clasificación según tres niveles de prevención: primaria, secundaria y

Psico-social, que realiza las actitudes sociales y las características de personalidad como las de mayor significancia.

Sociocultural, que presupone que el ambiente y los valores de una sociedad son los que coartan o fomentan el desarrollo de la farmacodependencia.

MILLÉ DE GARCÍA LIÑÁN, 1990b, p. 117.

terciaria.²⁴ La prevención primaria abarca medidas que tienden a evitar la aparición de los problemas, en personas que no han llegado a tener contacto con las sustancias adictivas, o cuyo consumo es sólo experimental, esporádico o social, en el caso del alcohol, y no provoca problemas de consideración, puesto que el consumidor tampoco llega a una fuerte intoxicación.

En cuanto a la prevención secundaria, algunos textos (A. Bradley, 1997; J. Ruiz Fernández, 1998, U.S. Bureau of Justice, 1990) indican que se trata de las acciones que se dirigen a evitar la agudización de los problemas, la reducción del daño o de los riesgos asociados al consumo (como por ejemplo, las medidas de reemplazo de jeringas a quienes consumen sustancias por vía intravenosa, o los programas de *bebedor designado* para evitar accidentes de tránsito entre consumidores de alcohol). Otros autores, como A. Blanco Abarca, además de estas acciones, incluyen entre las medidas de prevención secundaria el tratamiento de los adictos: "Cuando el problema ya ha aparecido puede actuarse bien para retardarlo y evitar que se desarrolle, bien para evitar recaídas. Estamos entonces ante la prevención secundaria. Las medidas más habituales en este nivel preventivo se refieren al diagnóstico precoz y a un tratamiento adecuado del problema... si actuamos para impedir la cronificación del problema y contra las posibles secuelas que el mismo puede originar, nos movemos dentro de la prevención terciaria... sobre todo la rehabilitación son sin duda las acciones más eficaces."²⁵ Para otros, todo la atención de la dependencia implica un proceso de rehabilitación, cuyas acciones corresponden a la prevención terciaria.

Aceptar la inclusión de las acciones relativas a las dependencias desde esta clasificación médica parece que evita la necesaria importancia de los componentes socioculturales. Además, al definir la postura de este texto dentro de las que emanan de los modelos integrativos, la noción de prevención resulta insuficiente. Por eso, preferimos unirla al abordaje de promoción de la salud desde el que se facilita, como veremos en este mismo texto, cubrir una amplia gama de actividades educativas, ocupacionales, comunicativas,

²⁴ Se ha optado por la definición tradicional en tres niveles de la prevención, debido a que es la utilizada por la mayoría de los textos de apoyo de Promoción de la salud, que contemplaremos en el siguiente capítulo. En el Glosario de este trabajo figuran también las definiciones de la prevención universal, selectiva e indicada, por la que optan varios de los textos más recientes.

²⁵ BLANCO ABARCA, 1992, p. 59.

recreativas y ambientales, que exceden lo estrictamente médico para concebirse desde una perspectiva de bienestar o desarrollo social. Así fue concebido, por ejemplo, en la estructuración del gobierno del Distrito Federal, en el periodo de Cuauhtémoc Cárdenas, en el que la dependencia encargada de las adicciones quedó en la estructura de la Secretaría de Desarrollo Social, aun después de que ésta se desprendiera de las áreas relativas a la atención de la salud.

En este texto, sin reducir la importancia que poseen el tratamiento y rehabilitación de los adictos, así como la atención de los problemas que se asocian con el consumo, destacaremos las acciones que se vinculan con los aspectos socioculturales, con la forma de estructurarse de la sociedad actual, y con la integración de la identidad personal del sujeto que, como hemos considerado en los dos primeros capítulos, propician el desarrollo de dependencias.

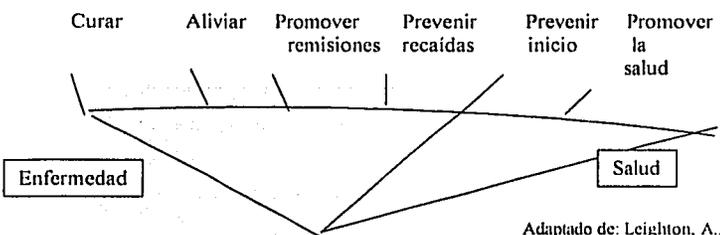
Así, consideraremos a continuación específicamente las condiciones a tener en cuenta para que la promoción de la salud pueda incidir en el cambio social, y que tal modificación repercuta en el grupo comunitario y en el sujeto, para hacer posible la integración de condiciones de vida que les resulten más satisfactorias. Al elevarse la calidad percibida de vida, la auto confianza y el locus de control interno, el individuo y la comunidad desarrollan los elementos que permiten fortalecer la independencia, la libertad, sin sentir las como una carga, sino asumiéndolas de manera que no requieran desarrollar procesos de dependencia y falta de autonomía, dentro de la antinomia que hemos ido siguiendo desde el inicio de este trabajo. En consecuencia, partiremos de las condiciones con las que deben cumplir los abordajes, fundamentándose en el planteamiento que acabamos de definir y señalando porqué sería imposible que tales condiciones fueran brindadas desde un enfoque de prevención primaria. Por el contrario, la promoción de la salud da las bases para generar respuestas a esas condiciones, como analizaremos en el capítulo siguiente.

Capítulo 5. Promoción de la salud, estrategia de re enraizamiento

En estas últimas décadas, al predominar la copresencia de polos conceptuales, de antinomias, resulta imposible definir uno de sus polos como la meta hacia la cual trazar un camino. De la incertidumbre que resulta, se genera un fatalismo negativista, por el que parecería que todo se ha hecho, que no existen cambios ni mejoras posibles para la sociedad, forma de pensamiento que en ocasiones acompaña la definición de nuestros tiempos, junto con el fin de la historia o la obsolescencia de los principios legitimadores. Si bien ese supuesto *impasse* puede ser detectado en las manifestaciones artísticas, en cuanto a la escasez de corrientes novedosas o de vanguardia, en lo relativo a la vida cotidiana y a la estructuración de la sociedad se perciben manifestaciones de cambio, que evidencian el proceso de re enraizamiento en curso. Entre estos cambios figuran las nuevas redes y otras formaciones sociales, así como las dependencias de diverso tipo. Asimismo, la promoción de la salud se ofrece como un posible camino hacia una vida más satisfactoria.

Así, la perspectiva de la promoción de la salud brinda un marco conceptual y operativo que tiende hacia lo positivo, como foco de arrastre a la tarea creativa de imaginar una sociedad y un tipo de convivencia que utilicen los recursos tradicionales y los nuevos para diseñar formas de vivir en las que se construyan marcos de pertenencia y vías de sentido. Si ve entonces como abordaje de respuesta, que da cabida a un proceso de re enraizamiento con connotaciones positivas para el conjunto social y sus miembros. Ubicaremos a esta estrategia siguiendo el esquema planteado por Leighton (1988):

Gráfica 5.1. El espectro de actividades en salud



Adaptado de: Leighton, A., 1988.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En esta representación encontramos los mismos elementos que habíamos planteado en el capítulo anterior para las acciones que emanan de los niveles de prevención terciaria, secundaria y primaria. A ellos se agrega la promoción de la salud que, como se observa, ya no guarda relación directa con la enfermedad, y por lo mismo trasciende el coto de lo exclusivamente médico. Como veremos, las definiciones más recientes del término salud abarcan diferentes áreas de aplicación y ámbitos de la vida, lo que implica que tender a la salud equivale a movilizar a la sociedad hacia la definición y obtención de condiciones de mayor desarrollo personal y social. Por lo mismo, exige la eliminación de la adscripción única de lo relativo a la salud a la estructura médica.

En algunos países, entre los cuales Canadá y Australia son los ejemplos más notorios, la salud está siendo utilizada como meta de las funciones del Estado, para el desarrollo social y el bienestar de la población. Pero, al ampliarse su definición, la salud puede convertirse en un concepto inespecífico, de manera que las acciones desarrolladas para alcanzarla no puedan ser adjudicadas a ningún área y la operación pueda perderse en una maraña de sectores y organizaciones de distinto tipo. En efecto, en el caso de las dependencias, tener que demostrar que se sigue trabajando para que no se desarrollen, si bien los proyectos y acciones específicas no las colocan como meta directa, sino que los resultados alcanzados se desprenden de la obtención de otros logros, puede entrañar problemas para la adjudicación de fondos y la adscripción a un marco institucional preciso. Para hacer frente a tales objeciones deberíamos reiterar lo que analizamos en este trabajo, señalando que es imposible escindir el consumo de sustancias y las adicciones del resto de los rasgos de comportamiento con los que se encuentran indisolublemente unidos, por ser reacciones de re enraizamiento, frente a las condiciones que se presentan en la sociedad y sujeto actuales.

Por lo mismo, es indispensable trabajar sobre la serie de factores descritos como relacionados con el desarrollo de las dependencias, y que provienen de la forma de vivir y de ser en la época actual. Simultáneamente, desde la medicina y las disciplinas con las que ésta se relaciona, se continúa desarrollando el trabajo de prevención secundaria y terciaria que se dirige a atender la enfermedad (como se observa en la gráfica); así como las medidas de prevención primaria específicamente relacionadas con el tema, y que tienden a retrasar el inicio del consumo o impedir su aparición. Como se ha demostrado en numerosos estudios

de evaluación, la acción coordinada y coherente en todos los segmentos que acabamos de señalar es la que mejores resultados alcanza.

Analizaremos, en consecuencia, lo que se entiende por promoción de la salud, cuáles son los conceptos en los que se fundamenta, para pasar luego a describir las características más relevantes de las intervenciones.

1. Antecedentes de la promoción de la salud: Prevención primaria y Educación para la salud

Como acabamos de señalar en la gráfica 5.1, la estrategia que se encuentra más cercana a la promoción de la salud es la prevención primaria. Sin embargo, ésta ha demostrado ser insuficiente para superar los obstáculos que se elevan ante los intentos de propiciar condiciones de bienestar en las que los miembros de la comunidad encuentran respuesta a la incertidumbre, a través de la definición de sentido y propósito para su vida. En efecto, partir del término de *prevención* ya lleva implícita la idea de enfermedad, puesto que las acciones que se definen desde ese marco se conciben como impedimentos a su desarrollo, y por lo mismo, suponen su existencia. Para poder actuar creativamente en la búsqueda de respuestas adecuadas a las características novedosas de nuestros tiempos, es preciso intentar hacer a un lado esa carga negativa que el concepto de enfermedad posee, para dirigirse hacia la obtención de la *salud*.

La prevención primaria es una estrategia a la que ha comenzado a otorgarse más relevancia en las últimas décadas. En nuestro país, el Programa del Reforma del Sector Salud 1995-2000, por ejemplo, la menciona como prioridad, en el entendido que resulta siempre más provechoso evitar que algún problema se desarrolle, que tener que aliviar los daños que provoque. Las acciones típicas de esta estrategia serían las de la vacunación, en el caso de las enfermedades para las cuales se ha encontrado una vacuna eficaz; o la promoción de medidas de precaución específica, que evitan la exposición a riesgos, limitan éstos, o proporcionan protección, si son seguidas adecuadamente.

En cuanto a las dependencias, no sólo no existe tal vacuna, sino que son tan numerosas las situaciones y factores de riesgo, que sería imposible llegar a medidas tan concretas como

hervir agua y cocer alimentos en el caso del cólera, salvo si se propusiera la abstinencia, que en muchos contextos, en los que la utilización de sustancias adictivas es ampliamente aceptada, es imposible de lograr.

Esas intervenciones preventivas tradicionales, que se dirigen a proporcionar instrumentos para que la población consiga anular o disminuir los factores de riesgo o elementos propiciadores de la aparición de la enfermedad, se incluyen entre las que textos especializados denominan *evitativas*, dirigidas predominantemente al individuo y en las que no se estimula la participación de éste, sino que se controlan los peligros o daños a través de elementos externos. Por lo general, no se da suficiente relevancia a los hábitos personales y sociales ni al contexto en donde se desarrollan, por lo que no llegan a enfrentar los elementos que hemos puesto de relieve como importantes para la generación de las dependencias.

Dentro de los abordajes que se incluyen en la prevención primaria se encuentra la *educación para la salud*, a través del cual se brinda información y se promueven prácticas de vida saludable. Sin embargo, el término *educación* se liga a menudo a procesos verticales, en los que un órgano o especialista, que maneja el conocimiento actualizado y científico, lo transmite a un grupo de población, dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Por lo mismo, si se desea elevar la capacidad de autocontrol del sujeto y de autogestión de la comunidad, los procesos educativos pueden ser parte, pero no representar el único abordaje de la estrategia planteada.

2. Difusión de información, ¿motor de cambio?

En cuanto a los problemas con mayores implicaciones sociales, pero que repercuten en daños en la salud, como son las adicciones, los primeros proyectos preventivos definieron la información como la *vacuna* más adecuada, suponiendo que, si el individuo conoce los daños que le ocasiona el consumo de drogas, no las utilizará. Este tipo de proyectos, que aún se sigue desarrollando, ha sido denominado de *educación sobre drogas*, y puede alcanzar resultados positivos cuando la población se encuentra sensibilizada, tiene una motivación positiva hacia lo que se le informa, y reconoce que se enfrenta con un problema y que los datos le proporcionan una forma de hacerle frente.

Nuevamente, esto se facilitaría si pudieran describirse pasos sencillos, de fácil comprensión, *recetas* cuya aplicación no fuera en contra de las creencias o costumbres de una comunidad. En el caso de algunas enfermedades, como el dengue, las campañas informativas han alcanzado buenos resultados en las comunidades mexicanas afectadas. Sin embargo, cuando se trata de problemas con fuertes connotaciones valorativas, como son las adicciones y también el SIDA, la información, aún la actualizada, adecuada a la población a la que se dirige y sustentada científicamente, ha demostrado no ser suficiente. Como afirman Claudia Infante y sus colaboradores, la información brindada acerca de las características del padecimiento, por ejemplo, puede no ser considerada *significativa*, “es decir relacionada con antecedentes de experiencia o de conocimientos que nos permitan darle un significado personal (y así dar lugar a la motivación y al cambio)... Por ello, en los programas..., es necesario hablar de sus significados, de los valores que subyacen, de conocimientos que anteceden para poderlos interpretar, así, como de infraestructura mental y recursos para cambiarlos.”¹

Impactar en lo significativo puede servir de detonante para que una comunidad propicie y gesticule el cambio. Por el contrario, la sensación de impotencia ante un problema que no se consigue comprender y la imposibilidad de detectar recursos que le hagan frente, debilita la capacidad percibida de autogestión. Cada individuo parece encontrar la seguridad personal o familiar recluyéndose en su hogar o incrementando las medidas de control hacia niños y adolescentes, con lo que también se incrementan los conflictos intra familiares; se estigmatiza a algunos individuos o sectores a los que se les adjudica la culpa de la situación o problema; y se debilita la pertenencia y cohesión comunitaria. Por otra parte, es preciso recordar que la misma vida social no sólo propicia las dependencias, sino muchos otros patrones de comportamiento y estilos de vida que deterioran la salud y que representan en ocasiones la única opción que el sujeto percibe como accesible para sobrevivir.

Los aspectos a los que acabamos de referirnos están directamente influidos por la representación social predominante. Así, como se señala en la Gráfica 5.2, los conocimientos acerca del tema, la información que circula por los medios de comunicación,

¹ INFANTE et al, 2000, pp. 164-165.

la observación de los casos de dependencia en el contexto, la experiencia personal de los efectos, son elementos que inciden en la toma de decisiones acerca de consumir o abstenerse de utilizar una sustancia. Todos estos elementos intervienen en la toma de decisiones racional, que sopesa los posibles efectos adversos y las gratificaciones y beneficios esperados, hace un juicio y actúa razonadamente en consecuencia. Pero esto sucede sólo en pocas ocasiones, sobretudo cuando la decisión se refiere a situaciones trascendentes: la compra de un inmueble, la elección de la carrera. Lo que predomina en la toma de decisiones cotidiana, y que se hace presente aun en los casos que acabamos de mencionar, es que nos dejamos llevar por el deseo, la inercia de lo que hacen los demás, o las expectativas que nos hacen suponer qué es lo que todos hacen, qué se define como grato.

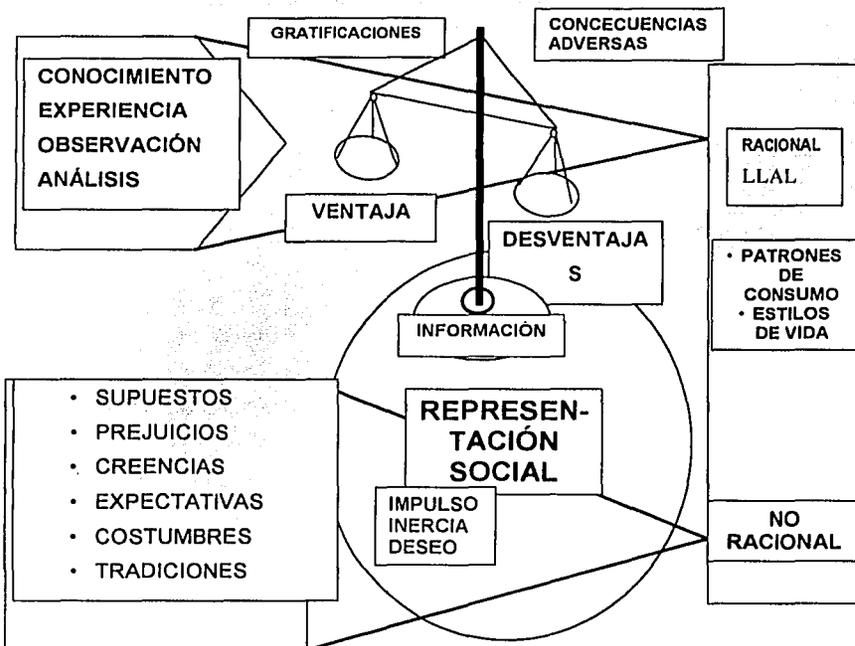
Por otro lado, cualquier decisión se toma desde los antecedentes de los patrones de comportamiento anteriores, integrados dentro del estilo de vida personal y del grupo al que se desea considerar como propio, lo que estaría ligado con esa inercia y ese deseo que ya mencionamos. Son pocos los comportamientos que se llevan a cabo sin expectativas positivas o negativas acerca de sus resultados o consecuencias, tanto desde lo racional, como desde lo no racional y aún lo inconsciente. Como veremos, el estilo de vida se liga, cubre, así, todas las posibles opciones y les sirve de marco.

Por todo ello, sensibilizar a un grupo poblacional acerca de la existencia de un problema y de la necesidad de tomar acciones para superarlo, implica no sólo ofrecer datos acerca de su magnitud y características, del daño potencial a la salud, o brindar ejemplos de las consecuencias de la acción riesgosa. Esa información impacta en el control racional de la toma de decisiones, con lo que se olvida que, como indica Savater, "la tradición racionalista... no ve lo que ve".²

Por eso, los abordajes que suponen la preeminencia de las decisiones racionales presentan el inconveniente de no tomar en cuenta que la mayoría de las decisiones se toman más allá de lo racional, ya que el sujeto en el momento de actuar parte de lo que él, consciente o inconscientemente, desea recordar, observar, olvidar, además de su pulsión hacia el peligro, el riesgo, que hemos analizado en el capítulo anterior.

² SAVATER, 1994, p. 136.

Gráfica 5.2 Proceso de toma de decisiones



Como afirma A. Touraine: "Es necesario destruir una representación de la sociedad y la historia que coloca por encima de todo la idea de una sociedad racional, animada por seres razonables y liberada de una diversidad cultural ligada a la persistencia de las tradiciones, las creencias y las formas de organización locales y particulares. Y reemplazarla por la idea de la multiplicidad de los caminos y los modos de cambio, todos los cuales consisten en movilizar el pasado por el futuro, hacer lo nuevo con lo viejo y por consiguiente asociar la referencia a una racionalidad convertida en instrumental con el reconocimiento de actores definidos también por una identidad y una herencia individuales o colectivas".³

³ TOURAINE, 1998, p. 40.

Por eso, los abordajes que suponen la preeminencia de las decisiones racionales presentan el inconveniente de no tomar en cuenta que la mayoría de las decisiones se toman más allá de lo racional, ya que el sujeto en el momento de actuar parte de lo que él, consciente o inconscientemente, desea recordar, observar, olvidar, además de su pulsión hacia el peligro, el riesgo, que hemos analizado en el capítulo anterior.

Para M. Maffesoli (1990) todo lo que supera lo racional en la vida cotidiana cubre las dimensiones profundas y más amplias del ser humano. Por eso nos conmina a hacer presente otra de las antinomias que conviven con nosotros en la actualidad, la que existe entre los términos racional-no racional, y así "reducir la dicotomía, demasiado abrupta, que la modernidad estableció entre lo racional y lo sensible, entre la razón y lo imaginario", proponiendo la "hiperracionalidad, modo de conocimiento que sepa integrar todos estos parámetros que se consideran habitualmente como secundarios: lo frívolo, la emoción, la apariencia, lo que se puede resumir en el término estética. El placer de los sentidos, el juego de las formas, el regreso de la relevancia otorgada a la naturaleza, la intrusión de lo fútil, todo ello que demuestra la complejidad de la sociedad, pero más que una abdicación del espíritu, llama a un conocimiento más abierto, a una razón sensible, conocimiento que no es fácil de lograr, que exige al lector un esfuerzo."⁴

La utilización de este tipo de elementos en los abordajes e intervenciones no sólo hace más compleja su estructuración sino que demanda superar el rechazo de los profesionales encargados de ponerla en práctica, la mayoría de los cuales han sido formados para repetir los modelos en los que la decisión racional es la única que se reconoce. También exige un profundo conocimiento cualitativo de la comunidad con la que se trabaje y el reconocimiento de sus formas de expresividad, de encontrar gratificación y de interrelación. Sin embargo, darle su lugar a los elementos que van más allá de lo meramente racional no quiere decir que las intervenciones prescindan de seguir un proceso metódico en su planeación e implantación, ni de intentar obtener resultados tangibles.

Tampoco equivale a dejar de brindar información, como si aún fuera válida la recomendación de la UNESCO de mediados de los 70: "La droga, un problema que crece

⁴ MAFFESOLI, 1990, p. 11.

hablando de él." Quizás esa propuesta de dejar de lado la difusión de información era la más adecuada en momentos en que se trataba de un tema hacia el cual se había generado un gran temor y al abrirlo a la discusión, al reconocerlo como tal, al explicar los efectos gratificantes o exagerar las consecuencias adversas del consumo, se incitaba a la experimentación. Esto pudo medirse en Denver, donde una campaña de información pública sobre el consumo de sustancias inhalables difundida en eventos y en los medios de comunicación originó un incremento significativo en la utilización de esos productos por niños. Algo semejante sucedió en cuanto al suicidio, luego de una serie de programas difundidos por la televisión sueca.

Actualmente, la situación no es la misma. La gran mayoría de la población de todas partes del mundo ha tenido contacto con sustancias adictivas y con los problemas generados por el consumo, ya sea en sí mismo o en alguna persona conocida. Así, la información brindada, siempre que cumpla con las condiciones básicas, en cuanto a la credibilidad de la fuente, la adecuación de los datos a la población meta y su actualización y veracidad, es necesaria, tanto la relativa directamente al consumo de sustancias, como aquella que trata de otros temas que propician mejores condiciones de salud y bienestar. Lo que han demostrado los estudios de evaluación de programas basados únicamente en la difusión de información es que no llegan a modificar actitudes y, menos aún comportamientos. También se ha demostrado que, cuando la información acompaña las intervenciones cara a cara, cuando es transmitida con cierta permanencia y sus contenidos son coherentes con lo que se postula en tales intervenciones y con las normas y expectativas del grupo meta, se consigue elevar los resultados. Así, las estrategias informativas se consideran complementarias y apoyan las intervenciones, de manera de lograr irse introduciendo, por decantación, en las opiniones y creencias de los grupos poblacionales, y así ir modificando la representación social imperante. Esta introducción de la información en las intervenciones responde al abordaje de *alfabetización en salud*, que es considerado fundamental para los programas de promoción de la salud, como lo es el australiano. Este proceso permite ir introduciendo comportamientos favorables a la salud, a la par que se destruyen supuestos equivocados. Idealmente, esta visión realista y avalada científicamente acerca de la salud, se incorpora en guiones y producciones, tanto de programas de ficción, como en noticieros y campañas publicitarias. De esta manera, supone un equilibrio con respecto a la reiteración y el

reforzamiento de estereotipos con los que en general cargan los mensajes de los medios masivos y se puede ir profundizando ese proceso de alfabetización en salud.

5.1 Promoción de la salud, conceptos básicos

La promoción de la salud fue definida por la OMS⁵, en 1984, como "el proceso de hacer capaces a las personas de incrementar el control sobre su salud y de mejorarla"⁶, para lo cual es preciso realizar acciones de movilización de la comunidad que faciliten la "creación de un clima social favorecedor de la salud,"⁷ fundamental para el desarrollo de una vida en la que las dependencias no representen las manifestaciones más frecuentes ni relevantes del proceso de re enraizamiento para sectores amplios de la sociedad. Se asume que los sujetos tienen responsabilidad y capacidad de acción sobre su salud, pero que es preciso que se les brinden las oportunidades y elementos mínimos, asegurados por el sector público y con la participación de todos los sectores de la población. Ataño y moviliza "la vida diaria de las personas a través del mejoramiento: de sus recursos (por ejemplo económicos y sociales como las redes de apoyo social); de los ambientes cotidianos para protegerse de las enfermedades prevenibles; de los estilos de vida que incluyen conductas positivas y estrategias efectivas de afrontamiento (*coping*); y de los conocimientos que son necesarios para llevar a cabo estas estrategias."⁸

Sintetizaremos las características básicas del modelo de promoción de la salud que plantea

A. Blanco Abarca:

1. Tiene connotaciones positivas, y aparta la atención de la especificidad de las enfermedades...
2. Implica necesariamente a la población en su conjunto y dentro del contexto de su vida cotidiana, en vez de enfocarse sólo a las personas con riesgo.
3. Intenta en especial conseguir una efectiva y concreta participación de la comunidad, tanto en la definición de problemas, en la toma de decisiones, como en las medidas a emprender.
4. Se orienta hacia los estilos de vida, promoviendo habilidades personales para influir sobre los factores que determinan la salud y el bienestar...

⁵ La importancia acordada por este organismo internacional al concepto de promoción de la salud y su implantación ha sido puesta de relieve en las Declaraciones emitidas en las reuniones al efecto, sobre todo correspondientes a los Congresos Internacionales de Promoción de la Salud, desarrollados en Ottawa en 1986 y en Yakarta en 1997.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1984.

⁷ KICKBUSCH, 1996, p. 22.

⁸ INFANTE et al., 2000, p. 160.

5. Procura reforzar las redes y apoyos sociales, como determinantes de actitudes, valores y conductas significativas.
6. Se relaciona muy directamente con las condiciones de vida (vivienda, trabajo, etc.) prerrequisitos de la salud y el bienestar social.
7. Influye sobre el entorno (físico y social) para reforzar los factores favorables y modificar lo que impida estilos de vida saludables...
8. Combina actividades o enfoques diversos, pero complementarios: comunicación, educación, medidas fiscales, cambios organizacionales, desarrollo comunitario, etc.⁹

Como vemos, la promoción de la salud se dirige al desarrollo de ambientes saludables, de una relación benéfica del individuo y la comunidad con el contexto, e incluye como elementos básicos la interdisciplinariedad, la autogestión y el auto cuidado, y el fortalecimiento de las causas de la salud. Este énfasis en los elementos, capacidades y recursos que pueden utilizarse para elevar la salud no equivale a olvidar la atención de las enfermedades o la eliminación de los factores de riesgo, que deben ser enfrentados. Tampoco significa cargar al individuo con la responsabilidad exclusiva de alcanzar su propia salud, sin recibir ningún apoyo; sino que equivale a poner el acento en la generación de ese ambiente que propicie el bienestar al que aspira cada grupo social, según su propia definición.

Estos objetivos exigen medidas de gran complejidad, no por lo sofisticado de la tecnología aplicada sino, por el contrario, porque se debe cuidar de preservar la noción de gestión desde la base comunitaria, que en general es avasallada por la mera presencia de los expertos. En efecto, el proceso de institucionalización del que la medicalización de la vida cotidiana es una expresión, como hemos descrito en capítulos anteriores, hace que socialmente nos acostumbremos a depositar la toma de decisiones acerca de la salud y las condiciones de vida en técnicos sanitarios y de la administración pública. Por lo mismo, muchas de las iniciativas que afectan a las comunidades parten de supuestos que tales técnicos poseen acerca de la situación de ese grupo, en lugar de ser la expresión de sus necesidades e intereses, captados mediante observación y análisis. Una intervención de promoción de la salud, por ende, sin pretender abarcar todas las esferas de la vida cotidiana y todos los sectores y grupos que forman parte de la comunidad, facilita la formación de equipos interdisciplinarios, que no sólo se enriquecen a través de las aportaciones de cada

especialidad, sino que se fundamentan en las aportaciones de los miembros de la comunidad, además de en un profundo diagnóstico situacional comunitario. Estas dos características – verdadera autogestión y complementaria interdisciplinariedad – develan los grandes obstáculos para llevar a la práctica la promoción de la salud, de forma que todas estas participaciones comunitarias y técnicas no queden en la declaración inicial de intenciones o la definición del marco teórico, sino que se integren en cada paso de la intervención.

Es importante señalar que muchos de los problemas que en general obstaculizan el desarrollo de las acciones de promoción de la salud provienen de la imposibilidad de aceptar que la salud es la meta, en lugar del control de las enfermedades. Es por eso que algunos investigadores permanecen escépticos acerca de la posibilidad de llevarla a la práctica. Así, como señalan Claudia Infante et al, “a pesar de que ha tenido un buen desarrollo teórico y conceptual,... las intervenciones se han restringido a estrategias de educación para la salud con un enfoque de modificación de estilos de vida en lo individual, y otras modificaciones de tipo legislativo. Es decir, los ambientes sociales, económicos y políticos... no han podido ser modificados. El segundo problema concierne a la medicalización que subyace al modelo, dentro del cual todos los aspectos de la vida se determinan en función de la salud.”¹⁰

Todos estos obstáculos que se presentan al intentar aplicar estrategias que sigan el modelo de promoción de la salud permiten referirse a ella, según lo que profundizaremos en las conclusiones, como una utopía, al igual que la que A. Blanco Abarca define para su análisis de la psicología comunitaria. Para comprender la magnitud del reto que representa la promoción de la salud definiremos los conceptos básicos sobre los que se asienta.

1. Salud

En la actualidad coexisten al menos tres *paradigmas* para la comprensión de la salud, como lo señala R. Labonte (1996)¹¹: el paradigma médico, el de salud pública y el socioambiental. Éstos mismos son reconocidos también por Claudia Infante et al¹², quienes los denominan biologicista, estructural y ambientalista. A ellos, estos últimos autores agregan los de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, que en nuestro análisis son

⁹ BLANCO ABARCA, 1992, p. 60.

¹⁰ INFANTE et al., p. 159.

¹¹ LABONTE, 1996, pp. 153-165.

considerados, más bien, como modelos de intervención, sustentados en los paradigmas que se acaban de señalar, y que se describen a continuación. Cada paradigma pone el acento en medidas de tipo diferente, pero no deben ser considerados como excluyentes, sino que se encuentran interrelacionados.

Paradigma médico o biologicista

Parte de restringir el concepto de salud al *adecuado funcionamiento orgánico*. Se “caracteriza por intervenciones de tipo médico, individuales, tecnologizadas y predominantemente institucionales,” que afianzan los problemas derivados de la medicalización de la vida cotidiana que, como hemos comentado en el capítulo 3, repercute en una disminución de la percepción de autodominio y de la capacidad de organización por el individuo y su comunidad. Al enfatizar los elementos fisiológicos, este paradigma resulta insuficiente para abarcar todos los ámbitos que pretende cubrir el modelo de promoción de la salud.

Paradigma estructural o de salud pública

Se da mayor relevancia a los aspectos relacionados con las conductas (Labonte) y el *ambiente físico y social en la salud, así como a las condiciones de vida y variables socioeconómicas* (Infante.) Las intervenciones que se proponen tienden a mejorar las situaciones de vida de los grupos de menores recursos económicos de la población, a través de la delimitación de *factores de riesgo*, según indican tanto Infante como Labonte. Entre éstos incluyen los rasgos de *comportamiento problemático*, que hemos mencionado a propósito del modelo desarrollado por Jessor: consumo de sustancias adictivas, hábitos alimenticios deficientes, falta de condición física, relaciones sexuales sin precauciones, escasa capacidad de formación por parte de los padres.

Paradigma ambientalista o ecológico

Considera que la salud “depende de la adecuación del individuo a su entorno, principalmente a su entorno físico (condiciones materiales de vida), pero incluyendo también los recursos sociales.”¹³ Si bien otorga mayor relevancia a la capacidad de la persona *para enfrentarse, adaptarse y cambiar sus ambientes*, esto mismo hace olvidar que los sectores con menores

¹² INFANTE et al., 2000, pp. 155-161.

¹³ *Ibidem*, p. 159.

recursos requieren del apoyo de las instituciones para poder asumir y conducir un proceso autogestivo, según Infante. Para Labonte, por el contrario, "se orienta hacia el cambio social", a través de "políticas públicas saludables,... que no dependen sólo de los profesionales de la salud."¹⁴ En este paradigma se fundamenta el modelo ecológico, que hemos considerado como uno de los sustentos de las intervenciones de promoción de la salud.

Elementos que provienen de estos tres paradigmas han sido integrados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en documentos recientes (1998)¹⁵, en los que se define la salud como "la situación dinámica de completo bienestar", en la que confluyen factores *biológicos, psíquicos, espirituales, sociales y culturales*. Esta definición tiene interesantes implicaciones para este trabajo, que repercuten en la implantación de la estrategia de promoción de la salud. En primer lugar, la salud no es considerada como un estado que se alcanza y puede mantenerse estable, sino que se trata de un proceso que requiere atención permanente y que siempre puede evolucionar, favorable o negativamente, puesto que se halla en constante cambio. Adicionalmente, la definición suma a los elementos individuales con los que tradicionalmente se identifica la salud (fisiológica y mental) los que provienen del contexto social inmediato, sobre los que cada persona puede sentir que tiene la capacidad de incidir. A ellos se agregan factores estructurales y ambientales, que dependen más bien de lo que la sociedad ofrece y sobre los que el sujeto tiene escasa injerencia para escoger o actuar. Además, se destaca la relevancia de hábitos, costumbres y tradiciones que se adicionan a los anteriores elementos para alimentar un ambiente que tienda hacia la salud. Pero lo más remarcable de esta definición es que agrega un quinto elemento, aquél que se refiere a lo *espiritual*, a través del cual se pone atención en las características del equilibrio mente-cuerpo, que facilita o coarta el mantenimiento o el restablecimiento de la salud, y que está siendo analizado con cada vez mayor minuciosidad en los últimos años. Resulta prometedor que en una de las centrales internacionales del poder médico se haya revalorizado este último elemento, cuyo estudio implica reconocer todo lo no controlable, racionalmente, del ser humano, así como la relevancia de técnicas alternativas, para la búsqueda de una vida mejor.

¹⁴ LABONTE, 1996, p. 154.

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1998.

Como observamos, esta definición intenta brindar una visión integral de la salud, que se aleja del reduccionismo biologicista y pondera el peso específico de los elementos socio culturales. Podemos completarla con declaraciones realizadas por grupos de análisis específico de la promoción de la salud, desde los cuales se afirma que para alcanzar el "bienestar físico, mental y social, el individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o afrontar el ambiente. En otras palabras, la salud no es un fin en sí mismo sino un recurso para la vida" (OMS, 1986.)¹⁶

Así, la salud pasa de ser un problema a transformarse en un requisito para la vida, la "buena vida", como diría Fernando Savater (1994), que es a la que todos los miembros de la sociedad deberían de tener posibilidad de acceso. Poner el acento en la vida, lo más plena que ésta sea posible, releva al médico de su papel protagónico sobre la enfermedad y sobre la atención al *paciente*; éste deja el aislamiento que asumía al ser un *caso*, se reintegra a su grupo comunitario y recupera una postura activa ante su vida, y por ende sobre su salud. Esta percepción de autocontrol es especialmente importante en lo relativo a las dependencias, como hemos ido analizando en este trabajo.

Adicionalmente, en estudios reseñados por Robert Desjarlais y sus colaboradores (1997) se ha demostrado que la salud se relaciona no tanto con la capacidad económica de una población, sino justamente con la capacidad percibida de control sobre su forma de vida. Esto mismo es señalado en las **Estrategias para la salud de la población**, elaboradas por el Departamento de Salud de Canadá, en las cuales se afirma:

El grado de control que las personas tienen sobre las circunstancias de la vida, especialmente las situaciones estresantes y su capacidad discrecional para actuar son influencias claves... estudios recientes revelan que tener pocas opciones y aptitudes deficientes para hacer frente al estrés incrementa la vulnerabilidad a un rango de enfermedades a través de los sistemas inmunológico y hormonal... ante lo cual el desarrollo económico no es la única opción. Los cambios que mejoran las oportunidades, por ejemplo mediante la educación y la capacidad laboral, y las intervenciones que reducen el estrés y otorgan a las personas un mayor sentido de dominio y control de sus vidas en el trabajo, en el hogar y comunidad también serán muy importantes. Para realizar estos

¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986.

cambios, se necesitará tomar medidas en los sectores económico, educación, trabajo, y de los servicios sociales.¹⁷

La estrecha relación entre la situación de salud y el estrés ha sido demostrada en estudios realizados en desempleados. Entre ellos "los problemas de salud parecían estar asociados al estrés del desempleo y no a la falta de ingresos. Un importante examen realizado para la Organización Mundial de la Salud determinó que los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica en una sociedad causan problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades."¹⁸

Concluimos, entonces, que si bien la subsistencia y contar con los medios necesarios para alcanzarla es lo mínimo indispensable, una vez asegurada ésta, es la misma comunidad, a través de los grupos de individuos que la forman, la que debe definir sus objetivos en materia de salud y trabajar para obtenerlos, recibiendo el apoyo que necesite para ese propósito común. Por eso afirman Frankish et al (2000): "Definimos a la salud como la capacidad de las personas para adaptarse y responder a los retos y cambios de la vida, o para controlarlos."¹⁹ Concebida de esta forma, la salud abarcaría todas las esferas de la vida individual, familiar y social, y su búsqueda y mantenimiento pasan a ser un factor determinante para el sujeto y su comunidad, no sólo cuando se presenta o se prevé la aparición de un problema. Como indica A. Blanco Abarca: "Las consideraciones sobre la salud jugarán en ese caso un papel importante en la toma de decisiones acerca del trabajo, la vivienda, la planificación, la política energética, la política económica, y otros aspectos de la vida."²⁰ Este mismo autor sintetiza así los aspectos más significativos de esta nueva visión de la salud:

1. La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida... como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social.
2. El concepto de salud... es dinámico y cambiante, su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y/o que lo acepta.

¹⁷ HEALTH CANADA, 2000, p. 17.

¹⁸ WESCOTT et al., 1985.

¹⁹ FRANKISH et al., 2000, p. 70.

²⁰ BLANCO ABARCA, 1992, p. 39.

3. La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además es una responsabilidad personal que debe de ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones...
4. La salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad en su definición operativa y en la gestión y control del sistema sanitario.

Estos principios demuestran que ni la salud ni los medios para alcanzarla se pueden definir desde afuera de cada grupo social, ni nacional ni menos internacionalmente. Lo que tampoco puede negarse es que esta definición de la salud alcanza repercusiones en todos los ámbitos, por lo que es preciso pensarla junto con el concepto de bienestar, cultura y ecología. Así, la salud implica una búsqueda permanente por parte del individuo y la comunidad, ya que siempre será necesario propiciar mejores condiciones de vida, ambientes más saludables, en lo ecológico, cultural y social. Por ello, las acciones que tienden a elevar la salud no pretenden solucionar un problema delimitable o conductas individuales, sino que intentan abarcar un ambiente específico, los intereses, necesidades, recursos y expectativas de su población, adaptando permanentemente el desarrollo de las actividades a la situación específica del contexto. Asimismo, las intervenciones destacan el aprovechamiento consciente y reciclaje de los recursos comunitarios, sobretodo aquéllos renovables, optimando su utilización a largo plazo. Por último, las medidas planteadas dan especial importancia al fortalecimiento de la protección, aun si no descuidan el enfrentamiento de los factores de riesgo.

Quizás la misma amplitud de la definición de salud puede provocar implicaciones negativas. Tomemos, por ejemplo, la definición de O'Donnel, 1989, para quien: "La salud óptima... (es) un estado de equilibrio entre la salud física, emocional, social, espiritual e intelectual".²¹ Como afirman Frankish et al, "Una definición de semejante amplitud impide hacer una distinción entre la salud y sus factores determinantes, en consecuencia, dificulta la medición de las repercusiones de dichos factores o de los programas y políticas concebidos para modificarlos."²² Para paliar esta dificultad, resulta conveniente abundar en la delimitación de los factores que inciden directamente en la situación de la salud.

²¹ O'DONNELL, 1989, p. 5.

²² FRANKISH et al., 2000, p. 71.

Factores que inciden en la salud

Se concibe que la situación de salud de la población emana de la interacción de una multiplicidad de factores. Es especialmente importante tenerlos en cuenta para fundamentar en ellos las políticas de promoción de la salud. Así, sólo la acción simultánea y coordinada, dirigida a cubrir todos estos factores, lograría incidir sobre el estado de salud de la población. Medidas puntuales, focalizadas a un pequeño grupo comunitario o un problema específico, si bien pueden alcanzar resultados benéficos para éste, a la par pueden resultar una pantalla, que distrae la atención sobre el panorama general de la salud de la población y tranquiliza las conciencias o sirve de escaparate para la imagen de sus promotores. Como veremos, varios de estos factores superan la posibilidad de acción individual o interpersonal y las estrategias que pretendan generar un cambio favorable deben provenir de la coordinación entre instancias comunitarias, en algunos casos, y en otros estatales y nacionales.

Diversos equipos de investigadores han colaborado en definir los factores que inciden directamente en los niveles de salud, que han sido sintetizados en el informe del Departamento de Salud de Canadá, publicado en el año 2000. Todos ellos coinciden en la designación de los que se señalan a continuación, si bien no se ha establecido un acuerdo acerca de la importancia relativa asignada a cada uno.

- ❖ *Ingreso y posición social.* En términos generales, en cuanto a lo individual, el “estado de salud mejora a medida que se asciende en la escala de ingreso y jerarquía social.” En cuanto a la sociedad, para tener una población más sana no sólo es importante el grado de prosperidad, sino también que la “riqueza esté distribuida equitativamente”. No se trata únicamente del grado de desarrollo económico logrado, ya que el mismo “frecuentemente es fuente de riqueza y pobreza al mismo tiempo; produce los orígenes sociales del sufrimiento de muchos y eleva el nivel de vida de algunos. Las nuevas formas de pobreza, juntamente con los males sociales que generan constituyen desafíos a la justicia social y a los derechos humanos que es preciso encarar. El desarrollo económico podrá eliminar esas fuentes importantes de morbilidad sólo cuando se acompañe de un genuino interés por la justicia y los derechos humanos.”²³ Por supuesto, nos estamos refiriendo una vez más a grupos que han superado las condiciones mínimas de sobre vivencia, como se observó en un

estudio comentado por T. Hancock (1997): "sobre el PIB de más de 5000 dólares per cápita (aproximadamente el nivel de Costa Rica, Fiji, Polonia o Brasil) los aumentos subsecuentes no tienen relación con la esperanza de vida."²⁴

- ❖ *Redes de apoyo social.* Su efecto sobre la salud resulta de la seguridad y el sentido de pertenencia que brindan a sus miembros, como ya consideramos en el capítulo 2 y analizaremos con más detenimiento en este mismo capítulo. En diversos estudios se ha demostrado que estos resultados protectores pueden incidir favorablemente sobre los niveles de salud en forma tan importante como lo hacen los factores de riesgo (entre los que destacan el consumo de tabaco, la inactividad física, la obesidad y la hipertensión) en detrimento de los mismos.
- ❖ *Educación.* A través de la asistencia a la enseñanza formal, las personas no sólo incrementan sus conocimientos, sino que adquieren un mayor repertorio de medidas que les permitirán enfrentar y percibir que controlan diversas circunstancias de su vida.
- ❖ *Empleo y condiciones de trabajo.* Quienes tienen mayor control de las circunstancias de su trabajo y menos exigencias laborales tensionantes son más sanos. Adicionalmente, el lugar de trabajo provee una red de apoyo social, en la que el individuo socializa, encuentra solidaridad y refuerza su sentido de pertenencia. Las condiciones de seguridad en el lugar de trabajo también contribuyen a la salud de la población.
- ❖ *Entorno físico.* En la salud incide no sólo el ambiente natural (la calidad del aire, el agua y el suelo), sino también los elementos del contexto construidos por el hombre, tales como la vivienda, la seguridad en la vía pública, el diseño de comunidades y caminos.
- ❖ *Características biológicas y dotación genética.* Considerados como los más relevantes por el paradigma médico que ya hemos descrito, pasan a ser incluidos como uno entre los demás factores analizados.
- ❖ *Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación.* Si bien éstos podrían quedar cubiertos en lo que se incluyó como *educación*, los investigadores los separan para destacar que su fortalecimiento puede generar *habilidades para la vida*, que proporcionen a las comunidades un repertorio suficiente de patrones de

²³ DESJARLAIS, EISENBERG, GOOD y KLEINMAN, 1997, p. 412.

²⁴ HANCOCK, 1997, p. 112.

comportamiento que les facilite el desarrollo de estilos de vida y ambientes saludables. Estos elementos individuales se relacionan en forma directa con las creencias y representaciones sociales, cuya importancia ya hemos comentado.

- ❖ *Servicios de salud.* La infraestructura sanitaria y el personal especializado, en cuyo fortalecimiento en general se centran las acciones tendentes a mejorar la salud, permanecen en la relación de estos factores, destacando que deben de ser suficientes para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades.

Es importante destacar cómo este grupo de investigadores visualiza la interacción de estos factores, como se observa en la Gráfica 5.3, en la que se destaca el papel significativo que se asigna a los factores colectivos, que sirven de sustento a los factores individuales. Adicionalmente, se señalan las *bases para la acción*, que muy frecuentemente no son tomadas en cuenta por los tomadores de decisiones, y que implican un proceso previo de investigación, de divulgación de la información científica y técnica en la población y de diseño e instrumentación de apoyos, con los que es imprescindible contar para que la acción que se implante sea recibida favorablemente, y permita obtener resultados efectivos.

Gráfica 5.3 Factores que intervienen en la salud



Fuente: Health Canada, 2000. P. 29.

Grupos prioritarios para la acción

Los factores que acabamos de considerar cubren distintas condiciones y cualidades del contexto y del individuo, que pueden propiciar u obstaculizar la salud. Algunos investigadores juzgan que se deben sumar a ellos los relativos a grupos de población considerados como prioritarios: los niños, las mujeres y las minorías étnicas y culturales. Es evidente que incorporarlos como factores distorsiona la definición de éstos, por lo que los analizaremos como grupos prioritarios, destacando la atención que merecen.

❖ *Desarrollo del niño sano.* Las experiencias prenatales y de la infancia temprana tienen un impacto en la salud, el bienestar y las aptitudes de adaptación y competencia de toda la vida. Existen diferentes experiencias que demuestran cómo las intervenciones en edad preescolar pueden producir modificaciones favorables que llegan a percibirse en la vida adulta. Con respecto al consumo de sustancias adictivas, en el capítulo anterior mencionamos el estudio desarrollado a partir de la intervención coordinada por Catalano y Hawkins (1996). De manera semejante sucedió con un programa de enriquecimiento preescolar ofrecido en Michigan a niños de bajos ingresos en riesgo significativo de fracaso escolar. En estudios de seguimiento en la adolescencia y juventud, comparado con el grupo de control, el grupo participante tiene ingresos significativamente mayores, completaron un mayor nivel de educación, tienen menos probabilidad de requerir apoyo de servicios sociales y tuvieron significativamente menos arrestos. Las mujeres en el programa tuvieron significativamente menos nacimientos extramatrimoniales.²⁵ Esto no sólo permitió una vida más satisfactoria para los participantes, sino que ambos proyectos tuvieron una relación costo-beneficio muy favorable, que en el caso de Michigan fue de 7 por 1.

❖ *Mujeres y situación de género.* La atención a las mujeres en el sistema de salud tradicionalmente se ha dirigido a la atención de sus funciones y capacidades maternas y reproductivas. Como señala el Grupo de Trabajo sobre la Estrategia de Salud de la Población (GTESP) de Canadá, esto ha tenido como resultado “la medicación (a menudo inapropiada, y a veces incluso la sobre medicación

²⁵ SCHWEINHAR, BARNES y WEIKART, 1993.

perjudicial) de instancias naturales de la vida como el inicio de la menstruación, la atribución no fundamentada de estados de salud mental de las mujeres a la función hormonal y reproductiva o la preocupación de la salud materna debido a nacimientos anticipados, en lugar de la salud de la madre por derecho propio.” Por el contrario, se han descuidado otros aspectos relacionados con la salud de las mujeres “por ejemplo, la vulnerabilidad a la violencia sexual u otras formas de violencia; la mutilación genital femenina en ciertas comunidades; la pobreza que surge del empleo con bajos salarios o el desempleo; la probabilidad de ser madres solteras y sus consecuencias económicas, etc.”²⁶ A ello podemos agregar los factores culturales, que en muchas sociedades hacen que las necesidades de las mujeres sean las últimas en ser satisfechas. Las mujeres aprenden desde pequeñas que su deber es velar por los demás y que en su edad adulta tienen la obligación de posponer sus propios intereses y desarrollo a los de sus hijos y pareja. Por eso se recomienda agregar la situación de género a la lista de factores que inciden en la salud, ya que esto contribuiría a que se tengan en cuenta situaciones que emergen de las diferencias e inequidades.

- ❖ *Minorías culturales y étnicas.* Por último, los investigadores del GTESP señalan que los individuos que pertenecen a comunidades culturales o étnicas minoritarias requieren también de atención especial, debido a que sus necesidades específicas pueden ser dejadas de lado por el sistema de salud estatal, y que por ende sería conveniente que quedaran incluidas como factor que incide directamente en la salud. Esto ha sido estudiado por el Grupo México-EUA de Salud del Migrante, en el que participé de 1996 a 2000. Desde ese grupo se hicieron señalamientos y se tomaron medidas²⁷ para que se tuvieran presentes las diferentes formas culturales en que los usuarios de los servicios de salud interactúan con el personal médico, así como las diversas concepciones de la salud y la condición física, y de los trastornos peculiares

²⁶ Grupo de Trabajo sobre la Estrategia de Salud de la Población, Dto. de Salud, Canadá. *Hacia un entendimiento común*. En: Salud de la Población. Op. cit. p. 58.

²⁷ Entre las que me tocó coordinar, como especialista en adicciones, figuraron los cursos impartidos a personal de salud de EUA, acerca de los patrones de consumo de sustancias adictivas en México; así como sobre la cultura, situación de salud mental y relación intra familiar del migrante, su familia y la comunidad expulsora. También se dotó de material informativo al personal voluntario y profesionales de la salud que asistieron a eventos binacionales sobre salud y se llevaron a cabo intercambios de profesionales en periodos de residencia, en diversas comunidades estadounidenses y mexicanas.

que desarrolla la población mexicana que reside en EUA, al modificar su dieta, su estilo de vida y hasta la forma de preparar sus alimentos y los horarios de comidas.

Como también afirman los investigadores del GTESP:

Cuando la cultura y el grupo étnico afectan al bienestar social y económico de las personas, el impacto sobre su salud física y mental es ríspido. Esto es evidente:

- Cuando se manifiesta acoso étnico-cultural o de origen racial en la escuela o en el lugar de trabajo;
- Cuando las diferencias de idioma aíslan a las personas de edad avanzada o a las madres;
- Cuando el prejuicio niega oportunidades educacionales y laborales a las personas, o acceso a la vivienda;
- Cuando malentendidos basados en diferencias culturales o lingüísticas interfieren, por ejemplo, el acceso a los servicios sociales y a otros beneficios y
- Cuando las personas se sienten separadas o aisladas de un sentido de comunidad.²⁸

Todo ello nos lleva a que, si se acepta la promoción de la salud como estrategia, debe aceptarse también esta concepción de la salud que resalta la íntima vinculación entre los individuos y los ambientes donde viven. Los *ambientes saludables* se definen en función de la presencia de todos los elementos que la OMS incluye en su definición de la salud y que implican el desarrollo de un entorno propicio para la elevación de los niveles de calidad de vida, como analizaremos a continuación.

2. Calidad de vida

Un elemento inseparable de la promoción de la salud, que le sirve como meta para la elevación de la satisfacción personal y la percepción de sentido, es la calidad de vida. La apreciación personal del nivel de ésta responde a un análisis de los elementos en lo individual, familiar, comunitario y social y aquello a lo que se desea tener acceso. Se trata, entonces, de una elaboración subjetiva, referida a valoraciones en las que intervienen variables cognitivas, que analizan indicadores tanto objetivos como subjetivos. Por eso afirma L.F. Abreu que la calidad de vida es “un proceso o, más bien, una sucesión de desequilibrios y de restablecimientos de un nuevo estado de equilibrio entre las necesidades en transformación permanente, conforme van avanzando la vida y las condiciones del

²⁸ *Ibidem*, p. 58.

momento, la percepción de dichas necesidades y las posibilidades de satisfacerlas, huelga decir los recursos personales y ambientales y los medios para utilizarlos.”²⁹

Así, en la definición de calidad de vida intervienen aspectos objetivos (salud biológica, nivel socioeconómico o capacidades) y subjetivos (sensación de bienestar, opiniones, representación social positiva o negativa de ciertas características y condiciones de vida.) La categoría de calidad de vida retoma la misma pluridimensionalidad de la concepción de salud, en la que se reconocen las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre y su sociedad. Elevarla, o más bien, que el sujeto se comprometa en acciones tendentes a que fuera más satisfactoria para él y su comunidad, reduciría la incertidumbre, a la par que incrementaría la percepción de su marco de pertenencia.

Aspirar a una mejor calidad de vida no tiene que considerarse un privilegio de grupos poblacionales que no tienen preocupaciones en cuanto a la supervivencia; tampoco se trata de una demanda generalizada, semejante en toda una población, sino que cada segmento de cada grupo social tiene una forma específica de percibir lo que desea y de valorar lo que tiene; y dentro de ello, lo que encuentra gratificante, que le hace la vida más llevadera y motivante. Como comentamos, la percepción de la calidad de vida no proviene únicamente de la situación económica o laboral, ni de las condiciones de la infraestructura sanitaria o educativa, la salud y la nutrición, sino que pasa por lo ambiental y político, incluyendo lo sociocultural. Por ello, se deben concebir factores como la cohesión grupal, el respeto a los derechos humanos, la exclusión o marginación, la violencia en las calles y la familia, las festividades y las formas de celebrarlas, la consistencia de la red de apoyo social ante las adversidades; así como tantos otros aspectos relacionados con tradiciones y costumbres y cómo las perciben y evalúan los miembros de la comunidad. Por eso, si bien existen instancias internacionales que miden la calidad de vida mediante indicadores estandarizados, que les permiten colocar a países y ciudades dentro de una escala, no debemos olvidar que la misma responde a consideraciones provenientes de los países centrales y muchas veces ajenas a las poblaciones a las que se aplican. En consecuencia, pueden dejar de lado aspectos que sean trascendentales para una comunidad y para su propia apreciación de su calidad de vida. Esto es notorio en cuanto a los pueblos indígenas, cuyas creencias, valores, usos y

²⁹ ABREU et al., 2000, p. 23.

visión del mundo difieren de los hegemónicos, como indica C. Oehmichen (2000). Es por eso que la calidad de vida de una misma comunidad puede concebirse en forma muy diferente, de acuerdo con el abordaje desde donde se la analiza.

En la calidad de vida se expresa el grado en que la organización social garantiza “la existencia de los seres humanos, en tanto especie, y el grado en que permite el desarrollo de su potencialidad. Consiste en la satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive.”³⁰ Un elemento muy relevante es el grado en que se posibilita la participación social del sujeto y de los diferentes grupos sociales, autogestivamente, para elevar sus propias condiciones de vida. Esta característica hace que la elevación de la calidad de vida impacte en varios de los elementos básicos para los programas de promoción de la salud y por ende en el desarrollo de las dependencias, dado que implica la generación de un mayor nivel de conciencia de la comunidad acerca de sus recursos y capacidades de organización y una valoración de sus potencialidades y realidades, así como la reflexión acerca de lo que considera que es importante. De ahí que Palomino y López afirmen que este tipo de programas enfoca su atención “hacia la necesidad de regenerar la vitalidad y la salud, de desarrollar las capacidades humanas frente a las tecnologías, de ensayar las cualidades del pensamiento global y no las parciales de la vida común. En resumen, nos coloca en el camino de construcción de una nueva civilización, sustentada en una racionalidad alternativa cuyo centro sería el bienestar social y el desarrollo de las capacidades humanas.”³¹ Así, a través de la implantación de programas de este tipo se da respuesta a todos los elementos que se han considerado en los primeros capítulos de este trabajo como propiciadores de las dependencias, en esta etapa de la modernidad.

Esta *ética ecologista* unida al concepto de la calidad de vida reconferiría sentido a la existencia, “articulando las necesidades de supervivencia con la construcción de nuevas utopías, lo real y lo simbólico, lo objetivo y lo subjetivo.”³² Como veremos más adelante, esta meta de conseguir mejores condiciones de bienestar, en todos los sentidos de la vida humana, está irremediablemente unida a la utopía, a esa visión del Paraíso en la Tierra que el

³⁰ PALOMINO y LÓPEZ, 2000, p. 45.

³¹ *Ibidem*, p. 47.

³² LEFF, 2000, p. 105.

ser humano querría considerar como algo lejano pero posible, que requiere del esfuerzo y el compromiso de todos, en un *proceso de reapropiación*, como también lo señala Leff.

Esto se une a lo propuesto por Alain Gorz, tanto en *Metamorfosis del trabajo* (1990), como en su libro más reciente, *Miserias del presente, riqueza de lo posible* (2000), que nos señalan esa necesidad de "acondicionar en los barrios, en el tejido urbano, espacios que la gente tenga ganas de frecuentar, porque allí encuentran lo que les hace falta o les interesa, lo que corresponde a su necesidad de fraternidad, de consulta mutua, de intercambio, de desarrollo humano y de creación cultural... (ello representa) una alternativa positiva al consumo de cultura comercial y de entretenimientos... que revincule con la tradición de las cooperativas, las asociaciones y círculos de la cultura obrera... en los que los ciudadanos debatan y decidan actividades autoorganizadas, servicios cooperativos, trabajos de interés común que se realizarán por y para sí mismos."³³

Si bien la salud y la calidad de vida son categorías muy amplias, es posible actuar sobre ellas en lo individual y en lo comunitario, a través del estilo de vida que, según consideramos, se constituye en el *agente* que interactúa, en un *ambiente*, con el *huésped*, facilitando o coartando el desarrollo de dependencias.

3. Estilo de vida

Este es uno de los elementos centrales de los programas de promoción de la salud, entendido como el conjunto de patrones de comportamiento, de formas de pensar y de encarar los problemas, de pasar el tiempo libre, de pensar el futuro y de recordar el pasado, que se está construyendo a diario y sirve de base para la definición de la identidad. En efecto, si acordamos, como ya analizamos en el capítulo 2, que la identidad es una construcción exhibida ante los demás, ésta se hace obvia a través del estilo de vida. Sin él, la identidad se mantendría como algo inasible, totalmente subjetivo, sin posibilidad de concreción.

Pero el sujeto no lo crea en libertad total sino que, como aclara J. Habermas: "Si bien el estilo de vida parece ser una construcción individual, en realidad se genera socialmente, ya

³³ GORZ, 1991, pp. 243-244.

que los sujetos socializados no están en disposición de adoptar una actitud puramente hipotética frente a las formas de vida y las biografías individuales en que se ha ido desarrollando su propia identidad. Nadie puede elegir la forma de vida en que ha sido socializado con la misma actitud reflexiva en que puede elegir una norma de cuya validez uno ha quedado convencido... Los valores culturales, encarnados en las prácticas de la vida cotidiana, o los ideales que determinan la auto comprensión de una persona, comportan, ciertamente, una pretensión de validez inter subjetiva, pero están... entretejidos con la totalidad de una forma de vida particular, sea colectiva o individual."³⁴

Esta situación es señalada por Ilona Kickbusch, cuando aclara que el estilo de vida se define "en relación con las experiencias colectivas e individuales y con las circunstancias vitales."³⁵ Por ello, los estilos de vida no son impuestos o determinados, sino que se conforman mediante *elecciones de conducta*, que se realizan "a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con que pueden elegir unas y desdeñar otras."³⁶

Reconocer que los estilos de vida no pueden ser generados únicamente por una decisión personal, pero tampoco son totalmente determinados por la estructura social, es de especial importancia, ya que una de las principales críticas que se hacen a los programas de promoción de la salud que intentan incidir en tales estilos es que *culpabilizan a la víctima*; es decir que adjudican la responsabilidad al individuo, evadiendo así el apoyo que necesariamente debe proporcionar el Estado y también la iniciativa privada. Insistiremos entonces en que el esfuerzo en la búsqueda de elevar la calidad de vida y fortalecer los estilos de vida, no puede partir sólo de lo estructural, ni tampoco ser única responsabilidad de la comunidad o sus miembros. En primer lugar, es la población la que tiene que reconocer a la salud como meta dotándola, a través de la reflexión y la discusión, de una definición que incluya las características y peculiaridades que para ese grupo sean más relevantes. En efecto, tener una vida más satisfactoria con frecuencia ni siquiera figura conscientemente como una posibilidad. Esto se debe a que muchos de los patrones de comportamiento que integran el estilo de vida han sido adquiridos en el proceso de socialización, moldeados en el

³⁴ HABERMAS, 1995, p. 73.

³⁵ KICKBUSCH, 1996, p. 237.

³⁶ MILIO, 1986, p. 17.

habitus del que habla P. Bourdieu (1985) o en el mundo de la vida que describimos con J. Habermas (1987) y quien los desarrolla no los cuestiona ni percibe que, junto con los demás miembros de la comunidad, puede ejercer presión para que se modifiquen, elevar su nivel de exigencia y de compromiso con su propia vida. Así, parece tratarse de esas porciones del mundo de la vida que, por lo mismo que pertenecen a él, son supuestas como incuestionables, exigidas por el medio, como única respuesta posible. Para que ese sujeto o esa comunidad perciban que retoman el control sobre parte de su vida, y que pueden encontrar gratificaciones en aspectos que habían desdeñado, deben iniciar un proceso de cambio que puede desencadenarse a través del análisis del estilo de vida que, como hemos visto en el capítulo anterior, ha pasado a convertirse en un elemento básico para la comprensión de la historia natural de los problemas que, vistos desde la salud, tienen mayores connotaciones sociales, de los cuales las adicciones son un ejemplo.

Pero, por lo mismo que el estilo de vida es refrendado o rechazado por el grupo social al que se pertenece, en los programas de promoción de la salud es preciso trabajar simultáneamente en lo individual y con el entorno comunitario, facilitando y apoyando la formación de condiciones propicias para la salud, y redes de apoyo que la fortalezcan.

4. Resiliencia

Este concepto comenzó a utilizarse como meta de la promoción de la salud, especialmente en las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes, al observar que algunos miembros de grupos marginados, con escasas posibilidades de desarrollo, hacían frente a los obstáculos que se les presentaban y lograban alcanzar buenos niveles de vida y satisfacción personal. Para definir esta peculiaridad que poseen esas personas se utilizó un término acuñado para aquellos metales que, aún sometidos a condiciones extremas (frío, humedad, calor, presión) mantienen sus características y no se quiebran. En cuanto a las personas, esta característica siempre es adquirida a través de un proceso de interacción con el medio, ya sea que se genere naturalmente; o que sea facilitada o aprendida, a través de la formación de capacidades específicas, que promuevan la óptima utilización de los recursos personales y del contexto y la vinculación positiva con fuentes de apoyo.

Si bien en un inicio las intervenciones que tendían a elevar la resiliencia parecían limitarse al desarrollo de lo que dio en llamarse *habilidades para la vida*, enfocadas a niños y centradas en el individuo, en la actualidad pueden dirigirse a facilitarla o fortalecerla en personas de todos los grupos de edad y así también en las comunidades. Su objetivo es, entonces, que los sujetos y los grupos perciban el sentido de la vida, a través de la auto confianza y el conocimiento del entorno, mediante el desenvolvimiento de tres componentes:

Manejabilidad: Se percibe competencia para enfrentar las situaciones, que se consideran enfrentables

Significación: Se consigue desentrañar información significativa y valiosa de cada situación.

Comprensibilidad: El entorno se ve como consistente y estructurado, lo que confiere seguridad y sentido.³⁷

Tales componentes han sido mencionados a propósito de la autodeterminación, o locus de control interno, que se opone a la heterodeterminación, o locus de control externo, por el que se percibe que es el destino, la suerte o la *providencia* lo que condiciona el devenir del hombre y la sociedad.

En distintos estudios acerca de la resiliencia, como el de B. Benard³⁸, se ha observado que su desarrollo se hace posible a través de elementos que posee el individuo y también de los que le provee su contexto familiar y social. Figuran como *características del individuo la autonomía*, que se evidencia en altos niveles de autodeterminación o locus de control interno y seguridad en sí mismo. También se hacen presentes altos niveles de *visión de sentido*, a través de rasgos de optimismo, motivación, sentido del humor y aspiraciones alcanzables. En cuanto a la *competencia social* de los individuos resilientes, se demuestra en la empatía e interés por quienes le rodean, logrando una interrelación positiva con éstos, mediante altos niveles de flexibilidad, que les permiten adaptarse a diversas situaciones. A ello se suma su *capacidad de resolución de problemas*, que la logran gracias a su habilidad para planear, con imaginación y creatividad, su pensamiento crítico y su sensibilidad para reconocer recursos y habilidades.

³⁷ MILLÉ, 1997.

³⁸ BENARD, 1997, pp. 13-18.

Entre las **características del contexto** podemos destacar las *oportunidades de participación* que éste brinde, facilitando que cada miembro se perciba como un elemento de importancia, habiendo tenido posibilidad de demostrar y ejercitar su sentido de responsabilidad y compromiso, así como el proceso de toma de decisiones satisfactorias. Para que puedan ofrecerse tales oportunidades, el medio no sólo debe contar con un mínimo de infraestructura educativa y de desarrollo social, sino también un repertorio de diferentes actividades (comunitarias, religiosas, deportivas, culturales) entre las que se puedan seleccionar las más acordes a los intereses y capacidades de cada persona. Pero adicionalmente, el contexto debe ofrecer un *marco de apoyo*, en el que se encuentren las condiciones de afecto y confianza que el sujeto requiere para formar ese capullo protector que mencionaba Giddens y que describimos en el capítulo 2. Tal marco puede ser brindado por la familia, pero cuando ella no cuente con los elementos para proporcionarlo, puede ser ofrecido por las personas que tienen contacto directo con la persona resiliente, en instituciones educativas, sanitarias, religiosas o sociales. Cualquiera de ellas puede establecer un vínculo, en el que se reconozcan las capacidades y se incentive hacia la acción, proporcionando una definición clara de las normas a las que se debe atener la conducta, pero demostrando expectativas positivas, que faciliten la aplicación de la capacidad de obtener lo que se propone, sin culpabilizar ni rotular en estereotipos.

Esto coincide con los factores de protección ante los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas que destacamos como relevantes en el capítulo anterior.

5.2 Movilización social, elemento básico de la promoción de la salud

Retomaremos algunos de los elementos que ya han sido mencionados como fundamentales para alcanzar la salud y que son parte de las principales líneas de acción de la promoción de la salud. Como destacamos al definir ésta, no puede concebirse su desarrollo sin la participación de la comunidad, no como espectadora, sino como agente del cambio. Por lo mismo, las tres líneas que desarrollaremos a continuación representan una faceta de la movilización social. Es menester enfatizar que no podrán alcanzar resultados óptimos en una comunidad específica si no se encuentran acompañadas por una serie de políticas y acciones que impacten, a través de los factores que acabamos de describir, en la situación y el ambiente social y que los conviertan en un terreno propicio para tender hacia la salud.

1. Empoderar a la comunidad

Empoderar, como señala Julio González (1997), es un verbo que figura entre los autorizados por la Real Academia Española, pero que había caído en desuso; en la actualidad ha sido recuperado, para hacer referencia al proceso por el que las personas, organizaciones y comunidades van adquiriendo el dominio y control sobre sus propias vidas, al apoderarse de "conocimientos y destrezas que los habilitan para que tomen decisiones informadas acerca de su salud."³⁹ Se promueven o incrementan a través de este proceso las posibilidades y oportunidades para que aquéllas busquen, reconozcan y potencien sus recursos, capacidades y habilidades, personales y socioculturales, para la resolución de problemas y conflictos. Así, la comunidad toma conciencia de sí misma, de sus necesidades y situación reales, de modo de lograr mejorar el acceso a oportunidades y servicios, evitando la discriminación o segregación originada por distinciones de género, etnia, cultura, religión u orientación política. La promoción de la salud, ante la complejidad de la realidad social y la dificultad de cambiarla intenta, a través de esta línea de acción, fortalecer la percepción y el sentido de comunidad, facilitando los elementos que ésta requiera para su propio desarrollo.

De esta manera, se evita el paternalismo en la planificación social, que con frecuencia se ha hecho palpable en los abordajes que provienen del modelo del Estado Benefactor; pero también se evita la culpabilización del individuo y su comunidad que realizan las corrientes neoliberales, que los convierten en totalmente responsables de lo que puedan obtener para su vida, al adelgazar la estructura de servicios públicos y relevar de funciones de apoyo al Estado. Por eso, la promoción de la salud tiene a la activación social como un elemento básico, que facilita alcanzar un equilibrio en el cual, sin despojar al individuo y su comunidad de la capacidad de autogestión, se reconocen las responsabilidades del sector público en ofrecer elementos que faciliten la satisfacción de las necesidades sentidas como fundamentales. Empoderar, como se menciona en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud de 1997, "demanda un acceso más consistente y confiable a los procesos de decisión y destrezas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio."

El empoderamiento ha sido tomado en cuenta en el informe de 1996 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, como indicador que contribuye en la medición

³⁹ GONZÁLEZ, 1997, p. 52.

del grado de bienestar para el desarrollo alcanzado por una comunidad. Así, la cobertura de las necesidades de la población no es el único ni el más relevante indicador a tener en cuenta, sino también la capacidad de definir y desarrollar opciones personales y grupales, lo que repercute en una mayor libertad de elección de las personas en las decisiones que estén íntimamente relacionadas con sus vidas, convirtiéndolas en agentes activos de la búsqueda de bienestar.

Es preciso tener en cuenta, como destacan R. Desjarlais y cols., que de la misma comunidad también pueden surgir obstáculos al empoderamiento: "Los dirigentes locales pueden resistirse a las innovaciones prometedoras, temerosos de perder sus privilegios políticos. Las respuestas locales pueden ser sofocadas por fuerzas políticas y económicas mayores, tales como las representadas por una grave escasez económica o un clima de violencia política."⁴⁰ Estas reacciones de rechazo al cambio pueden enfrentarse mediante un suficiente conocimiento y oportuna convocatoria de los grupos de presión y poder que existen en la comunidad, los que son detectados a través del diagnóstico situacional, primer paso de cualquier intervención de promoción de la salud.

2. Auto cuidado, responsabilidad y compromiso individual

La promoción de la salud que, al empoderar, facilita que la comunidad recupere su capacidad de gestión, se dirige también al sujeto, para que desarrolle un mayor control sobre su vida. Ésta es una tendencia que es propia del ser humano actual, como pone de relieve G. Lipovetsky en su definición de nuestra época como *posmoral*, según hemos descrito en los dos primeros capítulos. Así, el auto control se liga a "nociones de una nueva especie de auto restricción postsida, de una disciplina necesariamente dirigida hacia sí mismo y los propios deseos e impulsos, el aprendizaje de nuevos hábitos de pequeñez, frugalidad, modestia; un tipo de respeto por los otros que construye barreras a la gratificación; éstas son algunas de las ideas éticas en términos de una nueva actitud hacia el sí mismo individual y grupal que son propuestas por una ecología (posmoderna.)"

⁴⁰ DESJARLAIS, EISENBERG, GOOD, KLEINMAN, 1997, p. 29.

En la promoción de la salud, la movilización social se liga al desarrollo del auto cuidado y permite alejarse de “la dictadura de los especialistas y la dependencia que crean en los ciudadanos, cada vez más negramente obsesionados por la conservación de una salud en cuya definición no se les deja intervenir.”⁴¹ Fortalecen las intervenciones de promoción de la salud, entonces, la capacidad de auto organizarse, establecer metas y tomar decisiones para obtener el máximo beneficio, con el menor consumo de recursos y mínimos riesgos.

En cuanto al concepto que estamos manejando de promoción de la salud, la autogestión se liga al auto cuidado personal y comunitario, del cual encontramos un ejemplo en los movimientos *auténticamente ecologistas*, como afirma Jameson: “su redescubrimiento y reafirmación de los límites de la naturaleza... repudia el impulso productivista que acompaña el capitalismo temprano.”⁴² Así, los movimientos de este tipo, de manera semejante a los que se erigen en contra de la globalización de la economía mundial, demuestran la capacidad renovada de gestión social, en busca de un nuevo equilibrio, que hace pensar en una tendencia hacia la *ecología social*. (Maxwell Jones, 1985; C. Millé, 1993.) Esta nueva forma de solidaridad, como afirma A. Gorz (1990) “toma su recompensa en ella misma, tanto por el resultado como por las capacidades que me han hecho adquirir... La expansión de la esfera de la autonomía supone siempre que los individuos escogieron repatriarse a la esfera doméstica o microsociedad de la cooperación voluntaria, a actividades que, por falta de tiempo, habían abandonado a servicios externos.”⁴³

Promover el auto cuidado y la responsabilidad individual sobre la calidad de vida puede interpretarse también como la imposición de una forma de vida que deja de ser diseñada según intereses y expectativas personales para transformarse en una meta social, que estigmatiza a quienes no la consiguen obtener. Por eso afirma J. Attali: “La auto vigilancia conciliará una apariencia de libertad individual con la realidad de la sumisión a la norma.”⁴⁴ Así, el que se aleja del perfil adecuado, por fumar, ser obeso, haber perdido el pelo o no hacer ejercicio, padece de un estigma que semeja al que señala Goffman (1970), y puede convertirse en un nuevo tipo de paria, marginado. La injerencia en la vida privada convierte así en infractor, en el caso de algunas reglamentaciones, al fumador, o al conductor que no

⁴¹ SAVATER, 1994, p. 161.

⁴² JAMESON, 1995, p. 46.

⁴³ GORZ, 1990, p. 211.

utiliza el cinturón de seguridad. Pero no podemos afirmar que esta estigmatización y rechazo a quienes no cumplen con el modelo ideal es la única tendencia observable. Por el contrario, en forma simultánea se genera una corriente opuesta que lleva a integrar, a dejar de esconder, a grupos de población que habían sido marginados por algún tipo de problema genético (síndrome de Down) o adquirido (discapacidad de todo tipo), o por su preferencia sexual; a la par que nacen nuevos movimientos micro sociales (de consumidores, de ayuda mutua o autoayuda) y macro sociales (ecologistas, de apoyo internacional a distintas causas), formas de solidaridad, de fraternidad, como diría J. Attali (2000) que pueden ser fortalecidas a través de la promoción de la salud y que consideraremos a continuación, en cuanto a la formación de redes de apoyo.

3. Redes de apoyo social

Estas redes amplían el sentido de pertenencia y facilitan el acceso a oportunidades en lo sanitario, educativo, cultural, recreativo, laboral y político. Fortalecen la asistencia y ayuda mutua dentro de las comunidades y el desarrollo de capacidades para colaborar en el enfrentamiento de los problemas compartidos, y también de los específicos de algunos de sus miembros. Responden, además, a la necesidad de sentir solidaridad y pertenencia, integración, influencia y conexión emocional, que como hemos visto en los dos primeros capítulos, son percibidos en la actualidad como requerimientos, sobre todo en los grandes conglomerados urbanos.

Adicionalmente, diversas investigaciones, como las que reseñan Tamez, Molina y Zepeda (1997), han demostrado que contar con una red de apoyo social, "entendido como la provisión de apoyo emocional, ayuda material e información,"⁴⁴ fortalece el sistema de inmunidad, al atenuar la respuesta neuroendocrina activada en situaciones de estrés, por lo que los individuos que la perciben como una protección se enferman con menos frecuencia, y cuando están enfermos se recuperan en menor tiempo y padecen de menores problemas colaterales. Resulta interesante que los efectos positivos en la salud se perciban también en

⁴⁴ ATTALI, 2000, p. 44.

⁴⁵ TAMEZ, MOLINA y ZEPEDA, 1997, p. 170.

quien otorga el apoyo, "a través de un mayor sentimiento de control personal, relacionado adicionalmente con menores niveles de sintomatología depresiva."⁴⁶

Estas redes de apoyo, al igual que lo que sucede con la definición de comunidad, no deben considerarse como restringidas al territorio compartido, sino que se demuestran a través de los lazos de solidaridad y ayuda, así como la confluencia tanto en los espacios festivos como en los virtuales; y en la celebración de tradiciones mantenidas o recuperadas. Sus miembros perciben en ellas, como afirma A. Blanco Abarca, "la sensación o sentimiento de pertenencia, seguridad e interdependencia, confianza mutua y compromiso de satisfacción de las necesidades."⁴⁷

Saber que se cuenta con una red de apoyo social permite incrementar la percepción de seguridad, que como hemos analizado en el capítulo 3 es un factor de importancia en esta etapa de la modernidad. Ser y sentirse miembro de estas redes facilita el desenvolvimiento cotidiano, pero sobre todo brinda protección ante el manejo y respuesta a riesgos potenciales: "Las redes de apoyo funcionan como una especie de pequeña *comunidad personal* protectora o mediadora, a veces facilitadora de los efectos del estrés y de los recursos para afrontarlo."⁴⁸

Las redes de apoyo, como acabamos de comentar, representan uno de los factores determinantes de la salud. Desjarlais y cols. mencionan alguno de los ejemplos en los cuales tales redes alcanzan un papel destacado: "Gracias al liderato comunitario se pueden organizar redes de acción y comunicación para responder a un desastre como el hambre. Por otra parte, las organizaciones de vecinos pueden actuar de defensores de los residentes de los barrios pobres. Las redes de parientes pueden movilizar recursos para ayudar a una familia que atraviesa una crisis social o una grave enfermedad mental... (Sin embargo,) una red social no puede movilizar recursos inexistentes, como bien saben muchas comunidades de países empobrecidos"⁴⁹, por lo que requerirá contar con los recursos mínimos necesarios, cuyos resultados se potenciarán mediante la organización social.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 175.

⁴⁷ BLANCO ABARCA. 1992, p. 73.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 75.

Como hemos comentado, a medida que se diluye el sentimiento de pertenencia a las comunidades fincadas en lo territorial, en el barrio, se van integrando otro tipo de redes o formaciones tribales. Entre ellas podemos destacar los grupos de ayuda mutua al estilo de Alcohólicos Anónimos, que surgen alrededor de un problema o rasgo específico. No se trata, entonces de que una misma red cubra y brinde apoyo en todos los aspectos de la vida de una persona o una familia: vivienda, educación, seguridad, afectos y emociones, expresión creativa, recreación, trabajo; sino que individual y grupalmente se pertenece a diferentes redes, que pueden referirse a una porción o segmento de los intereses o la vida y complementarse o vincularse con otras, que satisfarán otros ámbitos. Con ello se mantiene el nuevo modelo de integración a movimientos sociales, que pusimos de relieve en los dos primeros capítulos.

Asimismo, las nuevas tecnologías abren la posibilidad de integrarse a comunidades virtuales que se centran en focos o temas de interés. Las mismas ponen a la disposición de quienes tienen capacidad de acceso, los que se incrementan cada año en forma exponencial, recursos que antes parecían inalcanzables, no sólo en cuanto a información técnica y científica, sino también en lo relativo a fondos para el desarrollo, intercambio académico y contacto epistolar y visual. Esta pequeñas o amplias redes pueden constituirse en un nuevo vínculo de apoyo, como se demostró en la repercusión alcanzada por el EZLN en algunos países europeos, impacto alcanzado gracias a la adecuada utilización de la tecnología. Como afirma J. Attali: "La nueva pobreza consistirá en no pertenecer a ninguna red. Cada vez más colectividades fraternales reunirán no sólo a los habitantes de un territorio determinado, sino también a los miembros de una o de varias redes."⁴⁹

Las intervenciones de promoción de la salud, entonces, tienen entre sus objetivos el fortalecimiento de las redes de apoyo social que ya existan, como por ejemplo, la provisión de elementos (información, técnicas de atención) a los familiares de enfermos crónicos o adultos mayores que les permitan ampliar su capacidad de apoyo. También pueden dirigirse a facilitar la formación, en torno a las necesidades que perciba la comunidad, de nuevas redes, entre las que destacan los grupos de ayuda mutua.

⁴⁹ DESJARLAIS, EISENBERG y GOOD, 1997, p. 29.

⁵⁰ ATTALI, 2000, p. 44.

Señalaremos en el siguiente capítulo algunos de los rasgos que las intervenciones deben poseer para alcanzar resultados, así como ciertos obstáculos que se enfrentan en su desarrollo.

Capítulo 6. Intervenciones en Promoción de la salud, construyendo nuevos cauces de re enraizamiento

Las acciones de promoción de la salud, como hemos analizado, tienden a elevar la calidad de vida, la cual se relaciona íntimamente con los intereses, expectativas y representación social de la comunidad. Lograr incidir en algo tan difuso como la calidad de vida, o tan multifacético como la representación social, exige trabajar en el mayor número posible de ámbitos dentro de una comunidad, y que las intervenciones específicas sean reforzadas por una política pública que valide las iniciativas locales y promueva modificaciones simultáneas en los factores en los que la acción comunitaria no pueda incidir. En el Plan Nacional de Acción 2000 para la Promoción de la Salud Mental, del Gobierno de Australia, se propone como objetivo de las intervenciones:

El mejoramiento del bienestar social y emocional de la población, sin consideración de su estado actual de salud mental, a través de elevar la capacidad de las comunidades para apoyar a sus miembros, mediante el desarrollo de políticas públicas que promuevan la salud mental, los ambientes saludables, las habilidades personales y la acción comunitaria, así como el desarrollo de programas que amplíen el espectro completo de intervenciones en salud mental.¹

Detallaremos a continuación algunos de los requisitos que las intervenciones deben incluir para facilitar la obtención de resultados positivos, y que han sido puestos de relieve por R. Desjarlais y cols.

Las mejores soluciones tendrán ciertas cualidades en común dondequiera que se las desarrolle:

- Reconocerán en lo posible la diversidad étnica y cultural y se administrarán y controlarán localmente.
- Se apoyarán en los puntos fuertes y recursos locales mientras tratarán de reparar las debilidades encontradas.
- Procurarán mitigar los peores aspectos de las injusticias estructurales y económicas y promover los derechos humanos.

¹ Commonwealth Dt. of Health, Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, Mental Health and Special Programs, MHSPB. Canberra, 2000. p. 116.

- Considerarán seriamente la relación fundamental existente entre el bienestar de los individuos y el de las comunidades.²

Como vemos, aun reconociendo la importancia de contar con el respaldo de políticas públicas que apoyen y faciliten la promoción de la salud desde el sector público federal, la tarea no puede perder el contacto con la comunidad local. Como también señala T. Hancock “es más factible crear formas innovadoras del ejercicio del poder en el ámbito comunitario primero, ya que hay muchos más gobiernos a este nivel con mayor potencial para experimentación y están más cerca de las discusiones que afectan la vida diaria de los pueblos.” Esto implica un nuevo estilo en la administración pública de los municipios, como agrega este mismo autor: “Es un estilo que enfatiza el poder con, en lugar del poder sobre; la negociación, en lugar de directivas, procesos en lugar de estructuras, colegialidad en lugar de jerarquías, colaboración en lugar de competencia, enfoque holístico en lugar de sectorial, estrategias de ambos | y, en lugar de uno u otro y gana-gana en lugar de gana-perde.”³

Delimitaremos a continuación las características de las intervenciones de promoción de la salud, que posibilitan que lo individuos y sus comunidades tomen conciencia de su situación de dependencia y asuman su capacidad de independencia, colocando a la salud como meta.

6.1 Sustentos teóricos de las intervenciones

Además de las aportaciones del modelo adaptativo y de la teoría del comportamiento problema, que ya hemos analizado en lo referente a los marcos teóricos que sustentan las acciones relativas a las dependencias, la promoción de la salud se enriquece al considerar los aportes de la psicología comunitaria, en especial en cuanto al modelo ecológico. Este modelo, fundamentado en la teoría de sistemas y los estudios de Kurt Lewin sobre el comportamiento grupal, analiza a la comunidad como un microcosmos, en el que se da toda una red de interconexiones, por lo cual lo que sucede en un componente repercute en todos. Por ello, las intervenciones deben intentar impactar, más que las conductas individuales, el contexto específico, las representaciones y creencias en las que se basan los intereses, necesidades, recursos, expectativas.

² DESJARLAIS, EISENBERG, GOOD y KLEINMAN, 1997, p. 427.

³ HANCOCK, 1997, p. 114.

Una de las teorías que ha alcanzado una gran repercusión por su capacidad de brindar fundamento a las intervenciones es la del aprendizaje social, desarrollada por A. Bandura (1977). Según esta teoría, para que los individuos adquieran y mantengan un comportamiento se requiere seguir un proceso mediante el cual se integran, por una parte la vulnerabilidad o predisposición biológica innata, así como la experiencia adquirida durante su desarrollo; adicionalmente, la experiencia propia y observada acerca del comportamiento de que se trate; y por último la información con la que cuente y su forma de interpretarla y de utilizarla. Así, el ser humano como elemento activo en el proceso de aprendizaje de comportamientos, asimila de su contexto sociocultural las distintas formas de utilizar las diferentes sustancias adictivas, y puede, aun con un alto grado de predisposición al consumo, aprender también el autocontrol de tal utilización. Para lograrlo, en caso de que no haya conseguido internalizar medidas de auto cuidado, pueden brindársele herramientas para desarrollar su capacidad en cuanto a toma de decisiones y para elevar su percepción de auto control y estima, así como la facilidad para reconocer sus propios recursos y los de su contexto y emplear ambos en su beneficio y en el de su grupo social, elevando su calidad y estilo de vida. A. Bandura, al formular su teoría del aprendizaje social, expone que los seres humanos “ni son objetos impotentes controlados por las fuerzas del medio ambiente, ni agentes libres que pueden convertirse en lo que ellos deciden.”⁴ Según esta teoría, el proceso de cambio se desarrolla siguiendo una serie de etapas, para cuyo desenvolvimiento se requieren diversos elementos, tanto en la metodología de la intervención como en el contexto y en la población con la que se trabaja. Debemos pensar la promoción de la salud como un proceso facilitador del cambio social, en la comunidad.

Puska y sus colaboradores (1996) utilizan las aportaciones de Bandura como eje del proceso de cambio del comportamiento que describen, en el que señalan asimismo las características con que tienen que contar las intervenciones en sí y aquéllas que deben promoverse en la comunidad, para alcanzar los resultados planteados. Las fases del proceso se inician con el requisito de concentrar la atención de la población objetivo que se haya definido, lo que a su vez exige que exista interés previo en lo planteado y que la convocatoria se difunda a través de los medios que sean los más adecuados para ese grupo comunitario. Una vez logrado ese

⁴ BANDURA, 1977, p. 257

primer acercamiento, y convocados los líderes de opinión que tengan una vinculación profunda con la población objetivo, la intervención prosigue a través de mensajes y acciones que cumplan con las características de pertinencia, claridad y facilidad de comprensión para esa población. Pero la intervención no concluye cuando se ha establecido el aprendizaje de la información ni de las capacidades, sino que se continúa a través del seguimiento y apoyo a la aplicación de lo aprendido, de manera de vigilar el adecuado mantenimiento del cambio, una vez que el nuevo comportamiento ha demostrado sus ventajas y ha recibido el apoyo social para ser incluido entre los patrones de comportamiento aceptado dentro del grupo comunitario. Tanto la adecuación de las acciones desarrolladas como la medición de los resultados se logran a través de distintos procedimientos de evaluación, que se consideran en el Anexo 1, como parte del plan de acción.

Otras aportaciones al desarrollo de las intervenciones las aporta el modelo de Creencias hacia la Salud (Health Believes Model) de M.H. Becker (1974), que se basa en la teoría de las creencias analizada por J.P. Deonchy (1993) y se encuentra significativamente relacionado con el de las representaciones sociales, descritas por S. Moscovici. Considera que los hechos reales tienen menos importancia para el comportamiento que la manera en que se perciben, por lo que las creencias son las variables de más relevancia para decidir los comportamientos futuros. En cada creencia intervienen dos elementos: uno cognitivo y uno afectivo, cuya interrelación decide si el sujeto hará o no algo, como consumir una sustancia adictiva. Este modelo, propone cuatro categorías principales:

Peligro percibido. El sujeto cree o no que determinado comportamiento conlleva un riesgo serio para su propia salud.

Susceptibilidad percibida. Probabilidad percibida por el sujeto de ser afectado por determinada enfermedad o accidente. Si es alta, resulta más fácil cambiar de comportamiento.

Beneficios percibidos. Ventajas objetivas y valorables que el sujeto considera que tendrá como consecuencias la adopción de un comportamiento.

Dificultades percibidas. Es la creencia contraria a la anterior. El sujeto da más importancia a las dificultades para desarrollar un comportamiento, racionalizando su actitud.

Si bien las creencias están profundamente enclavadas en lo social, muchas de las intervenciones que las tienen en cuenta pretenden alcanzar resultados mediante la enseñanza de habilidades para la vida, o de técnicas de *afrontamiento*,⁵ dirigidas únicamente a que el individuo cuente con herramientas para la solución de sus problemas personales y las sepa aplicar. Desde el punto de vista de este trabajo, éstas pueden elevar la conciencia de los momentos de riesgo, así como los niveles de auto confianza y cuidado personal, pero difícilmente impactan en los elementos socioculturales que habíamos señalado como básicos para que el cambio individual se afiance en el contexto.

Para ello se requiere trabajar para elevar la consistencia y el apoyo de la red social, que puede ejercer un efecto de protección a sus miembros, no sólo ante crisis imprevistas o situaciones de fuerte estrés, sino con respecto a las normas y comportamientos aprobados socialmente, y en lo relativo a la aceptación, expectativas positivas y oportunidades de participación.

Desde el abordaje que se propone en este trabajo, las intervenciones requieren, entonces, formas de ligarse a la dinámica propia del grupo comunitario, que no pretendan modificar su cohesión y sus normas básicas o valores, sino que ofrezcan herramientas para que sus miembros incidan favorablemente en su calidad de vida. Esto no implica únicamente la búsqueda de condiciones óptimas de vivienda o infraestructura, ni tampoco de una elevación significativa de los niveles de instrucción, puesto que estos elementos pueden no ser concebidos como los más importantes por la población de que se trate. Cada grupo social definirá su propia forma de percibir que su vida es más gratificante o satisfactoria, con lo cual posiblemente evite el uso perjudicial de sustancias adictivas y el desarrollo de dependencia. Para ello podríamos utilizar, en cuanto a las comunidades, la frase que el político estadounidense Herbert Kleber utilizó con respecto al tratamiento del adicto "habilitación más que rehabilitación". Esto equivale a actuar como facilitadores, para que el grupo en su conjunto y cada uno de sus miembros perciba la presencia de los factores

⁵ Las técnicas de afrontamiento incluyen aquéllas de tipo "anticipatorio o preventivo, que implica conductas de solución de problemas (afrontamiento comportamental), que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante; esfuerzos para cambiar la interpretación o la importancia percibida de una situación (afrontamiento cognitivo); y esfuerzos para evitar las tentaciones, que pueden utilizar tanto afrontamiento comportamental (por ejemplo, dejar de frecuentar ciertos sitios o ciertas compañías), como afrontamiento cognitivo (por ejemplo, distracción o bloqueo de pensamiento). CAZARES y BEATTY, 1994, p. 333.

protectores básicos para evitar el desarrollo de dependencias, que ya hemos descrito: sentirse parte de un grupo, ser aceptado por éste y reconocer en sí la capacidad para controlar la vida.

6.2 Requisitos para la acción: coordinación y permanencia

Para generar un efecto redundante, que potencie los resultados dentro de la red de estructuras sociales, impactando así la salud de la comunidad y los núcleos familiares, es indispensable contar con el apoyo del mayor número posible de sectores y grupos de diferente tipo de la localidad; y que los mismos se integren a la tarea de manera coordinada. Habrá que incluir tanto a todos los grupos de edad (de manera de cubrir el ciclo vital completo); como los diferentes sectores (público, privado y social) implicados. Entre éstos se incluirán no sólo las instituciones públicas, sino también las empresas, agrupaciones y organismos no gubernamentales, abarcando todos los ámbitos de acción: sanitario, educativo, social, recreativo, deportivo, cultural, comunicativo, laboral y legal.

Esta integración permite superar los problemas de reduccionismo que fueron comentados en trabajos previos (Millé, 1986) y que nacieron de la imposibilidad de cubrir desde un mismo abordaje las acciones basadas en los cuatro modelos que ya se mencionaron: médico-sanitario, sociocultural, psicosocial y ético-jurídico. Además, posibilita que las reglamentaciones y normas en cuanto a la disponibilidad, comercialización y consumo de sustancias lícitas e ilícitas sean congruentes con las políticas e intervenciones.

El gran número de instancias convocadas a participar en las intervenciones de promoción de la salud, si bien fundamental para que las acciones se apoyen mutuamente e impacten en el ambiente social de la comunidad, genera grandes dificultades en la coordinación de las mismas. Por ello, todos los convocados a participar acuerdan y desarrollan un plan general, que se mantenga durante un periodo prolongado de tiempo, adecuando sus abordajes mediante un proceso constante de seguimiento y evaluación.

Para mantener la coherencia entre las actividades de una misma intervención, y entre éstas y el plan general, resulta básico definir el marco teórico, que sirva de fundamento a los

objetivos generales y los específicos de cada acción y que de él se deriven las estrategias y líneas de acción. Explicitar el sustento teórico, discutir abiertamente cuál es la definición que se tiene de la salud a la que se tiende, es una etapa fundamental, previa a la implantación de las acciones. Si se la pasa por alto, si se supone que el grupo de trabajo posee una misma formación y por ende comparte un mismo marco teórico, con frecuencia se generan problemas en la implantación de las acciones, a través de boicoteos de la tarea, conscientes o no. Adicionalmente al acuerdo que se gesta entre los profesionales implicados en la acción, éste se enclava en el consenso entre los miembros de la comunidad, tanto con respecto a los fundamentos conceptuales como en cuanto a las estrategias básicas a seguir, basadas en el conocimiento de la situación específica, adecuadas a las expectativas, prioridades e intereses del grupo comunitario y congruentes con las reglamentaciones vigentes y también con las normas y costumbres de la localidad, las representaciones y los valores en que éstas se fundamentan, al motivar a la reflexión y la acción sobre esferas del mundo de la vida de difícil acceso. Esto es destacado por Habermas, cuando explica cómo se fundamenta cada decisión en los valores culturales de un grupo social:

Los valores culturales trascienden los cursos fácticos de acción; se condensan formando síndromes históricos o biográficos de orientaciones valorativas, a cuya luz los sujetos pueden distinguir la *vida buena* de la reproducción de la *simple vida*. Pero las ideas de la vida buena no son representaciones relativas a un deber-ser abstracto; acunán de tal suerte la identidad de grupos e individuos, de modo que constituyen parte integrante de la cultura o personalidad de que se trate. Así, la formación del punto de vista moral va de la mano de una diferenciación en el terreno de lo práctico: las cuestiones morales, que en principio pueden decidirse racionalmente bajo el aspecto de si los intereses en juego son o no son susceptibles de universalización, es decir, bajo el aspecto de justicia, pueden distinguirse ahora de las cuestiones evaluativas, las cuales se presentan en su aspecto más general como cuestiones relativas a la vida buena (o a la autorrealización) y sólo resultan accesibles a una discusión racional dentro del horizonte aporético de una forma de vida históricamente concreta o de un modo de vida individual... Dentro del horizonte de un mundo de la vida, los juicios prácticos deben tanto su concreción como su fuerza motivadora a la conexión interna que guardan con representaciones de la vida buena, cuya validez nadie pone en duda.⁶

En consecuencia, el éxito de la tarea de la promoción de la salud derivaría de la definición de *vida buena* de la comunidad, sin intentar imponer modelos ajenos. Esta condición estaría impuesta por las características de la sociedad actual, que también señala J. Habermas, “las

⁶ HABERMAS, 1995, p. 79-80.

respuestas morales sólo pueden mantener ya la débil fuerza motivadora que caracteriza a las ideas; al verse privadas de las evidencias de fondo que caracterizan a todo lo que es ingrediente del mundo de la vida, pierden también la fuerza impulsora que poseen los motivos empíricamente eficaces." Por eso en lugar de permanecer en "el delgado y enrarecido aire de las buenas intenciones y opiniones" es preciso obtener "el auxilio de la eficacia socializadora del entorno", promoviendo "patrones de socialización y procesos de formación que fomenten el desarrollo moral y el desarrollo del yo de los jóvenes e impulsen los procesos de individualización por encima de los límites de una identidad convencional, de una identidad atendida a determinados roles sociales."⁷

Simultáneamente al intento de incidir en normas, creencias y representaciones, las intervenciones pueden encaminarse a elevar el nivel de conciencia, la sensibilización que permite el desarrollo de la percepción de autocontrol. De esta manera, el sujeto puede llegar a modificar sus patrones de consumo de sustancias, de la misma forma que cualquier otro tipo de consumo, que como también señala J. Habermas en la *Teoría de la Acción Comunicativa*, sirven de expresión dentro del mundo de la vida, al haberse el sujeto ligado al sistema administrativo como consumidor. Los *patrones de socialización*, que menciona J. Habermas como capaces de enfrentar las perturbaciones del mundo de la vida, no necesariamente se ligan a la repetición mecánica de la tradición, sino que ésta es asumida a través de *estructuras posconvencionales* que exigen "un modo reflexivo de tradición que ligue con fuerza la renovación de tradiciones a la disponibilidad, a la crítica y a la capacidad de innovación." Esta reflexión sobre motivaciones y patrones de conducta individuales y sociales puede ser motivada mediante procesos de sensibilización, como los que se incluyen en la promoción de la salud.

Otras características de importancia son la permanencia y la sustentabilidad, las que se encuentran vinculadas, si bien la primera se refiere a la continuidad en las intervenciones, exigida para que las modificaciones, que necesariamente se dan a largo plazo, se lleven a cabo a través de un decantamiento de pequeños cambios redundantes. Pero además, la segunda toma en cuenta los problemas que se derivan de que, una vez que el organismo promotor abandona su apoyo técnico y financiero, se pueda perder la continuidad de los

⁷ *Ibidem*, p. 89.

esfuerzos y los resultados se desvanezcan. La sustentabilidad no puede darse sin que las acciones propuestas sean consideradas importantes por el grupo meta y que éste tenga la capacidad para llevarlas a cabo, con un mínimo de apoyo externo. Para ello deben preverse recursos que permitan hacer frente a las necesidades básicas del proyecto y generar mecanismos que faciliten el automantenimiento, sin comprometer el desarrollo de otras actividades que sean relevantes para la comunidad.

6.3 Sustento científico, basado en la evidencia

Una de las exigencias que, en las últimas décadas, se imponen a las intervenciones y servicios en materia de desarrollo social y salud, es que demuestren su efectividad. Esto no nace únicamente de la necesidad de evidenciar una relación positiva, en cuanto a la inversión de los recursos humanos y materiales, lo que siempre ha sido un tema de controversia con respecto a los programas relacionados con el bienestar de la población. Más bien, se intenta que el proceso que se siga, se lleve a cabo de manera planeada y sistemática, que tienda hacia objetivos alcanzables, cuya obtención pueda verificarse. Así, puede quedar en claro la utilidad de su posible permanencia y la validez de su replicación en poblaciones con características semejantes a aquélla en la que se implantó.

Para que esa verificación sea posible, el proceso de seguimiento ha de concebirse desde un inicio. Así, para cumplir con esta condición de contar con sustento científico, toda intervención en promoción de la salud se apoya, ya sea en un estudio de demostración, cuando se trata de un abordaje novedoso, o en experiencias previas que hayan obtenido resultados satisfactorios, medidos a través de procesos de evaluación científicamente desarrollados. Sin embargo, como se señala en la monografía **Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health**, del Mental Health and Special Programs Branch (MHSPB) del gobierno de Australia⁸, no sólo no existen suficientes datos de intervenciones exitosas, sino que la definición de indicadores de salud es insuficiente para poder medir adecuadamente tales intervenciones: “sin embargo, al profundizarse la comprensión de los procesos causales que intervienen en la salud será posible desarrollar intervenciones mejor

planeadas y obtener resultados más significativos.” Uno de los requisitos para la obtención de evidencias científicas es la de contar, dentro del proceso de estudio, con grupos control. Ello no resulta difícil de cumplir, en el caso de grupos poblacionales de fácil delimitación y comparación, como son quienes padecen de una enfermedad en la que pueden registrarse signos precisos de evolución. Se aplica así a una parte de ellos un tratamiento específico, mientras que en otros no se desarrolla tal tratamiento o se les proporciona un placebo, para luego comparar los resultados. Sin embargo, es difícil seguir este mismo proceso en intervenciones que se dirigen a los factores socioeconómicos más amplios que inciden en la salud, tales como la situación de ingresos, la infraestructura sanitaria y educativa, las condiciones ambientales o el desarrollo comunitario.

En efecto, modificar favorablemente este tipo de factores y dejarlo de hacer en otra comunidad, entraña problemas no sólo éticos sino políticos; sobre todo si se tiene en cuenta que los resultados podrán apreciarse en los indicadores de salud y bienestar sólo a largo plazo. Por eso será difícil que tales intervenciones “puedan apoyarse en evidencias demostrables a través de estudios aleatorios controlados – considerados como óptimos para generar evidencia científica, dado que tales comprobaciones simplemente no son obtenibles en ese nivel. Debe buscarse otro tipo de evidencias, que incluyan información epidemiológica, por ejemplo.” Esto implica que la información tiene que provenir de estudios científicos confiables y no emanar de la opinión, con frecuencia sesgada y manipulable, de los usuarios de los servicios o la población beneficiada.

Así, la información recabada en cuanto a estadísticas vitales u otros estudios epidemiológicos puede servir de línea de base, previa a la implantación de la intervención, que será contrastada con aquella recopilada al acabar la misma, o al cabo del plazo que se haya fijado para el seguimiento. El problema es que, con frecuencia, no se cuenta con tal información, o la misma no es reciente o no se ajusta a las especificidades de la población definida como objetivo, o a la condición o situación que se pretende modificar. Si se solucionan estos obstáculos, “las necesidades de obtener información basada en la evidencia

* Commonwealth Dt. of Health, 2000, p. 17.

proporcionan formas de identificar y validar los factores protectores de la salud y de la resiliencia tanto individuales como comunitarios.”⁹

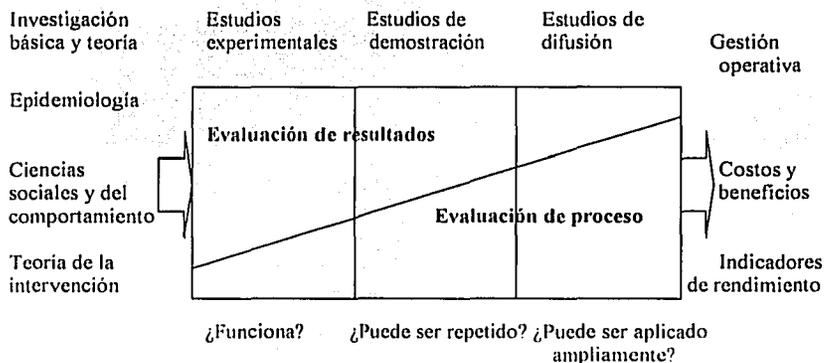
Es preciso destacar la relevancia que ha adquirido en los últimos años el desarrollo de indicadores, el monitoreo y la evaluación permanentes, que permiten definir y demostrar los resultados de las intervenciones en promoción de la salud y cuya metodología de aplicación se propone en el Anexo 1. La evaluación puede dar cuenta de los recursos otorgados por los patrocinadores o las autoridades del sector público, pero sobre todo la información que aporta representa un instrumento de trabajo indispensable para el grupo operativo. Así, ya no se concibe que se implanten acciones que no incluyan algún tipo de proceso evaluativo, que también se integra dentro del plan de acción, determinando qué actividades se evaluarán, porque es importante contar con los datos y a quién se entregará la información, sirviendo de base para adecuar el desarrollo del programa, evitando los obstáculos que se hayan evidenciado y actualizando los procedimientos en forma permanente.

Existen distintos tipos de evaluación, que se complementan y arrojan diferentes datos, para cumplir diversos objetivos. Los abordajes más usuales pueden incluirse en dos grupos; en cuanto a la de resultados, permite conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de acción. Algunos investigadores incluyen dentro de este abordaje la evaluación de impacto, que reporta las modificaciones a mediano y largo plazo, atribuibles al proyecto, en la comunidad amplia, con respecto a los indicadores de salud planteados; o en su defecto, en cuanto a la prevalencia de una situación o una condición, o de un problema o trastorno. El otro abordaje es la evaluación de proceso, que analiza la adecuación en el desenvolvimiento de las acciones y puede también incluir la determinación de la eficiencia en la aplicación del recurso, en función de los beneficios obtenidos por la población objetivo. Ambos procesos de evaluación son integrados por Nutbeam y sus colaboradores (1997) en el diagrama que se incluye a continuación, en el que se señalan las ciencias y los abordajes de investigación que fundamentan la evaluación; el tipo de estudios que se desarrollan desde la primera aplicación del programa hasta su difusión amplia; a qué preguntas responde cada uno de ellos; así como la información que arrojan.

⁹ *Ibidem*, p. 21

Como se observa en la Gráfica 6.1, ambos procesos de evaluación se llevan a cabo desde el inicio del proyecto y en forma simultánea. La evaluación de proceso sigue la operación, registrando si cada actividad ha sido llevada a cabo en la forma y con los recursos humanos capacitados y los materiales necesarios, según se planteó en el plan de acción. Para ello cuenta con los instrumentos de registro, que serán completados por los operadores de la actividad, la población objetivo y los supervisores que realicen ejercicios de observación y seguimiento.

Gráfica 6.1
Evaluación de proyectos de promoción de la salud



Fuente: Nutbeam et al, 1996.

En cuanto a la evaluación de impacto, a través suyo puede obtenerse información acerca de: "la repercusión directa, impacto económico, social e impacto político... en relación con su meta declarada, el equilibrio entre sus costos y beneficios, su efecto sobre la trama de la vida social y los intereses políticos del gobierno."¹⁰ La evaluación de resultados, sobre todo en cuanto al impacto en la salud, se apoya en la construcción de indicadores, los que pueden definirse como una variación cuantificable, con relación a un nivel inicial, de una situación,

¹⁰ FRANKISH et al., 2000, p. 66.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

o de conocimientos, actitudes o comportamientos de individuos o grupos específicos y delimitados. Al determinarlos se plantea la situación de ese momento, así como la proporción de modificación mínima requerida en un tiempo definido.

En cuanto a la promoción de la salud, existen problemas para el desarrollo de indicadores, porque no se cuenta con suficiente información acerca de los elementos que ya hemos considerado como fundamentales para determinar la salud. Frankish y sus colaboradores plantean algunos obstáculos metodológicos relacionadas con la identificación y definición de indicadores apropiados:

- Actualmente no hay indicadores disponibles sobre las dimensiones positivas de la salud (aparte de los correspondientes a las reducciones de morbilidad y mortalidad);
- Es difícil establecer medidas *holísticas* que combinen las dimensiones objetivas y subjetivas de la salud;
- No es claro cómo se podrían captar los factores contextuales relacionados con el estado de salud y;
- No existen indicadores orientados en el nivel comunitario, sino solamente indicadores basados en la suma de medidas individuales.¹¹

En consecuencia, la exhaustiva revisión documental, paso inicial del diagnóstico situacional, debe evidenciar los vacíos de información. Aunque recabarlos encarece el proceso y lo dificulta (dado que exige la elaboración de indicadores e instrumentos *ad hoc*) es imprescindible contar con los mismos para determinar la línea base, sobre la que pueden evaluarse los resultados obtenidos mediante la aplicación del programa o de algunas de sus actividades. El mismo equipo de investigadores australianos que se citaron al inicio de esta sección señala el componente ético que debe tener la investigación evaluativa. Con ello enfatizan que no puede llevarse a cabo sólo con un interés por la investigación en sí, ni para la recopilación de datos acerca de la población, sino siempre para facilitar o adecuar el desarrollo de la intervención; o para observar sus resultados tanto inmediatos, como a mediano o largo plazo. Asimismo, destacan la importancia de difundir en la población general la información obtenida, que puede ir elevando la *alfabetización en salud* y el apoyo de la comunidad a las intervenciones para promoverla.

¹¹ *Ibidem*, p. 88.

Como vemos, una intervención en promoción de la salud no es un proceso fácil, sino que conlleva enfrentar una serie de obstáculos, que analizaremos en la próxima sección. De todas maneras, ha alcanzado resultados promisorios en las diversas experiencias evaluadas en diferentes partes del mundo; además de que, como consideraremos a continuación, su misma concepción parte de un esfuerzo de imaginación y creatividad, que abandona los caminos que quizás fueran eficientes en décadas pasadas, pero que no ofrecen respuesta a las características propias de esta etapa de la modernidad, que hemos comentado en los primeros capítulos.

6.4 Obstáculos que enfrentan las intervenciones

Es preciso considerar que, si bien la amplitud de los objetivos perseguidos por la promoción de la salud es una de sus principales ventajas para su aplicación en áreas cuyos factores propiciadores provienen, en gran parte, de lo social, esta misma característica le confiere grandes dificultades para su implantación.

Consideraremos en primer lugar los problemas que se generan en el caso de una intervención específica, en un contexto comunitario. Uno de los obstáculos surge de la dificultad de aceptación del paradigma de la promoción de la salud, que pone como meta la elevación de la salud y calidad de vida, evitando la inercia de focalizar la atención en la enfermedad y la disminución del riesgo. Como hemos analizado, la misma medicalización característica de nuestra época ha propiciado el énfasis en la patología, que puede ser descrita y delimitada en síntomas y signos específicos, en lugar de la salud, cuya definición como rasgo de la vida cotidiana representa más dificultades y pasa desapercibida. Distintos investigadores han demostrado la necesidad de definir este término con más exactitud, evidenciar su operatividad mediante la delimitación de indicadores apropiados. Así, aún documentos que colocan a la salud como objetivo, como es el Plan Nacional de Promoción de la Salud Mental de Australia (1998), al sintetizar sus resultados enlista una mayoría de indicadores que se siguen refiriendo al control de enfermedades y no hacia la promoción de la salud.

El segundo obstáculo es que el cumplimiento de los objetivos con frecuencia implica modificar costumbres arraigadas, hábitos y estilos de vida; todo ello genera rechazo, no sólo en la población objetivo sino también en las autoridades y líderes comunitarios y religiosos. Este rechazo al cambio representa un obstáculo para la mayoría de los proyectos de desarrollo social, pero en cuanto a la promoción de la salud, como acabamos de comentar, se acentúa por la falta de convencimiento de la posibilidad de lograr algún tipo de modificación por parte del mismo equipo que planea e implanta las acciones; de ahí la necesidad de trabajo y discusión previas a la operación del proyecto.

Adicionalmente, la promoción de la salud exige contar con un equipo que pueda desprenderse de la planeación, toma de decisiones y conducción de la intervención para quedar como apoyo y referente externo del grupo comunitario. El desarrollo mismo de las actividades implica la ampliación paulatina del compromiso comunitario, mientras que el equipo técnico pasa a un segundo plano. Esto puede generar dos riesgos: que los mismos profesionales boicoteen, a veces inapercibidamente, la consecución de la movilización social; o que sea el grupo comunitario que demande que la operación quede en manos de los técnicos externos, en lugar de que éstos sólo apoyen o den seguimiento a las tareas. Así, a los profesionales se les exige, por un lado comprometerse con la tarea y por el otro asumir la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad o grupo, lo que en ocasiones resulta un impedimento insalvable.

Por otra parte, la interdisciplinariedad que debe estar presente en el equipo de trabajo para poder cubrir las diversas áreas que todo proyecto de promoción de la salud implica (salud, educación, trabajo, cultura, recreación) demanda la convergencia no sólo de especialidades sino también de áreas de adscripción diferentes, lo que puede provocar también problemas para la conducción y la aplicación de recursos. En efecto, si bien a veces esto parece imposible de superar en lo federal o nacional, también en el contexto local (municipio, delegación) es difícil de solucionar, aun si con frecuencia los mismos funcionarios tienen responsabilidades en varias de estas áreas. Existen, también en lo local, cotos de poder y redes de influencias que pueden representar obstáculos que es preciso tener en cuenta.

Por último, la gran amplitud de los objetivos en ocasiones hace que los resultados se diluyan y pasen desapercibidos, con lo que se agudiza la dificultad de obtener los recursos necesarios

para mantener el apoyo. Con ello se desvanece la posibilidad de que persistan tendencias hacia un cambio positivo y significativo de patrones de comportamiento. Además, en cuanto a problemas como la dependencia a sustancias ilícitas, que representan un asunto que preocupa a sectores amplios de la población, puede resultar incomprensible que las acciones se desarrollen hacia la promoción de la salud, en las que no se observe claramente el resultado en cuanto a ese problema. Esto supone todo un proceso previo de lo que en la política de Australia se ha denominado *alfabetización de la población*, para que se sensibilice y comprenda la importancia de los abordajes de este tipo, y sus implicaciones a mediano y largo plazo en distintos problemas que, como la conducta sexual riesgosa, el uso de sustancias adictivas, la alimentación inadecuada y tantos otros no pueden ser erradicados mediante la vacunación universal, ni por medidas radicales, de efectos observables de inmediato.

6.5 Enfoques críticos a la aplicación de la Promoción de la salud

En cuanto a la promoción de la salud como fundamento de políticas públicas se han realizado diversos enfoques críticos. Desde la sociología, S. Nettleton y R. Bunton (1995) desarrollaron un análisis que los divide en tres grupos.

El primero, al que denominan **estructural**, enfoca su atención en que las ideas sobre la vida saludable las definen los que detentan el poder, contribuyendo así a la marginación de grupos sociales que pasan a ser rotulados como *en riesgo*, *vulnerables* o *desviados* y "pueden pasar por alto, y contribuir a fortalecer la institucionalización del racismo, sexismo y homofobia."¹² Adicionalmente, al implantarse los proyectos y elevar la sensibilización acerca de las repercusiones del estilo de vida personal en la salud, puede caer en otro tipo de estigmatizaciones como la *culpabilización de la víctima*, que ya hemos comentado. Por ella, la salud pasa a ser una responsabilidad personal, y quien se enferma o presenta cualquier tipo de problema no sólo se enfrenta con las consecuencias de los trastornos, sino además debe sentirse culpable, por no haberse cuidado adecuadamente. Por último, dentro de este abordaje crítico pueden también incluirse quienes enfatizan la importancia de la

¹² NETTLETON y BUNTON, 1995, p. 45.

estrecha vinculación entre economía y ecología, y que señalan que la responsabilidad del Estado de controlar el uso de los recursos naturales por parte de las empresas públicas y privadas, en ocasiones se descuida. Así las acciones relativas a la promoción de la salud no sólo no prestan atención suficiente a los problemas ecológicos, sino que sirven de elemento de distracción de la opinión pública, a la que parece complacerse a través de las acciones desarrolladas.

El segundo enfoque crítico es el denominado de **vigilancia**. Éste se concentra en “los programas y tecnologías de promoción de la salud y cómo éstos sirven, por un lado, para monitorear y regular a la población y, por el otro, para construir nuevas identidades.”¹³ Para esta corriente crítica, la misma democratización de los conocimientos sobre la salud, el acceso más amplio y horizontal a servicios, instrumentos y datos, puede hacer que se pase por alto que, de todas maneras, se trata de modelos impuestos y no generados por la población. Otro aspecto que levanta suspicacias en los investigadores de este grupo de críticos es que los datos que la población suministra, en los estudios cualitativos que se desarrollan para el diagnóstico situacional previo a las intervenciones, pueden ser nuevos instrumentos de control, al ser utilizados como investigaciones de mercado acerca de consumidores potenciales. Esto vendría a reforzar los comentarios de W. Mitchell sobre los bancos computarizados de información, así como la definición del *potencial de riesgo*, tanto de individuos como grupos, que los coloca fuera del circuito de préstamos y seguros. Así, los proyectos de promoción de la salud tenderían a dirigirse hacia quienes se encuentran sensibilizados y preparados por su acervo cultural y sus recursos, para aprovechar las ventajas que las intervenciones les ofrecen.

La tercera y última corriente crítica es la que se denomina **del consumo**, que analiza la cultura del consumidor, y su relación con la construcción de estilos de vida. Para estos críticos, la promoción de la salud alienta el consumo de bienes y servicios que contribuyen a estar *en forma* y tener una *buen imagen*. Se apoyan en los estudios acerca del hábitus de Bourdieu, que ya hemos comentado, para afirmar que “los límites entre la promoción de salud y la promoción comercial de la salud son cada vez más confusos... La imagen de la salud parece reducirse a lo que promulgan las industrias de la reducción de peso, de los

¹³ *Ibidem*, p. 47.

cosméticos y del ejercicio corporal... La noción de responsabilidad personal hacia la salud sirve los intereses de los productores y empresarios de servicios."¹⁴ Como se destacó en cuanto a la *alfabetización en salud*, en el capítulo anterior, los medios de comunicación masiva estarían alentando, no a tomar medidas para elevar la calidad de vida, sino a repetir y fortalecer estereotipos.

S. Nettleton y R. Bunton señalan que las tres líneas críticas parten de la observación de implantaciones inadecuadas de la estrategia, que no deberían presentarse si el abordaje pusiera en práctica los postulados que hemos señalado como básicos. Si analizamos el primero de los enfoques críticos, podemos observar que si realmente se fortalece la movilización comunitaria, como propone la promoción de la salud, se incrementará el nivel de atención y exigencia de las comunidades acerca de la resolución de sus problemas y necesidades consideradas como prioritarias por esos mismos grupos. Por ello, será más difícil para el Estado no sólo culpabilizar de apatía y negligencia a los miembros de las comunidades, sino también desatender sus obligaciones sobre la ecología.

En cuanto al segundo enfoque, es preciso destacar lo que señalan los autores en cuanto a que "las evidencias sugieren que los cambios en el comportamiento individual hacia la salud no tienen un impacto uniforme en la población."¹⁵ Así, los que se encuentran en mayor desventaja serán los que menos se benefician, acentuándose las asimetrías, en lugar de disminuirse. Es por eso tan relevante la tarea de *alfabetización en salud*, que permite remover prejuicios, suspicacias y derrotismo, a la par que elevar la apreciación de los recursos disponibles en la misma comunidad, o aquéllos que se pueden fortalecer o generar. En un proyecto coordinado por la autora en los Centros de Desarrollo Comunitario de la Delegación Coyoacán, por ejemplo, se logró que las mujeres adultas de grupos vulnerables que participaron en grupos de trabajo, reconocieran sus capacidades e intereses y se integraran a distintas actividades, que cada una de ellas escogió, que satisfacían sus preferencias y abrían para ellas nuevas formas de expresión y creatividad.

Por último, en lo que respecta al tercer enfoque crítico, el hecho de que la estructura comercial se apropie de la búsqueda de la salud para la venta de productos, habla de que esa

¹⁴ *Ibidem*, p. 49.

preocupación por estar saludable ya ha pasado a ser un rasgo de la comunidad. En efecto, esto señala que la sensibilización a la que tiene la alfabetización que acabamos de comentar ya se ha realizado, por lo que esas empresas se dirigen a un sector de población que consideran tiene deseos o requerimientos acerca de esos productos. Puede tratarse de un segmento pequeño, de los primeros convencidos acerca de la importancia de ese tema, pero de la misma manera que son detectados por la estructura publicitaria comercial, pueden ser utilizados como foco de arrastre para otros sectores de la comunidad, cumpliendo así el proceso de cambio hacia una mejor calidad de vida.

También es de destacar lo que los autores comentan, en cuanto a que se analicen las intervenciones, tratando de “integrar, mediante investigación empírica y teórica, los más recientes desarrollos, dentro de la sociología.”¹⁶ Asimismo, todas las objeciones mencionadas revelan las dificultades y desviaciones más notorias de la aplicación de la estrategia de promoción de la salud.

6.6 Promoción de la salud ¿Utopía o posibilidad?

Así, llegamos a definir la importancia de utilizar a la promoción de la salud como estrategia, constituyendo a la salud como meta social. La búsqueda compartida de mejores condiciones de bienestar y de calidad de vida puede sonar a utopía: pensar en un mundo fraterno, en el que cada quien busque su propia satisfacción, pero sólo a partir de la preocupación por el bienestar de los demás, parece demasiado alejado de la vida cotidiana y de la situación global para resultar alcanzable. Sin embargo, son muchos los teóricos contemporáneos que exigen esta visión utópica como la única que puede superar la esclerosis del desenvolvimiento social, reactivar la creatividad del pensamiento sociológico, abandonar la inercia que trae consigo el aceptar como ineludible la globalización, la inequidad, la discriminación, para buscar soluciones diferentes, benéficas para todos.

¹⁵ *Ibidem*, p. 51.

¹⁶ *Ibidem*, p. 58.

Por eso afirma J. Attali: "La última característica del discurso utópico es que sólo pueden entenderlo los que se arrojan el derecho de exigir un futuro mejor; más vasto y más rico, los que piensan que la desgracia o la resignación no resumen el lote definitivo que les toca: en pocas palabras, los mediocres no necesitan utopías."¹⁷ Si queremos incidir en el futuro, no podemos ahorrarnos un regreso a la utopía. Sin temor a mostrarnos ingenuos, es preciso arriesgarnos a soñar.

Pero tal ensoñación, como acabamos de plantear en el capítulo anterior, no parte sólo del buen propósito y la mejor de las intenciones, sino de la definición clara, precisa y sistemática de la situación actual y de las posibilidades a futuro. En efecto, también la utopía puede provocar parálisis, cuando la propuesta se encuentra demasiado lejana a la posibilidad de hacerse realidad. En este caso, permanecería como relato de ficción, al que ni siquiera es preciso darle sustento, porque no pretende ser aplicable. Por eso señalan L.F. Abreu y cols. la presencia de "dos casos extremos: el primero consiste en reducir nuestras expectativas para hacerlas coincidir con la realidad, a esto se le llama disolver el problema. El segundo requiere establecer una estrategia para transformar la realidad y hacerla coincidir con nuestros objetivos, a esto se le llama resolver el problema."¹⁸

Además del sustento teórico y del proceso creativo de diseño de objetivos, la promoción de la salud propugna por una solución que no sea impuesta ni diseñada verticalmente, desde arriba, trátese de la estructura gubernamental o de los organismos de la iniciativa privada. Por el contrario, se postula, como ya hemos considerado, por una integración de esfuerzos, en el que se motive y movilice la gestión comunitaria, sin olvidar el necesario apoyo de las áreas de salud y bienestar gubernamentales y privadas. Es desde esta perspectiva que se genera la propuesta de A. Gorz, cuando afirma: "La sociedad no existe más que donde los individuos asumen la autonomía a la cual los ha condenado la desintegración de los vínculos tradicionales y la quiebra de las interpretaciones transmitidas, y donde ellos se dan a la tarea de inventar, partiendo de ellos mismos, valores, objetivos, relaciones sociales, que puedan convertirse en gérmenes de una sociedad próxima... Los retos, hoy, no son de proteger y defender sino de reconquistar y de extender una esfera en la cual prevalezca la

¹⁷ ATTALI, 2000, p. 55.

¹⁸ ABREU et al., 2000, p. 24.

autorregulación de nuestras formas de cooperación social y la autodeterminación de los contenidos de nuestra vida.”¹⁹

Así, A. Gorz está adscribiéndose al marco planteado de promoción de la salud, al poner en claro que en lo individual y lo social tenemos que hacer uso de esa nueva libertad de creación para alimentar una nueva concepción de sí en el grupo social, en el que se logren “reconquistar espacios de autonomía en los que podamos querer lo que hacemos y responder en consecuencia.”²⁰

En este mismo orden de ideas, J. Attali comenta: “En la utopía de la fraternidad, cada cual está interesado en que los otros estén en plena posesión de sí mismos y, por tanto, en que tengan buena salud y estén bien formados... Cada cual tendría así los medios de descubrir el modelo de éxito y de bienestar que le conviene, y de elegir su propia definición del saber y de la salud. Cada cual sería feliz por la expansión diferenciada de los otros y se nutriría de sus diferencias.”²¹

Este sentido de la fraternidad implicaría el logro de un ambiente social diferente, al que nos hemos referido en los tres últimos capítulos de este texto, pero sobretodo en cuanto a la promoción de la salud. Supone tal modificación una relación en la que todos los miembros de la sociedad apoyen su propio desenvolvimiento, mediante el del otro, como señalan A. Giddens (2001) y otros autores, entre los que destacan G. Baumann (2001), U. Beck (1998) y A. Gorz (2000), al referirse a la Unión Europea, como exponente de la apertura de fronteras y el incremento de las interrelaciones económicas, pero también culturales, para el mejor rendimiento de los recursos y el beneficio de todos los Estados miembro. Para lograrlo, tanto U. Beck como A. Gorz y J. Attali plantean la formación de “Un sistema fiscal planetario, construido en torno a un impuesto sobre las transacciones financieras, (que) permitiría asegurarle a cada terráqueo una renta mínima mundial de formación, que sería desembolsada por cada gobierno nacional y subvencionada si fuese necesario por la estructura continental.”²²

¹⁹ GORZ, 1991, p. 220.

²⁰ *Ibidem*, p. 211

²¹ ATTALI, 2000, pp. 134-135.

²² *Ibidem*, p. 142.

Pensar en ideas utópicas puede ser la única salida para el estancamiento, dado que, en palabras de E. Morin (1994): "No estamos al fin de la historia de las realizaciones del pensamiento, más bien estamos en la prehistoria del pensamiento humano. Estamos en un periodo inicial en el que hay que repensar las perspectivas de un conocimiento y de una política dignos de la humanidad en la era planetaria, para que la humanidad pueda nacer como tal. Y debemos trabajar en el azar y la incertidumbre."²³

Como perspectiva hacia el futuro, Norbert Elias (1985.b) propone: "No debemos simplemente considerar la forma en que pueden construirse las coacciones en el individuo, en el curso de su crecimiento, para que, en la medida de lo posible, no mutilen ni limiten sus posibilidades personales de gozo. Debemos considerar también cómo desarrollar una estructura de poder que no construya en la persona formas de coacción cuya única función sea el mantenimiento del desequilibrio de poder existente."²⁴ Existe un paralelismo con la visión de A. Giddens (1990), cuando se cuestiona acerca de la forma de "remoralizar la vida social", de manera de que "las disparidades entre países ricos y pobres puedan reducirse", en momentos en que "cuanto más se regresa a asuntos existenciales, más encontramos desacuerdos morales" y nos enfrentamos con la situación de que "no existen principios éticos transhistóricos." Para responder a tales problemas "se requiere una reconstrucción de gran envergadura de las políticas emancipatorias, así como la consecución de compromisos de vida política, ya que la emancipación supone una transformación en la vida política"²⁵, enraizada en la forma en que se lleva la vida, en lo personal.

Pasaremos, a continuación, a extraer conclusiones en las que se intenta vincular el camino que abre la estrategia de promoción de la salud con los principales rasgos y características de la situación actual de re enraizamiento, que se presentan en la sociedad y el sujeto.

²³ MORIN, 1994, p. 441.

²⁴ ELIAS, 1985b, p. 126

²⁵ GIDDENS, 1990, p. 231.

Conclusiones

En el recorrido de temas de este trabajo se ha focalizado la atención acerca de los procesos sociales y las características del sujeto que propician la ambigüedad, la falta de certeza. Además, se ha vinculado estos rasgos actuales con el fortalecimiento de la independencia y autonomía del sujeto, que provocan a su vez la percepción de desprotección, de inseguridad. Todo ello, que se hizo notorio durante la segunda crisis de la modernidad, repercute en distintos tipos de reacciones, que se producen como intentos de re enraizamiento, entre las cuales las dependencias son una manifestación relevante.

La dependencia, así, está presente en forma simultánea con su opuesto: la independencia, ya que, como hemos visto, un polo de la antinomia supone y apoya la existencia del otro. Esta antinomia, además, forma parte del sustrato mismo que cementa la sociedad, que permite a los miembros de un grupo social percibir cohesión y pertenencia; y también autonomía e individualidad.

Resultaría necesario, en consecuencia, reconocer y fortalecer los elementos que favorecen el devenir individual y social, intentando desarrollar condiciones que propicien tanto la percepción de auto control, como de seguridad, sentido y pertenencia. Eso es justamente, como hemos visto, lo que propone la promoción de la salud, que se constituye como "un proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual."¹

En esta sección, como conclusión, pondremos de relieve los elementos de esta estrategia que le permiten dar respuesta a las características de la sociedad y el sujeto actuales, que hemos destacado como propiciadoras de las dependencias. También señalaremos en estas

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1999, p. 11.

conclusiones algunos atributos o rasgos presentes en la actualidad que pueden ser utilizados en las intervenciones.

I. Promoción de la salud: Vía para enfrentar la ambigüedad

La ambigüedad se hace evidente, como ya hemos comentado, a través de la presencia de diversas antinomias. Estas constituyen un entramado dentro de nuestra época que no puede, ni tiene porqué, ser disuelto. Lo que se requiere es incrementar la percepción de control del sujeto y su grupo social acerca de la posibilidad de manejar y convivir entre tales polos, sin que se provoquen conflictos o excesos de incertidumbre, que lleven a la búsqueda de dependencias.

La promoción de la salud permite dar cauce a la movilización hacia la ampliación de la capacidad de comprensión y aprovechamiento óptimo del entorno, sobre todo en cuanto a la importancia que otorga al diagnóstico del contexto y el desarrollo de estilos de vida y ambientes saludables. Un ejemplo de ello lo encontramos en la implantación por el Gobierno de Australia del Plan Nacional de Promoción de la Salud Mental, desde 1992, que ha demostrado interesantes logros. Los estudios de seguimiento y evaluación han evidenciado un incremento en indicadores de *bienestar emocional y social*², en los que se observa un cambio en la percepción social acerca de su situación.

Por otra parte, una de las posibilidades de mayor relevancia que otorga la utilización de la promoción de la salud es que, si es llevada a cabo con las condiciones que ya hemos planteado de integralidad y permanencia, permite impactar en todos los ámbitos de la vida cotidiana de la población. Con ello se evita el desarrollo de abordajes reduccionistas, que, al centrarse sólo en una manifestación de un problema, como sería el uso de sustancias adictivas, desatienden los múltiples factores que intervinieron en su generación y, por lo mismo, mantienen la situación que pretenden combatir.

² AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS, 1998, p. 14.

2. Nuevas formas de pertenencia

Como hemos considerado en los primeros capítulos de este trabajo, nos encontramos ante un proceso de *re-enraizamiento*, iniciado a partir de la segunda crisis de la modernidad, que describimos siguiendo a P. Wagner. Esa crisis generó rupturas en los marcos tradicionales de adscripción que provocaron, durante el periodo actual, la búsqueda de nuevas formas de pertenencia. Entre ellas hemos destacado los *neotribalismos* en lo social y otras nuevas estructuraciones. La promoción de la salud, al fortalecer las redes de apoyo social, las agrupaciones de ayuda mutua y la movilización en pro del bienestar compartido, responde a esta necesidad de adscripción y sentido.

Un ejemplo de esto lo da el documento del Gobierno de Canadá de evaluación y seguimiento del Plan Nacional de Promoción de la Salud Mental. Allí se afirma: "Las prácticas que alcanzaron resultados especialmente significativos se llevaron a cabo con la asociación de los grupos específicos, en todas las fases del proceso... en el desarrollo, implantación y evaluación de las acciones."³

Así, quienes se comprometen en la elevación de sus propias condiciones de vida y de la de su grupo comunitario, que dedican atención a factores como el empleo, la equidad, la inclusión, no sólo dan curso a su propio potencial de gestión y creatividad, sino que se perciben como miembros activos de un grupo que pasa a poder ser definido como tal. También se ha observado que los proyectos de promoción de la salud, al tener como base "la participación social... democratizan el saber y amplían los espacios de decisión de quienes han sido tradicionalmente excluidos de la posibilidad de influenciar determinaciones en materia de salud fuera del perímetro familiar."⁴

Otro ejemplo, que describe nuevas formas de integración y pertenencia, no planeadas centralmente sino que se presentan casi espontáneamente, nos lo presenta G. Baumann, en su análisis de la comunidad británica de Southall. Allí, a pesar de políticas gubernamentales de *quotas*, que propician la segregación y el aislacionismo entre cada segmento cultural, la convergencia de diversos grupos culturales minoritarios, de migrantes, que se asientan en un mismo contexto urbano de un país central, y que comparten inevitablemente espacios y

³ CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, 1998, p. 96.

problemas, ha generado una interesante muestra de *multiculturalismo*, con manifestaciones propias de la zona, particularmente notables en jóvenes y niños, que están tendiendo hacia la constitución de redes de reconocimiento, apoyo mutuo y cooperación, como las que propicia la promoción de la salud.

Uno de los elementos que hemos comentado que no ha sido suficientemente analizado y que podría servir de sustento a intervenciones que promuevan la salud, a través del fortalecimiento de nuevas redes de adscripción, son las nuevas tecnologías. Así como las grabadoras de *cassettes* y las videograbadoras han sido utilizadas en décadas pasadas para fortalecer la integración en redes entre comunidades aisladas (C. Millé, 1993), también el uso de las redes de cómputo, de Internet y correo electrónico puede facilitar la formación de nuevas redes de apoyo y adscripción, nuevas formas de interacción. Esto lo ha destacado M. Castells (1999) como factor indispensable para la comprensión de la sociedad y el sujeto actuales, pero no ha sido analizado suficientemente en cuanto a su utilización en la vida cotidiana. Así, J. Attali indica: "Cada vez más colectividades fraternales reunirán no sólo a los habitantes de un territorio determinado, sino también a los miembros de una o de varias redes",⁵ poniendo de relieve que la desterritorialización puede ser vista como un problema en cuanto al desarraigo, pero también como desencadenante del reconocimiento de campos de afinidad por intereses compartidos, que motiven diferentes y novedosos apoyos y vinculaciones.

Por supuesto que también se pueden concebir los inconvenientes del acceso a datos personales, en cuanto a la pérdida de privacidad y a la capacidad ampliada de control, por parte del Estado y-o de los intereses del mercado, que M. Foucault (1982) preveía, cuando hablaba del panopticismo. En nuestros días, como señala W. Mitchell: "las nuevas tecnologías permitirán que el mercado -y ya no el Estado- se asegure de la sumisión de los consumidores-ciudadanos. Los bancos de datos lo sabrán todo de ellos. Se podrá seguir el rastro, escuchar y saberlo todo de todo el mundo: consumidores solventes, naturales honorables o personas con antecedentes penales. Se requerirá que cada cual vele permanentemente por su propia conformidad con una norma social necesaria para la conservación de un estatuto social." Pero el temor a lo nuevo no debe constituirse en un

⁵ ROUX, 1992, p. 144.

impedimento para la búsqueda y aprovechamiento de estos instrumentos de formación de nuevas comunidades.

3. Salud como meta, para reducir la incertidumbre

En el capítulo 2 mencionamos los procesos que describe A. Melucci para explicar las fuertes variaciones, la falta de estabilidad de instituciones, escenarios, relaciones y datos, con las que se enfrenta el sujeto en la actualidad, procesos que incrementan la sensación de incertidumbre. La promoción de la salud, al ofrecer como meta el mejoramiento de las condiciones de vida y el desarrollo social, elementos básicos de la definición de salud a la que nos hemos adscrito, proporciona un marco a los esfuerzos individuales y sociales, que los organiza y ordena. Así, las nociones de complejidad o caos dejan de representar un motivo de inmovilización para el sujeto, que puede reducir su percepción de heterocontrol por parte de fuerzas que lo superan, e integrarse a su comunidad en un proyecto conjunto.

No se propone la promoción de la salud como una bandera que es preciso abrazar, ni pasa esa estrategia a constituirse en un nuevo Gran Relato. Más bien, lo que se desea es que también desde el sujeto, como desde la estructura político-administrativa, se abra el debate sobre las nuevas posibilidades y las añejas carencias y se busquen soluciones que no sólo beneficien a los pocos que han sabido aprovechar los cambios.

Así, mientras hasta el momento las corrientes neoliberales han dejado en una indefensión cada vez más notoria a segmentos amplios de la población, la promoción de la salud retoma la responsabilidad básica del Estado de pugnar por el bienestar de todos. Con ello no se regresaría al paternalismo, que lleva consigo la imposición de esquemas e ideas de los que detentan el poder hacia sus *representados*, sino que se respondería a las prioridades autodefinidas por el sujeto y su comunidad. Esa estructura tendría como principal tarea dotar a la población de los instrumentos que ésta perciba que requiere, para promover su salud.

⁵ ATTALI, 2000, p. 139.

4. Promoción de la salud, enclave para la formación de la identidad

La estrategia comentada proporciona varios elementos que pueden ser utilizados para facilitar la definición de la identidad individual. Entre ellos se puede destacar la relevancia otorgada al desarrollo de estilos de vida que tiendan hacia la salud. Como ya se analizó, el estilo de vida hace reconocibles los rasgos identitarios y su formación no sólo responde a la inercia de dejar que transcurra la vida, sino que activa la reflexión personal y la elaboración de una narración autobiográfica, pudiendo ser motor de percepción de mayores niveles de autocontrol y resiliencia.

Es por ello que los programas dirigidos a la rehabilitación de las adicciones no sólo se dirigen al abandono del consumo de la sustancia de la que se trate, sino que también tienden a la construcción de un nuevo estilo de vida, a través del cual pueda definirse de manera diferente la identidad del ya *ex adicto*. Por eso, los programas que han demostrado ser más exitosos poseen varios de los elementos que hemos mencionado en cuanto a las intervenciones de promoción de la salud, entre los que destacan la reflexión y el trabajo sobre lo emotivo y lo conductual, construcción de redes de ayuda mutua, atención integral y actividades educativas o laborales, todo aquello que facilite los elementos necesarios para esa construcción de una identidad individual y grupal con elementos que sean satisfactorios para la persona, y que también contribuyan al bienestar del grupo social.

Esto puede ser fomentado, ya no en el adicto, sino en la población de las comunidades, por las intervenciones de promoción de la salud, a la par que inciden sobre otras áreas del estilo de vida, como la expresividad, en cuanto a la ampliación de la capacidad de expresar afectos y emociones; así como la creatividad, en la detección e implantación de soluciones novedosas.

Con frecuencia la utilización de estos últimos elementos parece restringirse a quienes han logrado un dominio en las artes, tal como lo propone J. Habermas (1987), como posible solución de las perturbaciones del mundo de la vida en el plano personal. Como señala J. Ellul, el artista en el presente "no está limitado rigurosamente por nada, ninguna coacción, ningún precedente, ningún imperativo. Se ha repudiado la forma y el sentido al mismo tiempo que se adquiere la autonomía hacia la materia... Así, la libertad es doble. No se debe obedecer a un modelo, se pone en cuestión todo estilo, escuela, institución. La libertad se

convierte en la capacidad de crear, de hacer surgir nuevas potencialidades, de recrear una nueva cultura."⁶ Lo que describe J. Ellul en cuanto a la mayor autonomía de los creadores, a quienes no se les impone ya que pertenezcan a una Academia, con corrientes y reglas claras de estilo y género, puede ser ampliado a todos aquéllos que viven en la sociedad actual, si se apropian conscientemente de esa mayor dimensión de autonomía y la utilizan para expresar y crear formas de desarrollo personal y del entorno.

Así, una intervención de promoción de la salud, necesariamente tendrá que plantearse el fortalecimiento de la percepción de autocontrol de los miembros de la comunidad, con lo cual quizás no se evitará la experimentación con sustancias adictivas o con otros comportamientos de riesgo, pero sí tanto la utilización de esas sustancias en forma crónica, que pueda desarrollar una dependencia, como el uso excesivo, que provoque una intoxicación aguda o una sobredosis.

5. Re enraizamiento y promoción de la salud

Las consideraciones anteriores intentan demostrar que la estrategia de promoción de la salud representa una vía para el proceso de re enraizamiento actualmente en curso. Este proceso se dará, de todas maneras, dado que los nuevos rasgos de la sociedad y el sujeto se van incorporando a las formas de reconocerse y los estilos de vivir. Pero la promoción de la salud permitiría que tal proceso sacara el mayor rendimiento de los elementos novedosos. En efecto, la inestabilidad producida por el cambio no se tendría que asumir como inevitable, el aumento de las relaciones entre culturas no necesariamente tendría que conducir a una mayor inequidad, los instrumentos tecnológicos no sólo se presentarían como incomprensibles o inalcanzables, sino que todo ello podría servir de apoyo para la obtención de mejores condiciones y calidad de vida.

En cuanto a las dependencias, como manifestaciones de ese proceso de re enraizamiento, podrían perder su atracción como proveedoras de sentido y pertenencia, al ofrecerse otras vías, otras raíces, más satisfactorias. Por otra parte, el uso de drogas ilícitas, en un enfoque de este tipo, se desmitifica y pasa a ser dimensionado como uno de los patrones de

⁶ ELLUL, 1980, p. 231

comportamiento sociales actuales, que puede modificarse al desarrollar vías alternativas y positivas, en cuanto a la definición de identidad. Pierde, así, el consumo de drogas esa aura especial que se le ha conferido socialmente, que lo convierte en una amenaza externa e imbatible, lo que lleva a alejarse de los medios con los que puede ver reducida su importancia. Aceptar la inutilidad de focalizarse únicamente en una de las manifestaciones de dependencia, para considerarlas como un elemento en un espectro de comportamientos y estilos de vida, trae como consecuencia la necesidad de abordajes que impacten no sólo en lo individual, sino también en lo social, de manera de cubrir la mayor cantidad de elementos que hemos observado en los dos primeros capítulos como propiciadores de tales problemas de dependencia.

Por eso, reconocer la acentuación del desarraigo en estas últimas décadas no debe llevar a concluir que la fragmentación y el desamparo son inevitables en lo social, sino más bien a detectar, valorar y optimar la utilización de nuevos recursos, situaciones, instrumentos. En efecto, si la visión fatalista conduce a la inmovilidad, la imaginación creativa puede lograr un mejor aprovechamiento de elementos que, de todas maneras, están presentes en la sociedad y en la vida cotidiana. Entre éstos se pueden propiciar formas de vida que, como pretende la promoción de la salud, abran espacios para asumir la libertad como una elección.

Como cierre de ese trabajo, nos unimos a las palabras de I. Prigogine: "No podemos tener la esperanza de predecir el futuro, pero podemos influir en él. En la medida que las predicciones deterministas no son posibles, es probable que las visiones del futuro, y hasta las utopías desempeñen un papel importante en esta construcción. Hay personas que le temen a las utopías; yo le temo más a la falta de utopías."⁷

⁷ PRIGOGINE, 1994, p. 412.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

H

Bibliografía

- ABREU, Luis F. et al. (2000): *Problemas y dilemas en la definición de la calidad de vida*, en M. DALTABUIT et al., eds. *Calidad de vida, salud y ambiente*, México: Anthropos.
- ALEXANDER, B. (1987): *The Disease and Adaptive Models of Addiction: A Framework Evaluation*, en J. *Drug Issues*, 17, pp. 47-66.
- ALEXANDER, J.C. y P. SZTOMPKA (1990): *Rethinking Progress*. Boston: Unwin Hyman.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: DSM IV. APA.
- ANDERSON, T. L. (1998): *Drug Identity, Change Processes, Race, and Gender. II Microlevel Motivational Concepts*, en *Substance Use and Misuse*. 33, 12, pp. 2469-2483.
- ARIF, A. y G. EDWARDS (1982): *Nomenclatura y clasificación de problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol*, en *Bol. Of. Sanit. Panamer.* 93, 5, pp. 468-487.
- ATTALI, Jacques (1991): *Milenio*. México: Seix Barral.
(1993): *El regreso del tribalismo*, en *Nexos*. 181, pp. 29-34.
(2000): *Fraternidades, una nueva utopía*. Barcelona: Paidós.
- AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS (1998): *Second National Mental Health Plan*. Canberra: Commonwealth Dt. of Health and Aged Care.
- BANDURA, A. (1977): *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BATESON, G. et al. (1992): *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.
- BAUDRILLARD, J. (1978): *A la sombra de las mayorías silenciosas*. Barcelona: Kairós.
(1987): *El sistema de los objetos*. México: FCE.
(1988): *El éxtasis de la comunicación*, en JAMESON, *La posmodernidad*. Barcelona: Kairós, pp. 187-198.
- BAUMAN, Zigmunt (1996): *Modernidad y ambivalencia*, en BERIAIN ed., *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona: Anthropos.
(2001): *The individualized society*. Oxford: Policy Press.
- BAUMANN, Gerd (2001): *El enigma multicultural*. Barcelona: Paidós.
- BECK, Ulrich (1998): *Qué es la globalización*. Barcelona: Paidós.
(1996): *Teoría de la sociedad del riesgo*, en BERIAIN ed., *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona: Anthropos.

BECKER, B. J. (1997): *Meta-Analysis and Models of Substances Abuse Prevention*, en *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. Rockville: NIDA.

BECKER, M. H. (1974): *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare: Ch. B. Slack.

BECOÑA IGLESIAS, Elisardo (1999): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas.

BELL, Daniel (1977): *Las contradicciones culturales del capitalismo*. México: CONACULTA - Alianza.

(1985): *La Sociedad Postindustrial*, en MORAGAS ed., *Sociología de la comunicación de masas*. Vol. IV. Barcelona: G. Gily.

BENARD, B. (1997): *Resiliency Research en Resiliency in Act*. (Winter), pp 13-18.

BERGER, Peter y Thomas LUCKMANN (1994): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

BLANCO ABARCA, Amalio (1992): *La psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para el final del siglo XX?* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

BOUDON, Raymond (1987): *L'ideologie ou l'origine des idées reçues*. Paris: Fayard.
(1984): *La place du desordre*. Paris: PUF.

BOURDIEU, P. (1979): *La distinction*. Paris: Minuit.

(1985): *Entrétiens*, vol. 6. *La société*. Paris: Ed. La Decouverte.

(1990): *Sociología y cultura*. México: CONACULTA - Grijalbo.

BOZARTH, M. et al. (1989): *Influence of Housing Conditions on the Acquisition of Intravenous Heroine and Cocaine Self-Administration in Rats* en *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. 33, pp. 903-907.

BRADLEY, A. (1997): *Concepts and Terminology on Demand Reduction*. Londres: ISSA.

CALAFAT, E. et al. (1992): *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*. Mallorca: S.P.S.-SASS.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION (1998): *Mental Health Promotion in Practice*. Toronto: Canadian Mental Health Association.

CARVALHO, J.J. de (1995): *Las dos caras de la tradición: lo clásico y lo popular en la modernidad latinoamericana*, en *Cultura y pospolítica. El debate sobre la modernidad en América Latina*. México: CONACULTA.

CASTELLS, M. (1999): *La era de la información*. Vol. I y II. México: Siglo XXI.

- CASTORIADIS, Cornelius (2000): *Ciudadanos sin brújula*. México: Ediciones Coyoacán.
- CASTRO, M. E. y Carmen MILLÉ (1997): *Construye tu vida sin adicciones - Manual Población Adulta*, México: CONADIC.
- CATALANO, F. Richard, Rick KOSTERMAN, J. David HAWKINS, Michael D. NEWCOMB (1996): *Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model*, en *Journal of Drug Issues*, 26, 2, pp. 429-455.
- CAZARES, A. y L.A. BEATTY eds. (1994): *Scientific Methods for Prevention Intervention Research*. Rockville: NIDA.
- CECHIN, Gianfranco (1994): *Construccionismo social e irreverencia terapéutica*, en *Nuevos paradigmas. Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, pp. 333-350.
- CERTEAU, M. de (1974): *La culture au pluriel*. Paris: UGE.
- COMMITTEE TO IDENTIFY RESEARCH OPPORTUNITIES IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF ALCOHOL-RELATED PROBLEMS (1992): *Prevention and Treatment of Alcohol-Related Problems*, en *Journal of Studies on Alcohol*. 53, 1, pp. 5-16.
- CONADIC – INP – SSA (1998): *Encuesta Nacional de Adicciones, ENA*. México: SSA. (1994): *Reglamento de protección a los no fumadores*. México: SSA.
- COTTA, A. (1980): *La société ludique*. Paris: Grasset.
- DALTABUIT, Magali et al. eds. (2000): *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: UNAM.
- DEAN, K., C. COLOMER y S. PÉREZ HOYOS (1995): *Research on Lifestyles and Health: Searching for Meaning*, en *Social Science Med.*, 41, 6, pp. 845-855.
- DEBORD, G. (2001): *La sociedad del espectáculo*. Barcelona: Pretexto.
- DÉBRAY, Régis (1996): *El arcaísmo posmoderno*. Buenos Aires: Manantial.
- DECONCHY, JP. (1993): *Sistemas de creencias y representaciones ideológicas*, en S. MOSCOVICI ed. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- DESJARLAIS, Robert, Leon EISENBERG, Byron GOOD y Arthur KLEIMAN (1997): *Salud mental en el mundo*. Washington: OPS-OMS.
- DIELMAN, T. E. et al. (1991): *Environmental Correlates of Adolescent Substance Use and Misuse: Implications for Prevention Programs*, en *International Journal of Addictions*, 25, 7, pp. 855-880.
- DOISE, Willem et al. (1992): *Représentations sociales et analyses de données*. Francia: Presses Universitaires de Grenoble.

- DORFLES, G. (1985): *Nuevos ritos, nuevos mitos*. Barcelona: Lumen.
- DUMONT, R. (1983): *Sociedad del consumo*. Madrid: Herder.
- ECO, Umberto (1968): *Apocalípticos e integrados*. Barcelona: Lumen.
(1987): *La estrategia de la ilusión*. Buenos Aires: Lumen.
- EDWARDS, G. (1994): *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- ELIAS, Norbert (1985a): *El proceso de civilización*. México: Fondo de Cultura Económica.
(1985b): *Entretiens avec Le Monde. Vol. 4. Civilisations*. Paris: La Decouverte.
- ELLUL, Jacques (1980): *L'empire du non sens*. Paris: PUF.
- FLAY, B. R. y J. PETRIATIS (1994): *The Theory of Triadic Influence*, en *Advances in Medical Sociology*. 4, pp. 19-44.
- FLICHY, P. (1982): *Las multinacionales del audiovisual*. Barcelona: G. Gilli.
- FORD, Anibal. (1994): *Navegaciones, comunicación, cultura y crisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FOUCAULT, M. (1981): *Un diálogo sobre el poder*. Madrid: Alianza.
(1976): *Les jeux du pouvoir*, en Grisoni ed. *Politiques de la philosophie*. Paris: B. Grasset.
- FRANKISH, C. J. et al. (2000): *La evaluación del impacto de la salud como una herramienta para la promoción de la salud de la población y las políticas públicas*, en *Salud de la Población*. Washington: Health Canada-OPS OMS.
- FREUD, Sigmund (1970): *El malestar en la cultura*. México: Alianza.
- FREUND, Julien (1983): *Sociologie du conflit*. Paris: PUF.
- FUNKHOUSER, J.E., E. N. GOPLERUD y R.O. BASS (1991): *Current Status of Prevention Strategies*, en *A Promising Future: Alcohol and Other Drug Problem Prevention Services Improvement*. (Prevention Monograph, 10) Rockville: OSAP, pp. 17-82.
- GALINDO CÁCERES, Jesús coord. (1998): *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Addison Wesley Longman-CONACULTA.
- GARCÍA CANCLINI, Néstor (1999): *La globalización imaginada*. México: Paidós.
- GARCÍA MILLÉ, Leonor (1998): *Travel to Europe: Four Latin American Travel Writers*, Warwick, University of Warwick (tesis):

- GARCÍA MILLÉ, Ma. de Guadalupe (1995): **Consumo de bienes culturales**. México, ITAM (tesis).
- GARCÍA RODRÍGUEZ, J. ed. (1994): **Tratado sobre prevención de las drogodependencias**. Madrid: Fundación Drogodependencias.
- GARDNER, S.E. y P. J. BROUNSTEIN eds. (2001): **Principles of Substance Abuse Prevention**. Rockville: SAMHSA, NCADI.
- GAUCHET, Marcel (1988): **Le desencantement du monde**. Paris: Gallimard.
- GIDDENS, Anthony (1990): **The Consequences of Modernity**. Stanford: Stanford University Press.
 (1996): *Teoría de la sociedad del riesgo*, en BERIAIN **Las consecuencias perversas de la modernidad**. Barcelona: Anthropos.
 (1991): **Modernity and Self - Identity**. Stanford: Stanford University Press.
 (2001): **La Tercera Vía y sus Críticos**. Madrid: Taurus.
- GIMÉNEZ, Gilberto (1992): *La identidad social o el retorno del sujeto*, en **Versión**, 2, pp. 183-205.
- GIMÉNEZ, Gilberto y Ricardo POZAS H. coords. (1994): **Modernización e identidades sociales**. México: UNAM-IIS-IFAL.
- GOFFMAN, E. (1989): **Estigma, la identidad deteriorada**. Buenos Aires: Paidós.
 (1983): **La presentación de la persona**. Buenos Aires: Paidós.
- GOFIN, J. e I. LEVAC (1992): *Vigilancia y evaluación en los problemas de salud mental comunitaria*, en **Temas de Salud Mental en la comunidad**. Washington: OPS-OMS.
- GONZÁLEZ, Julio (1997): *De la Higiene a la Promoción de la Salud*, en **Manos por la Salud**. México: IMSS-OPS.
- GONZÁLEZ ZORRILLA, C (1987): **Drogas y control social**. Barcelona: Colección Poder y control.
- GOODE, E. (1990): *The American Drug Panic of the 1980s: Social Construction or Objective Threat?*, en **International Journal of Addictions**, 25, 9, pp. 1083-1098.
- GORCEZNY, Anthony J. y Colleen O'HALLOVAN (1995): *The Future of Psychology in Health Care*, en **Handbook of Health and Rehabilitation Psychology**. New York: Plenum Press.
- GORMAN, D.M. (1996): *Etiological Theories and the Primary Prevention of Drug Use*, en **Journal of Drug Issues**. 26, 2, pp. 505-520.
- GORZ, André (1991): **Métamorphose du travail**. Paris: Du Seuil.
 (2000): **Miserias del presente, riqueza de lo posible**. Buenos Aires: Paidós.

GRIZE, J.P., Pierre VERGES y Ahmed SILEM (1987): *Salariés face aux nouvelles technologies. Vers une approche sociologique des représentations sociales*. Paris: Ed. du Centre National de la Recherche Scientifique.

GUERRA AGUILERA, J.C. (1985): *Código Penal*. México: Ed. PAC.

HABERMAS, Jürgen (1981): *Historia y crítica de la opinión pública*. Barcelona: Gustavo Gili.

(1987): *Teoría de la acción comunicativa I y II*. Madrid: Taurus.

(1988): *Modernidad, un proyecto inconcluso*, en JAMESON, *La posmodernidad*. Barcelona: Kairós.

(1989a): *Identidades nacionales y postnacionales*. Madrid: Tecno.

(1989b): *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid: Cátedra.

(1990): *La posmetafísica*. Madrid: Taurus.

(1993): *Los usos pragmáticos, éticos y morales de la razón práctica*, en HERRERA coord. *Jürgen Habermas, moralidad, ética y política*. México: Alianza Editorial.

(1995): *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Buenos Aires: Paidós.

HANCOCK, T. (1997): *Prioridades sociales, institucionales y gubernamentales. La salud es benéfica*, en *Manos a la salud*. México: IMSS - OPS.

HEALTH CANADA (2000): *Estrategias para la salud de la población*, en *Salud de la Población*. Washington: H.C.-OPS, OMS.

HERRERA, María coord. (1993): *Jürgen Habermas, moralidad, ética y política*. México: Alianza Editorial.

HOPENHAYN, Martín (1997a): *Después del nihilismo*. Santiago: Andrés Bello.

(1997b): *La grieta de las drogas*. Chile: ONU-CEPAL.

(2000): *La droga más allá de la droga*, en *La Jornada*, Suplemento (julio).

HUNTINGTON, Samuel (1996): *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. New York: Simon & Schuster.

INFANTE, Claudia et al. (2000): *Paradigmas en la relación entre calidad de vida y salud*, en DALTAUBUIT et al. *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: UNAM - INI.

JAMESON, Frederic (1988): *Posmodernismo y sociedad de consumo*, en JAMESON, ed. *La posmodernidad*. Barcelona: Kairós, pp.165-186.

(1995): *The seeds of time*. New York: Columbia University Press.

JANSEN, Mary ed. (1992): *A Promising Future: Alcohol and Other Drug Problem Prevention*. (OSAP Monograph 10) Rockville: USDHHS.

JESSOR, R. (1987): *Problem Behavior Theory*, en *British Journal of Addictions* 82, pp. 331-342.

JESSOR, R. y S. L. JESSOR (1977): **Problem Behavior and Psychosocial Development**. New York: Academic Press.

JOHNSTON, L. (1982): **Student Drug Use**. Rockville: NIDA.

JONES, Maxwell (1985): *Social Learning*, en **The Therapeutic Community Today**. Rome: CIS.

KANDEL, D.B. (1996): *The Parental and Peer Contexts of Adolescent Deviance: An Algebra of Interpersonal Influences*, en **Journal of Drug Issues**, 26, 2, pp. 289-315.

KASL, Charlotte (2000): **Mujeres, sexo y adicción**. México: Ediciones Ariadne.

KICKBUSCH, Ilona (1996): *Promoción de la salud, una perspectiva mundial*. En: **Promoción de la salud**. Washington: OPS-OMS.
(1996): *El autocuidado en la promoción de la salud*. En: **Promoción de la salud**. Washington: OPS-OMS.

KOLAKOWSKI, Leszek (1975): **La presencia del mito**. Buenos Aires: Amorrortu Eds.

KOTLIARENCO, M.A., I. CÁCERES y M. FONTECILLA (1997): **Estado del Arte en Resiliencia**. Washington: OPS-OMS.

LABONTE, R. (1996): *Promoción de la salud en la comunidad*. En: **Promoción de la salud**. Washington: OPS-OMS, pp. 153-165.
(2000): *Estrategias para la salud de la población*. En: **Salud de la Población**. Washington: Health Canada-OPS OMS.

LASCH, Christopher (1987): **The culture of Narcissism**. New York: W. Norton.
(1991): **The True and Only Heaven: Progress and its Critics**. New York: W. Norton.

LEFEBVRE, Henri. (1974): **La vida cotidiana en el mundo moderno**. Madrid: Alianza.

LEFF, E. (2000): *Notas breves sobre calidad de vida y racionalidad*. En: Magalí Daltabuit et al. **Calidad de vida, salud y ambiente**. México: UNAM - INI.

LEFORT, Claude. (1988): **Democracy and Political Theory**. Cambridge.

LEIGHTON, A. (1998): **The Character of Danger**. New York: Basic Books.

LETTIERI, D.J., M. SAYERS y H. WALLENSTEIN PEARSON eds. (1980): **Theories on Drug Abuse**. Rockville, EUA : NIDA.

LIPOVETSKY, Gilles (1986): **La era del vacío**. Barcelona: Anagrama.
(1994): **El crepúsculo del deber**. Barcelona: Anagrama.

LUHMANN, Niklas (1996): *El concepto de riesgo*. En: J. BERIAIN ed. **Las consecuencias perversas de la modernidad**. Barcelona :Anthropos.

- (1997): **Observaciones de la modernidad**. Barcelona: Paidós.
 (2001): **The reality of the mass media**. Stanford, EUA: Stanford University Press.
- LUHMANN, Niklas y Raffaele DE GEORGI. (1995): **Teoría de la sociedad**. México: U. de Guadalajara-U. Iberoamericana.
- LYOTARD, J.F. (1976): *Mise en perspective de la decadence*. En: **Politiques de la Philosophie**, Dominique Grisoni cd. Paris: B. Grasset.
 (1990): **La condición posmoderna**. México: REI.
- MAFFESOLI, Michel. (1990): **El tiempo de las tribus**. Icaria, Barcelona.
 (1993): **Au creux des apparences**. Paris: Du Seuil.
- MANDOKI, Katia. (1992): *Estética de la identidad y sus paradojas*. Versión Abril, p. 178.
- MARCUSE, H. (1969): **Cultura y sociedad**. Buenos Aires: Sur.
 (1973): **El hombre unidimensional**. México: J. Mortiz.
- MARTÍN GONZÁLEZ, A., F. CHACÓN FUERTES y M. MARTÍNEZ GARCÍA. (1993): **Psicología comunitaria**. México: Visor.
- MEAD, G. H. (1972): **Espíritu, persona y sociedad**. Buenos Aires: Paidós.
- MEDINA MORA, M. E. (2000): **Manual para elaborar el Diagnóstico situacional de las adicciones**. México: CONADIC-SSA.
- MEDINA VARÓN, P.N. y Guy Real Thivierge. (1996): **Pensar la prevención**. Paris : FIUC.
- MELUCCI, Alberto. (1999): **Acción colectiva, vida cotidiana y democracia**. México: El Colegio de México.
- MILIO, Nancy. (1986): **Promoting Health through Public Policy**. Ottawa : Canadian Public Health Association.
- MILLE, Carmen. (1986): **La utilización de los medios de comunicación en el abatimiento de la farmacodependencia**, Tesis, Licenciatura en Sociología. México: UNAM. FCPS.
 (1990) **Incomunicación y necesidad de comunicarse. Formas sustitutivas y opciones participativas**, Tesis, Maestría en Ciencias de la Comunicación. México: UNAM, FCPS.
 (1993): **La necesidad de comunicarse**. México: EDAMEX
 (1996): *Lineamientos para las campañas de comunicación social*. En: **Memorias del II Simposio Internacional sobre Farmacodependencia**. México: CIJ-Instituto Goethe.
 (1997 a): **Material de apoyo Diplomado en Adicciones**. México: UAM-X, FAV.
 (1997 b): *El diseño gráfico como exponente de la representación social del consumo de drogas*. ActualiSSate en Adicciones México: SSA Oct., pp.18-42.
 (1998 a): *Public awareness and the media*. En: **Proceedings of the USA and México Bi-National Demand Reduction Conference**. El Paso, Texas: CONADIC.

(1998 b): *Apuntes y documentos de apoyo. Diplomado en adicciones*. UAM-X - FAV, México.

(1999) *Los límites de la comunicación acerca de las sustancias adictivas*, *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México*, 582-583, Julio-Agosto, pp. 72-76.

MILLÉ, Carmen y Haydée ROISOVSKY. (2001): *Informe Final Proyecto IMJ-CRECE 2001*. México: CRECE.

(MILLÉ de) GARCÍA LIÑÁN, Carmen ed. (1982): *Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia*. México: CIJ.

(1987): *Dependencias, un producto de nuestro tiempo*. *Uno mas Uno Domingo* 27 de septiembre, p. 24.

(1990 a): *Alucinógenos*. Serie *Qué son las drogas*. México: Pax México, Arbol Editorial.

(1990 b): *Estimulantes*. Serie *Qué son las drogas*. México: Pax México, Arbol Editorial.

(1990 c): *Depresores*. Serie *Qué son las drogas*. México: Pax, México, Arbol Editorial.

MINC, Alain. (1990): *La vengeance des nations*. Paris: Grasset.

(2001): *Le nouveau moyen age*. Paris : Gallimard.

MIRANDA, Porfirio. (1993): *¿Qué hacer ante la modernidad?* *La Jornada Semanal*, 28 Nov., 233, pp. 35-44.

MITCHELL, William. J. (1995): *City of Bits, Space, Place and the Infobahn*. Mass. EUA: MIT.

MOLLA, M. y M. RAGUZ. (1993): *Trastornos de identidad en mujeres con problema de drogas*. Lima: PNUFID.

MOORE, G.F. et al. (1986): *Cocaine, Current Clinical Use and Potential Abuse*. *Nebraska Medical Journal*. 71, pp. 317-321.

MORA, Jazmín et al. (1992): *El concepto social del sí mismo en la rehabilitación del farmacodependiente*. *Psicología social en México*, pp. 173-178.

MORA-RÍOS, Jazmín, Claudia UNIKEL-SANTONCINI, Gabriela SALDIVAR-HERNÁNDEZ y Guillermina NATERA-REY. (1995): *Atribuciones de causalidad hacia las drogas en estudiantes de bachillerato*. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 1, pp. 23-31.

MORIN, Edgar. (1966): *El espíritu del tiempo*. Taurus, Madrid .

(1994): *La noción de sujeto y Epistemología de la complejidad*. En: *Nuevos paradigmas. Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, pp. 67-85.

MORLEY, David. (1996): *Televisión, audiencias y estudios culturales*. Buenos Aires: Amorrortu.

MOSCOVICI, S. (Ed.) (1976): **Social Influence and Social Change**. Londres: Academic Press.

(1988): **L'âge des foules**. Paris: Gallimard.

(1993): **Psicología social**. Vol. I y II. Barcelona: Paidós.

MOSKOWITZ, J. M. (1989): *Evaluating preventive efforts. A Critical Review of the Research Literature* **Journal of Studies on Alcohol** Jan., 50, pp. 54-87.

NETTLETON, S. y R. BUNTON (1995): *Sociological Critiques of Health Promotion*. En R. Bunton et al. ed. **The Sociology of Health Promotion**. U. K.

NEWCOMB, Michael D. (1996): *Pseudomaturity among Adolescents: Construct Validation, Sex Differences, and Associations in Adulthood*. **Journal of Drug Issues** 26, 2, pp. 477-504.

NORA, P. y Alain MINC (1978): **L'informatisation de la société**. Paris: La Documentation Française.

NURCO, David y M.B. BALTER (1983): *Narcotic Addiction A Changing Scene*. En: **Problems of Drug Dependence**. Rockville, EUA: NIDA.

(1999): *Comentarios*. En: **Memorias de la 1ª Conferencia México - EUA sobre Reducción de la Demanda**. Tijuana, México: CONADIC.

NUTBEAM, D. et al. (1996): *La evaluación en la promoción de la salud*. En: **Promoción de la salud**. Washington: OPS-OMS.

Oehmichen, Cristina. (2000): *Mujeres indígenas: la dimensión étnica y genérica para el estudio de la calidad de vida*. En: Magali Daltabuit et al. **Calidad de vida y ambiente**. México: UNAM-INI.

O'DONNELL, M. P. (1989): *Definition of Health Promotion*. **American Journal of Health Promotion**.

3, 3, p. 5.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1986): **Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, Ontario: Canadian Public Health Association.

(1984): **Health Promotion**. Ginebra: ICP/HSR 602 WHO-EURO, Carta de la OMS.

(1993 a): **Clasificación Internacional de Enfermedades, CIES 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento**. Madrid: Meditor y Libor Eds.

(1993 b): **28º Report. WHO Expert Committee on Drug Dependence**, Ginebra: WHO Technical Report Series nº 836.

(1997): **Declaración de Yakarta**. Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia.

(1998): **Review of the Constitution and Regional Arrangements of the WHO Executive Board**. Ginebra : Document EB101/7.

(1999): **Glosario de Promoción de la Salud**. Ginebra: WHO.

O.S.A.P. (1991): **Preventing Adolescent Drug Use. From Theory to Practice**. Prevention Monograph # 8. Bethesda, Md., EUA.

PALOMINO, B. y G. LÓPEZ. (2000): *La calidad de vida, expresión de desarrollo*. En: Magali Daltabuit et al. *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: UNAM - INI.

PEARCE, W. Barnett. (1994): *Nuevos Modelos y metáforas comunicacionales*. En: *Nuevos paradigmas. Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

PEELE, S. (1985): *The Meaning of Addiction*. Lexington Books. Lexington, EUA.

(1990): *A Values Approach to Addiction: Drug Policy that is Moral Rather than Moralistic*. *Journal of Drug Issues*, 20, 4, pp. 639-646.

PEELE, S. y A. BRODSKY. (1997): *Gateway to Nowhere. How Alcohol Came to be Scapegoat for Drug Abuse*. *Addiction Research*, 5, 5, pp. 419-426.

POLAINO-LORENTE, A. (1992): *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

PRIGOGINE, I. (1994): *El devenir de la ciencia y De los relojes a las nubes*. En: *Nuevos Paradigmas. Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

PUSKA, P. et al. (1996): *Estrategia basada en la comunidad*. En: *Promoción de la Salud*. Washington: OPS - OMS.

REICH, W. (1980): *La Psicología de masas del fascismo*. Barcelona: Brugera.

RIESMAN, David. (1981): *La muchedumbre solitaria*. Buenos Aires: Paidós.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. ed. (1994): *Health Psychology and Quality of Life Research*. Vol. I y II. Alicante, España: Health Psychology Di. Universidad de Alicante.

ROSOVSKY, H. (1994): *Accidentes y conducta violenta asociada a la ingesta de alcohol en la Ciudad de México*. Ponencia presentada en: *3a. Reunión Anual del Programa Universitario del Medio Ambiente*. México, D.F.: UNAM, Academia Nacional de Medicina.

ROUX, G. I. (1992): *La participación social en los programas de salud mental en la comunidad*. En: *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington: OPS.

RUIZ FERNÁNDEZ, J. (1998): *Estudio referente a conceptos y terminología en reducción de la demanda*. San Sebastián, España: Universidad de Deusto.

SAMHSA-CSAP. (2001): *Principles of Substance Abuse Prevention*. Rockville, EUA: DHHS.

SÁNCHEZ MARTOS, J. (1994): *Los profesores ante las drogas*. Madrid: Univ. Complutense-UNESCO.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo. (1993): *Modernidad, vanguardia y posmodernismo*, *La Jornada Semanal*, 28 de Nov., 233, pp. 25-30.

- SAUVAIN, C. (2000): *Un proyecto de vida para transmitir una vida de calidad*. En: Magali Daltabuit et al. *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: UNAM - INI.
- SAVATER, Fernando. (1994): *El contenido de la felicidad*. Madrid: El Pais-Aguilar.
- SCHAEF, Wilson A. (1987): *When Society Becomes an Addict*. San Francisco: Harper Row.
- SCHWEINHART, L. J., H.V. BARNES, y D.P.WEIKART (1993): *Significant Benefits of the High/Scope Perry Preschool Study Through Age High/Scope Educational Research Foundation*. EUA: Monograph 10, High/Scope Press.
- SFEZ, J. (1995): *Crítica de la comunicación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- SIMPOSIO INTERAMERICANO SOBRE PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS. (1997): *Nuevas Tendencias en Prevención de Drogas. Síntesis de la discusión por especialistas*. San José, Costa Rica: CICAD.
- SKUTLE, A. (1995): *Drinking and the Good Life: The Relationship between Alcohol Consumption and Well-Being among Male and Female Patients in Primary Health Care*. En: *The 8th Annual Conference of the EIHPs, Proceedings*. Valencia, España: EHPS.
- SZASZ, T. (1980) *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets.
- TABOR, M. (1989): *Chaos and Integrability in Non-linear Dynamics*. N.Y.: Wiley.
- TAMEZ, Silvia, Nancy MOLINA y Marco A. ZEPEDA. (1997): *Redes sociales, apoyo y salud*. En: *Manos a la salud*. México: IMSS - OPS.
- TOURAINÉ, Alain. (1987): *Le retour de l'acteur*. Paris : Fayard.
(1992): *Critique de la Modernité*. Paris: Fayard.
(1998): *¿Podremos vivir juntos?* México: FCE
- U. S. BUREAU OF JUSTICE (1990): *A Demand Reduction Guide*. Washington: Dt. of Justice.
- VATTIMO, G. et al. (1990): *En torno a la posmodernidad*. Barcelona: Anthropos.
- VEREEN, D. (1999): *Ponencia*. En: *Memoria de la II Reunión Binacional México - EUA sobre Reducción de la Demanda de Drogas*. Tijuana: CONADIC.
- VILLATORO, J. et al. (1997): *Prevalencia del uso de drogas y alcohol en estudiantes del D.F.* México: IMP-SEP.
(2001): *Encuesta sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior del D.F., medición otoño 2000*. México: INP, SSA y SEP.
- WAGNER, Peter. (1997): *Sociología de la modernidad*. Barcelona: Herder.

WESCOTT, G. et al.(1985): **Health Policy Implication of Unemployment**. Copenhagen: World Health Organization.

WIGLEY, M. (1994): *La deconstrucción del espacio*. En: **Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad**. Buenos Aires: Paidós.

WILLS, T. A. y S. SHEFFMAN. (1985): *Prevention in schools*. En: **Prevention and Treatment of Alcohol Related Problems. Research Opportunities**. Rockville, EUA: OSAP.

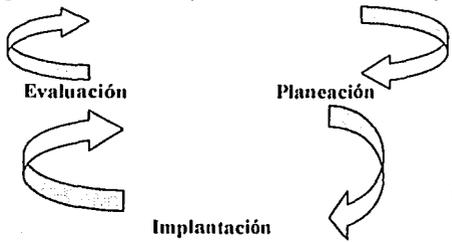
Anexo I. Desarrollo del plan de acción de una intervención en Promoción de la salud

Sin llegar a especificar la operación práctica de las intervenciones, se mencionarán en este apartado los elementos que deben considerarse para la integración de un plan de acción en promoción de la salud. Para eso hay que tomar en cuenta que se trata de un proceso de varios pasos, que la mayoría de los autores señalan que conforman un círculo, con lo que enfatizan que su mismo desarrollo va dando elementos para alimentar la adecuación y continuación de las actividades. Con ello se pone de relieve, asimismo, que el objetivo final, el estado de salud integral, que llega a la completud, nunca se alcanza, por lo que las intervenciones se proponen alcanzar resultados necesariamente parciales, de elevación de niveles o grados en los indicadores que se fijen.

Tomaremos como base el esquema planteado en la *Estrategia sobre Drogas de la Oficina de Asuntos relacionados con la Dependencia al Alcohol y Drogas del Gobierno de Canadá (1999)*.

Gráfica 1 Acciones básicas de las intervenciones en promoción de la salud

Diagnóstico situacional y detección de necesidades y recursos



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1. Diagnóstico situacional, detección de necesidades e inventario de recursos

Como primer paso, se analiza el contexto, a través de un diagnóstico situacional¹, en el que se dé cuenta de la situación de salud de la comunidad y, en el caso que nos interesa, la prevalencia del consumo de sustancias adictivas y de los trastornos asociados a tal consumo, así como de las manifestaciones de otras dependencias. Es necesario recabar la información ya elaborada, tanto la proveniente de estadísticas vitales y de censos; como la relativa a encuestas epidemiológicas, altas y bajas en instituciones de salud, servicios de urgencia y de medicina forense y la de ingresos y egresos de programas de tratamiento de adicciones. En caso en que no exista tal información relativa específicamente a la comunidad de que se trate, podrá hacerse uso de la referida a una localidad que le sea próxima, no tanto geográficamente, sino en función de las características socioculturales y las formas de vida de la población.

Estas generalizaciones y extrapolaciones entrañan el riesgo de que se parta de supuestos, no refrendados en la realidad.² Por lo mismo, es pertinente desarrollar un estudio de diagnóstico, para lo que pueden utilizarse los instrumentos que se vienen aplicando en hogares de México, desde 1974. La utilización de esos instrumentos permite la comparación de los datos obtenidos con los de la población mexicana que recaban las Encuestas Nacionales de Adicciones, ENA, en especial la última, cuyos resultados se presentaron en 2000 y que fue desarrollada por el Instituto Nacional de Psiquiatría, con el apoyo de CONADIC y otras instancias de la Secretaría de Salud.

En el diagnóstico situacional, toda esa información cuantitativa debe completarse con la cualitativa, que puede obtenerse mediante entrevistas a profundidad con personajes clave de

¹ Para mayor información acerca del tema, consultar el **Manual para elaborar el Diagnóstico situacional de las adicciones**. M. E. MEDINA MORA 2000. CONADIC-SSA, México.

² Un ejemplo claro de esta situación es la definición del consumo de sustancia ilícitas como un problema urbano, en México. Este supuesto sustentó la determinación de 14 ciudades de distintos estados de la República para el desarrollo de las ENA, aun si investigaciones recientes en Chihuahua, en poblaciones rurales en las que existe cultivo de marihuana y también de opio desde hace varias décadas, se evidenciaron patrones de utilización diferentes, con una proporción mayor de mujeres consumidoras y una prevalencia significativamente mayor que la media nacional. Informes de zonas de cultivo de Oaxaca apuntan datos similares.

la comunidad, no sólo las autoridades civiles y religiosas, sino también aquéllos que puedan ser valiosos como informantes, por su conocimiento y vinculación con la situación de la localidad. Además, es útil llevar a cabo grupos de discusión, que permitan conocer la percepción de la situación de salud de la comunidad y los caminos que ésta avizora para mejorarla, así como la sensibilización que existe acerca de los problemas de dependencia y su enfrentamiento. En condiciones óptimas, tanto en el diagnóstico situacional como en el inventario de necesidades y en el de recursos intervienen especialistas en epidemiología, sociología, antropología, psicología social, comunicación, nutrición; pero es indispensable que se incluya a miembros de la población con la que se trabajará. Estos procesos permitirán conocer el mayor rango posible de elementos socioculturales: las creencias, normas y valores prevalentes en la comunidad; los ámbitos y mensajes comunicativos que se prefieren y reciben; las redes sociales que se han desarrollado y cómo actúan en las mismas los líderes y otros agentes de los distintos grupos de edad y género; la disponibilidad de bienes, vivienda, espacios de recreación y cultura, alimentos, medicamentos y sustancias adictivas; la infraestructura de servicios con la que se cuenta, incluyendo los públicos y los provistos por organismos privados, religiosos o de ayuda mutua; las reglamentaciones y políticas implantadas y cómo son asumidas por el grupo. Factores relevantes son las expectativas y necesidades percibidas por la población, en especial acerca de la salud y sus distintos componentes, como también aquéllas que se vinculan con el ambiente, el poder y la capacidad de autogestión para modificar las condiciones actuales, definiendo en lo posible las representaciones sociales de los asuntos sobre los que se centre la intervención.

Además, será preciso considerar los patrones de comportamiento asociados al estilo de vida (dieta, consumo de sustancias adictivas, ejercicio) y los aspectos psicosociales (manejo de emociones, afectos, frustraciones y estrés.) Las variables psicológicas deben de tenerse en cuenta, puesto que, como señala Claudia Infante, "permiten explicar muchas de las reacciones individuales hacia las experiencias en la vida, por ejemplo: locus de control,

actitudes, autoestima, optimismo, sociabilidad, control percibido, estilos de afrontamiento, sentido de coherencia, etc.”³

La elaboración del diagnóstico situacional, la detección de necesidades y el inventario de recursos, son tareas que insumen una considerable porción de tiempo, personal capacitado y equipo para la sistematización de los datos. En ocasiones parece que allí se fue todo el impulso del proyecto, cuyo único resultado reside en la presentación de la información a las autoridades y sólo en algunos casos también a grupos interesados. Por ello, desde la concepción de la intervención debe haberse planeado la forma en que los datos recabados podrán ser interpretados y utilizados para fundamentar el plan de acción. Además, el proceso de diagnóstico permite generar un vínculo con el grupo comunitario y, sobre todo si incluye investigación cualitativa a través de entrevistas con informantes clave y grupos de discusión, contribuye no sólo a la detección de líderes, sin los cuales la intervención fracasaría, sino también de aquellas personas que tienen disposición y capacidad para actuar como promotores dentro de la comunidad.

Es preciso tener en cuenta que lo que se pretende no sólo es dar respuesta a necesidades percibidas por los miembros de una comunidad sino, a través de la movilización social, aumentar su capacidad para reconocer fortalezas y debilidades; y tomar decisiones que impacten favorablemente en la calidad de la vida cotidiana, la interrelación grupal y la capacidad de gestión.

Es por eso que se debe incluir, como señalan Gofin y Levav (1992) tanto un diagnóstico *comunitario* como *de la comunidad*: “El diagnóstico comunitario se apoya especialmente en la epidemiología; el diagnóstico de la comunidad, en las ciencias sociales. El primero define, principalmente, un estado de salud o enfermedad; el segundo, una condición de salud. Por ejemplo, el diagnóstico comunitario permitirá determinar la existencia de un *síndrome de deserción escolar* o de *alcoholismo*, mientras que el diagnóstico de la

³ CLAUDIA INFANTE et al. 2000. P. 171.

comunidad permitirá identificar y describir una *comunidad desorganizada* o una *comunidad en transición*".⁴

Además de estos datos, se debe tener en cuenta la situación ecológica de la localidad, los riesgos y los elementos positivos con los que cuenta en agua, suelo y aire. Por último, es preciso destacar la relevancia del desarrollo del diagnóstico de necesidades y de las expectativas percibidas por la comunidad, que como hemos indicado resulta imprescindible para lograr una buena aceptación de la propuesta de intervención.

Aun si la elaboración del diagnóstico situacional es la fase inicial de la intervención, será necesario actualizar periódicamente la información recabada, a través de vigilancia y monitoreo. Como lo señalan J. Gofin, I. Levav, B. Saraceno, se requiere desarrollar:⁵

a) *Vigilancia demográfica*

- En el ámbito individual (para actualizar los datos de la población objeto de intervenciones);
- A nivel poblacional (para mantener el cálculo de tasas / indicadores del estado de salud actualizado).

b) *Vigilancia del estado de salud*

Para detectar los cambios dinámicos propicios en la salud así como la aparición de nuevos factores, tanto los de riesgo como los protectores.

Como indica el MHSPB, esta tarea se facilitará "cuando podamos identificar los resultados en la salud en términos de mejoras en la salud y no sólo en reducción de la enfermedad. Los resultados en la salud son modificaciones atribuibles a una intervención o serie de intervenciones... pero también abarcan factores sociales y

⁴ J. GOFIN e I. LEVAV, 1992. *Vigilancia y evaluación en los programas de salud mental comunitaria*.

En: *Temas de salud mental en la comunidad*. p.19.

⁵ *Ibidem*. p. 50.

medioambientales, tales como modificaciones en los niveles de empleo, educación y del capital social”⁶

c) *Monitoreo*

Implica la observación continua del cumplimiento de las actividades del programa, que comprende:

- Las actividades del equipo, incluyendo tanto la medición de la cantidad como de la calidad de las diversas actividades programadas;
- La comunidad, en cuanto al uso de los servicios y al cumplimiento de las recomendaciones dadas por el programa.

2. **Planeación de la intervención**

Esta es una etapa que debe quedar a cargo del equipo técnico, que formuló y coordinó la recuperación de información y elaboración del diagnóstico. De todas maneras, es conveniente mantener la vinculación con el grupo comunitario, con el fin de que los datos obtenidos no sirvan sólo para justificar supuestos previos, sino que realmente fundamenten las acciones planteadas. El análisis de la información del diagnóstico situacional, la detección de necesidades y el inventario de recursos permite definir los objetivos y metas con mayor precisión. Adicionalmente los datos, especialmente los del inventario de recursos, fundamentan la construcción de propuestas viables, que encuentren apoyo en las redes y organizaciones existentes, dando un máximo aprovechamiento a la infraestructura con la que cuenta la comunidad. Por otra parte, las necesidades percibidas por ésta y el nivel de expectativas que posea acerca de lo que propone la intervención, son indicadores, que pueden ser un obstáculo o un detonante en cuanto a la obtención de resultados.

Previa a la delimitación del plan de acción es preciso recordar la relevancia de la discusión del marco teórico-conceptual. Reiteramos la importancia de discutir no sólo el modelo teórico en que se apoya, sino también nociones más próximas a lo cotidiano, como por ejemplo la definición de los principales conceptos operativos y cómo se los integra a la vida

⁶ COMMONWEALTH DE. OF HEALTH, 2000. *Promotion, prevention and early intervention for Mental Health*, Mental Health and Special Programs. Canberra, P. 25.

en los hogares de la comunidad. Posteriormente, como en cualquier proyecto, se definen los objetivos tanto los generales, hacia cuya obtención se dirige la intervención, como los específicos que se relacionan con las diferentes actividades cubiertas por el plan de acción. Simultáneamente, los datos del diagnóstico habrán arrojado información acerca del o los grupos prioritarios hacia los que deben dirigirse las acciones, delimitándolos según su grupo de edad, género y otros datos sociodemográficos y del contexto específico en que serán abordados. De estos elementos emanan los pormenores del plan, que deberá cubrir la definición de las líneas de acción básicas, las acciones y actividades específicas de cada una de ellas, las metas calendarizadas a alcanzar, los responsables de llevarlas a cabo, y los recursos humanos y materiales que deberán considerarse. Aunque en el siguiente inciso, correspondiente a evaluación, detallaremos lo relativo a la construcción de los indicadores que permitirán observar el cumplimiento del plan de acción y la obtención de resultados, es preciso tener en cuenta que todo ese proceso debe planearse desde el inicio, puesto que la evaluación requiere de registros e instrumentos que acompañan el desarrollo de cada actividad.

Al planear una intervención de promoción de la salud se deben de tener en cuenta, como criterios de selección del abordaje más adecuado, los siguientes:

- Dimensión: incidencia|prevalencia|costo social y económico para la comunidad.
- Evidencia empírica que demuestre los beneficios en la salud o acerca de la capacidad de obtener resultados del abordaje con respecto a los factores protectores y de riesgo.
- Disponibilidad y adecuación con respecto a la cultura local.
- Relación costo-beneficio.
- Posibilidad de evaluación
- Capacidad de colaboración y alianzas estratégicas inter e intra sectoriales, así como con miembros de la comunidad.
- Potencial de sustentabilidad y replicación.
- Capacidad de disminuir inequidades.

3. Implantación de la intervención

Como señala el grupo de investigadores australianos del MHSPB, las intervenciones de promoción de la salud se han dirigido tradicionalmente a contextos específicos, tales como las escuelas, lugares de trabajo o municipios; o con grupos etéreos (adultos mayores, niños o jóvenes), mientras que algunas definen su población objetivo mediante elementos que provienen de esas dos clasificaciones. Asimismo, en los últimos años se ha demostrado la importancia de cubrir con un mismo abordaje de intervención de promoción de la salud a todos los grupos de edad de una comunidad, abarcando así el ciclo vital. Como hemos señalado en cuanto a la integralidad y coherencia de las acciones, un abordaje de este tipo provoca efectos redundantes, que potencializan los resultados alcanzados.

Las cinco estrategias de acción en la promoción de la salud, descritas por ese grupo, son: "(1) generación de política pública, (2) creación de ambientes saludables, (3) fortalecimiento de la acción comunitaria, (4) desarrollo de habilidades personales y (5) expansión en la orientación de los servicios de salud."⁷

Es preciso enfatizar que en cuanto a 1. generación de política, no debe considerarse únicamente en el nivel macro de gobierno, sino también en lo local y comunitario, como un componente de toda intervención de promoción de salud.

En lo que respecta a 2. ambientes saludables, a pesar de que se trata de una estrategia de promoción de la salud en general, también es relevante en cuanto a las dependencias, ya que "los ambientes sociales, económicos, culturales y físicos que apoyan la salud proporcionan un marco básico para el desarrollo y el mantenimiento de la salud mental. Esto incluye las necesidades físicas de una comunidad, así como el sentido de pertenencia y la capacidad de participar en lo social. Los ambientes que reconocen y aceptan la diversidad y alientan la responsabilidad mutua también contribuyen al bienestar social y emocional... El contexto social puede también ser ampliado al promover la salud mental. El

⁷ *Ibidem*. P. 37.

apoyo social, las redes sociales fuertes y el sentido de integración e inclusión son predictores claves de salud mental."⁸

Por lo que atañe a 3. fortalecimiento de la acción comunitaria, se relaciona con lo que se ha descrito anteriormente en cuanto a empoderamiento, redes de apoyo y resiliencia. Además, este grupo de expertos australianos señala que es preciso destruir prejuicios y estereotipos, así como elevar los niveles de conocimiento de la comunidad acerca de la salud y de sus factores protectores y de riesgo, así como de los servicios y agrupaciones eficaces para la atención de los problemas. Para ello, englobado en el concepto de *alfabetización*, se propone la utilización adecuada de los medios de comunicación, que tienen capacidad de "reducir el estigma y la discriminación que agrega una carga a la enfermedad mental"⁹, lo que puede aplicarse igualmente a las adicciones.

En lo que se refiere a 4. Desarrollo de habilidades personales, las intervenciones se dirigen a medidas que amplíen el bienestar emocional y social, como las que pretenden promover el cambio, ampliar la autoestima, la expresión de pensamientos y sentimientos o la creatividad, enfrentar positivamente la tensión, el dolor o la frustración. También deben incluirse los talleres de educación de padres, o de resolución de problemas o conflictos.

Por último, se encuentran las estrategias que intentan incorporar a los servicios de salud la promoción de la salud, otorgándole la relevancia que merecen estas intervenciones.

4. Evaluación de las intervenciones, un proceso permanente

La evaluación ha pasado a ser uno de los requisitos de cualquier programa que incide en la comunidad, no sólo para dar cuenta de los recursos otorgados por los patrocinadores o a las autoridades del sector público, sino porque la información que aporta representa un instrumento de trabajo indispensable para el grupo operativo. Así, ya no se concibe que se implanten acciones que no incluyan algún tipo de proceso evaluativo, que también debe de integrarse dentro del plan de acción, determinando qué actividades se evaluarán, porqué es

⁸ *Ibidem*. p. 41.

⁹ *Ibidem*. p. 44.

importante contar con los datos y a quién se entregará la información. El proceso de evaluación deberá describirse con suficiente detenimiento, de manera que se tome en cuenta todo lo que insumirá: los recursos que se requerirán para desarrollarlo, quién formulará los instrumentos, quién recabará, codificará y sistematizará la información, quién la analizará y en qué momento se presentarán los informes. Cualquier proceso de evaluación implica costos, en cuanto al personal que lo implantará, el equipo para la captura y procesamiento de los datos, los especialistas que analizarán la información y extraerán recomendaciones. Por ello, debe considerarse detenidamente el uso que se le dará a los datos, de manera de no recabar un volumen excesivo de información que luego no podrá ser utilizada. Conviene reiterar que el destino final de los datos y de su análisis no debe ser únicamente la presentación ante los patrocinadores o autoridades, o la conformación de un banco de información, sino servir de base para adecuar el desarrollo del programa, evitando los obstáculos que se hayan evidenciado y actualizando los procedimientos en forma permanente.

Los requerimientos básicos para una evaluación son los siguientes:

- a) la existencia de una "línea de base" -que será utilizada como referencia en comparaciones futuras- con información adecuada sobre las variables principales antes de realizarse las intervenciones programadas;
- b) formulación clara de objetivos;
- c) recolección correcta y pertinente de datos relacionados con indicadores de la intervención;
- d) métodos apropiados a las necesidades y realidades de la comunidad y del servicio que ejecutará la intervención programa.¹⁰

Existen distintos tipos de evaluación, que se complementan y arrojan diferentes datos, para cumplir diversos objetivos. Los abordajes más usuales pueden incluirse en dos grupos; en cuanto a la de resultados, permite conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de acción. Algunos investigadores incluyen dentro de este abordaje la evaluación de impacto, que reporta las modificaciones a mediano y largo plazo, atribuibles

al proyecto, en la comunidad amplia, con respecto a la prevalencia de un problema o trastorno; o en cuanto a los indicadores de salud planteados. En el Plan Nacional 2000 para la Promoción, Prevención y Detección Temprana de la Salud Mental de Australia se identificaron 8 indicadores de resultado:

1. Reducción de problemas y síntomas de salud mental
2. Incremento de la salud mental, el bienestar, la calidad de vida y la resiliencia
3. Incremento de la *alfabetización* en salud mental
4. Mejoría en el funcionamiento familiar y la competencia en la crianza
5. Ampliación de apoyo social y la vinculación comunitaria
6. Incremento en la inversión en programas fundamentados en evidencia científica, relevantes para la promoción de la salud mental, por parte de agencias gubernamentales y no gubernamentales.

El otro abordaje es la evaluación de proceso, que analiza la adecuación en el desenvolvimiento de las acciones y puede también incluir la determinación de la eficiencia en la aplicación del recurso, en función de los beneficios obtenidos por la población objetivo. El Gobierno de Australia también incluyó la definición de indicadores de proceso, en su Plan 2000 relativo a Salud Mental:

1. Incremento de la vigilancia y el monitoreo de problemas de salud mental, trastornos mentales y factores protectores y de riesgo, incluyendo los relativos al funcionamiento social y familiar.
2. Desarrollo de programas fundamentados en evidencia científica, dirigidos a todos los grupos prioritarios.
3. Incremento en la identificación temprana y la derivación adecuada de problemas de salud mental y trastornos mentales.
4. Incremento de la educación comunitaria relacionada con la salud mental.
5. Incremento de políticas y prácticas públicas dirigidas a promover la salud mental en todos los ámbitos relevantes (que incluyan lo familiar, educativo, laboral, recreativo y comunitario).
6. Incremento en la educación y capacitación profesional.

¹⁰ J. GOFIN E I. LEVAV. 1992. p.51

7. Incremento en la colaboración inter, intra y multisectorial.
8. Incremento de la investigación y la evaluación relacionadas con la salud mental.

En cuanto a la evaluación de impacto, a través suyo puede obtenerse información acerca de: “la repercusión directa, impacto económico, social e impacto político... en relación con su meta declarada, el equilibrio entre sus costos y beneficios, su efecto sobre la trama de la vida social y los intereses políticos del gobierno.”¹¹ La evaluación de resultados, sobre todo en cuanto al impacto en la salud, se apoya en la construcción de indicadores, los que pueden definirse como una variación cuantificable, con relación a un nivel inicial, de una situación, o de conocimientos, actitudes o comportamientos de individuos o grupos específicos y delimitados. Al determinarlos se debe plantear la situación de ese momento, así como la proporción de modificación mínima requerida en un tiempo definido.

La exhaustiva revisión documental que señalamos como paso inicial del diagnóstico situacional debe evidenciar los vacíos de información. Aunque recabarlos encarece el proceso y lo dificulta es imprescindible contar con los mismos para determinar la línea base, sobre la que pueden evaluarse los resultados obtenidos mediante la aplicación del programa o de algunas de sus actividades.

Es preciso distinguir estos indicadores de las metas, con las que con frecuencia se confunden. Estas últimas también señalan el cumplimiento de una actividad en un cierto tiempo, pero no ofrecen información cualitativa sobre niveles de modificación de indicadores, sino que señalan la obtención cuantitativa de los productos o el desarrollo del número de actividades planteados en el plan de acción. Si bien para fijar metas también es preciso desarrollar una definición clara y homogénea de las unidades de medida¹², éste proceso no es tan complejo como el de la determinación de indicadores que hemos

¹¹ C.J. FRANKISH et al. 2000. *La evaluación del impacto de la salud como una herramienta para la promoción de la salud de la población y las políticas públicas*. En: *Salud de la Población*. Health Canada-OPS OMS, Washington. p. 66

¹² Por ejemplo, qué se entiende por sesión de trabajo, población participante, facilitador capacitado, contacto establecido, etc.

comentado. Por lo mismo, las metas son utilizadas en mayor medida con referencia a la evaluación de proceso.

Anexo 2. Glosario

Abuso En cuanto al consumo de sustancias adictivas, especialmente de bebidas alcohólicas, designa la utilización con fines no terapéuticos, ligada a un episodio de intoxicación. (OMS)

Adicción (véase Síndrome de dependencia)

Afrontamiento, capacidad de Habilidades cognitivas y físicas y los recursos disponibles utilizados por los individuos para hacer frente a los problemas, el estrés y las tensiones de la vida diaria, o a los acontecimientos del ciclo vital que provocan estrés. (B. A.)

Alfabetización para la salud Está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. Supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. (OMS)

Antinomia Situación en la que los opuestos no son contradictorios sino que se suponen mutuamente. (F.J.)

Apoyo social Asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus comunidades y que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar capacidades de afrontar problemas como elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos. (OPS)

Atención primaria de salud Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología sencillos, científicamente fundados y socialmente aceptables, a un coste que la comunidad pueda soportar. (OPS)

Autoasistencia Actividades sanitarias organizadas de forma no oficial y la toma de decisiones relacionadas con la salud, que abarcan el autotratamiento y los primeros auxilios, en el contexto social normal de la vida cotidiana. Es un recurso primario y se presta con carácter especial (OPS)

Autoayuda (véase Ayuda mutua)

Autocomprensión Examen crítico y ordenamiento reorganizador de elementos asumidos, de modo que se incluya el propio pasado a la luz de las posibilidades de acción actuales, como historia formativa, así como de la persona que uno desearía ser en el futuro y de cómo desearía ser visto por otros. (J. H.)

Autoempoderamiento La consecución de la autonomía personal mediante el desarrollo y la utilización de habilidades que favorezcan la salud. (OPS)

Autoestima Grado en que una persona valora la autopercepción de su propia imagen. Para que las medidas encaminadas a incrementar la autoestima en la persona sean efectivas, éstas han de centrar su atención tanto en el entorno como en la persona. (OPS)

Ayuda mutua Aquellas medidas llevadas a cabo por no profesionales para promover, mantener o restaurar el estado de salud o bienestar de una comunidad determinada. (OPS)

Bienestar Valoración subjetiva del estado de salud que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico. (OPS)

Calidad de vida Refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. (OMS)

Caos Indeterminación en el comportamiento temporal. (I. P.)

Clima social Conjunto de diferentes formas de pensar, de problemas y de medidas consideradas como adecuadas para enfrentarlos, que existen en un grupo social amplio, en un momento dado y que pueden cambiar con el tiempo. (G. E.)

Coherencia, sentido de Capacidad de ver el mundo de manera comprensible, manejable y significativa. (M. D.)

Comportamiento estereotipado Patrón de conducta que se repite con frecuencia, siguiendo una misma secuencia, sin que exista un objetivo consciente, acorde con el tiempo, energía o relevancia que se le concede dentro de la vida del individuo que lo lleva a cabo. (C. M.)

Comportamiento ritual Desenvolvimiento de una actividad motriz que se exterioriza a través de recursos particulares tendente al logro de una determinada función, que podrá tener carácter sagrado, bélico, político, lúdico, artístico, psicopatológico, tecnológico, etcétera. (G. D.)

Compulsión Impulso o tendencia a administrarse una o varias sustancias adictivas, atribuida a factores individuales más que a influencias externas. Se presenta aun si el consumidor puede reconocer que el consumo no es bueno para su salud o bienestar e intenta disminuir la frecuencia o interrumpir ese consumo. (OMS)

Comunicación para la salud Estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. (OMS)

Comunidad Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. Los individuos no pertenecen ya a una única comunidad diferenciada, sino que mantienen su afiliación a diversas comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos. (OMS)

Concienciación (Ver sensibilización)

Condiciones de vida Se refieren al nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona. (OPS)

Conducta orientada hacia la salud Cualquier actividad de una persona, independientemente de su estado de salud real o de su propia percepción del mismo, encaminada a fomentar, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin. (OPS)

Cosificación Conversión en cosa/personaje, que brinda seguridad, al permitir la inserción en el grupo social a través del desenvolvimiento impersonal y la limitación del pensamiento al plano de lo concreto. (C. P.)

Crisis de representación Se presenta cuando las actividades relacionadas con los objetivos importantes para la vida de un individuo o una colectividad repentinamente parecen inadecuados. (A. G.)

Cuidados no profesionales Todas las medidas realizadas por no profesionales para fomentar, mantener, mejorar o restaurar la salud y bienestar de la población. (OPS)

Culpabilización de la víctima Aquellas actividades en el campo de la salud basadas en la creencia de que la responsabilidad de la salud y los problemas de salud recaen principalmente, si no exclusivamente, sobre el individuo, menospreciando la influencia de los entornos físico, social y económico, y las limitaciones que estos factores imponen sobre estilos saludables de vida. (OPS)

Dependencia Desde un abordaje psicosocial, está conformada por patrones de comportamiento en los que se evidencia una reiteración estereotipada, de la que resulta difícil prescindir sin percibir molestias (vacío, ansiedad, inseguridad). Entraña comportamientos reiterados, estereotipados, ritualizados, expectativas y patrones de adscripción que dan una definición a la vida, un marco de pertenencia. (C. M.)

Dependencia, desarrollo de Difiere según la sustancia consumida, el tiempo de consumo dosis y frecuencia, las características individuales (psíquicas y fisiológicas) del consumidor, así como las representaciones sociales y expectativas. (C. M.)

Desarraigo Situación que se evidencia en las crisis de la modernidad, en la que al individuo le resulta difícil definir su marco de adscripción y pertenencia. (P. W)

Desarrollo comunitario En promoción de la salud, el proceso por el cual se hace participar a una comunidad en la identificación y el refuerzo de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política que promueven la salud. (B.A.)

Desarrollo sostenible Se refiere al uso de los recursos y a la orientación de las inversiones y del desarrollo tecnológico e institucional, de manera que se garantice un desarrollo y uso de los recursos actuales que no comprometan la salud y bienestar de las generaciones futuras. (OMS)

Desigualdad social En el campo de la salud se suele referir a la influencia desigual que ejercen sobre el estado de salud las diferentes recompensas materiales o bienes disponibles a las personas de diferente situación social. (OPS)

Desinstitucionalización Proceso de debilitamiento o desaparición de normas codificadas y protegidas por mecanismos legales y la desaparición de los juicios de normalidad que se aplicaban a las conductas regidas por instituciones. (A. T.)

Educación para la salud Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. La educación para la salud ha estado estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. (OPS)

Empoderamiento Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Puede ser un proceso social, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. (OMS)

Estado de salud Modo de describir o medir el estado (la situación fisiológica y psíquica) de un individuo, grupo o población respecto a normas establecidas, con frecuencia mediante indicadores. En promoción de la salud este término debería ampliarse para incluir los aspectos sociales, culturales, espirituales y emocionales y el estado de salud sentida. (OPS)

Estado positivo de salud Va más allá de un estado asintomático. Se refiere a la calidad de vida y al potencial de la condición humana, la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad. Un estado positivo de salud está más relacionado con el desarrollo personal que con la simple resolución de problemas. (OPS)

Estilo de vida Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características personales. (B.A.)

Estrés Respuesta a ciertos acontecimientos de la vida diaria. Con frecuencia suele estar asociado con los principales sucesos de ciclo vital, tales como el matrimonio, el divorcio y la aflicción por la muerte de un familiar. Los cambios de la función social desempeñada y los períodos de transición entre las distintas funciones sociales se consideran también causas importantes. (OPS)

Evaluación de la promoción de la salud Valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado *estimado*. (OMS)

Evaluación de proceso Se "valora" el proceso mediante el cual son alcanzados distintos resultados. En ella, la evaluación de las actividades de promoción de la salud puede ser participativa, implicando a todos aquellos que tengan interés en la iniciativa interdisciplinaria, abarcando diversas perspectivas disciplinarias e integrada en todas las fases de desarrollo y aplicación de una iniciativa de promoción de la salud; y también contribuir a capacitar a los individuos, las comunidades, las organizaciones y los gobiernos para abordar los problemas de la salud. (OMS)

Evaluación de resultados Los resultados de promoción de la salud constituyen el primer punto de evaluación y reflejan las modificaciones de aquellos factores personales, sociales y ambientales que permiten mejorar el control de las personas sobre su salud. Los cambios en los determinantes de la salud se definen como resultados intermedios de salud. Los cambios en el estado de salud constituyen los resultados de salud. (OMS)

Expectativa de salud Medida basada en la población, que guarda relación con la proporción de esperanza de vida estimada como saludable y satisfactoria, o exenta de dolencia, enfermedad y discapacidad, conforme a unas normas y percepciones sociales y a criterios profesionales. Combina información correspondiente a tablas de esperanza de vida y encuestas de salud de las poblaciones. Se deben basar en la expectativa de vida a nivel de país o zona geográfica similar. (OMS)

Facilitación Actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud. (OMS)

Factor de predisposición Elemento que propicia el desarrollo de algún problema de salud o social, al dificultar la posibilidad de un desarrollo pleno de las capacidades individuales y una buena vinculación familiar, comunitaria y social. (C. M.)

Factor de riesgo Este término incluye el nivel económico, social o biológico, la conducta y otros estados conocidos por estar asociados o ser una de las causas del aumento de la susceptibilidad a una enfermedad o problema social específico. (B.A.)

Factor protector Elemento que facilita el desarrollo de una vida saludable para un individuo o una población, de manera que fortalece la resiliencia. (C. M.)

Farmacodependencia Síndrome que se manifiesta mediante tipos de comportamiento según los cuales el uso de una determinada droga psicotrópica, o de una clase de drogas de esa

naturaleza, adquiere mucha mayor importancia que otros tipos de comportamiento antes predominantes. (OPS)

Globalización (véase Mundialización)

Grupo de riesgo Grupo de personas que, en virtud de su condición biológica, social o económica, de su conducta o ambiente, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de un estado de salud deficiente con respecto al resto de la población. (OPS)

Grupos de autoayuda (véase Grupos de ayuda mutua)

Grupos de ayuda mutua Estructuras voluntarias de pequeños grupos cuya finalidad consiste en fomentar el apoyo entre los miembros para una meta común (de salud o bienestar). (OPS)

Grupos de presión Grupo voluntario de personas unidas por actitudes y metas compartidas que lucha para que se adopten decisiones e iniciativas favorables a sus objetivos a través de diversos medios, pero sobre todo intentando ejercer influencia sobre la política de los gobiernos. (OPS)

Habilidades para la vida Habilidades personales, sociales cognitivas y materiales que permiten a la persona controlar y dirigir su vida, y desarrollar la capacidad de convivir con su entorno y de modificarlo. Como ejemplos se pueden incluir la identificación y la solución de problemas, la toma de decisiones y la resolución de conflictos. (OPS)

Identidad individual Opción y construcción de los actores sociales que en cuanto tales están situados entre el determinismo y la libertad. No es un atributo del sujeto sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional, que resulta de un proceso social. (G. G.)

Identidad posnacional Cristaliza en torno a principios universalistas, en los que se reconoce el pluriculturalismo y la pluralidad étnica, aun si el contenido específico se asume desde el propio contexto histórico y queda anclado en las propias formas culturales de vida. (J. H.)

Identidad colectiva Resulta del modo en que los individuos se relacionan entre si dentro de un grupo o de un colectivo social. Es la condición de emergencia de las identidades personales. (G. G.)

Identificación Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones. (D. S.)

Indicadores de salud Variables susceptibles de medición directa, que evalúan uno o más espectros del nivel de salud de una comunidad o población determinada. Se pueden utilizar para evaluar las variaciones en el nivel de salud de su población y, directa o indirectamente, se emplean también para evaluar en qué medida se están alcanzando los objetivos y las metas establecidas en un programa. (OPS)

Indicadores positivos de salud Miden las conductas saludables y las condiciones del entorno global que promueven la salud. Permiten evaluar, por ejemplo, el nivel de participación de la población y la propia percepción de su estado de salud. (OPS)

Intervención Actuación planificada dirigida por lo general a un grupo específico o población determinada. (OPS)

Medicalización Proceso que trata las funciones corporales normales o las cuestiones sociales como problemas que requieren una solución médica. (B.A.)

Metas de salud (Health target) Indican, en relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un período de tiempo definido. Se basan por lo general en cambios específicos y mensurables de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios. Definen los pasos concretos que se pueden dar para alcanzar los objetivos de salud. Ofrecen asimismo un enfoque para la evaluación de los progresos en relación con una política de salud o un programa definidos estableciendo cuotas que sirven de referencia para medir los progresos. Para fijarlas es preciso que exista un indicador de salud relevante e información sobre la distribución de dicho indicador dentro de una población de interés. También requiere una estimación de las tendencias actuales y tendencias probables futuras en relación con el cambio en la distribución del indicador y la comprensión del potencial para cambiar la distribución del indicador en la población de interés. (OMS)

Mundialización Proceso por el cual se amplían los contactos comerciales, culturales, políticos y educativos entre los países del mundo; y sus poblaciones comparten formas simbólicas y productos. (U.B.)

Neotribalismo Formación de agrupaciones en las que se percibe cierto grado de cohesión, que resulta efímera. Pone el acento en la fusión grupal y el deseo de reconocimiento, apoyo y protección de una reducida cantidad de individuos. (M. M.)

Objetivos de salud (Health goal) Resumen los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido. Son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la comunidad en general y del sector sanitario en particular, en relación con una sociedad sana. (OMS)

Participación ciudadana Proceso por el que la población toma parte en las decisiones y en el control-seguimiento de las instituciones y programas que les afectan como usuarios o como simples ciudadanos de la comunidad. (B.A.)

Participación comunitaria El grado o nivel en que los individuos, los grupos y la comunidad, activa e informadamente, intervienen en la gestión de su propia salud y bienestar, con el objeto de lograr cierta autonomía, sobre la gestión de la salud y bienestar individual y comunal. (OPS)

Patrón de comportamiento Secuencia de acción relativamente uniforme y observable de personas o de grupos, en respuesta a un tipo determinado de situación. (D. S.)

Pauta de conducta (Ver Patrón de comportamiento.)

Planificación social Planificación gubernamental en el sector social, que suele incluir, por ejemplo, los servicios sociales y de salud, la seguridad social, el sector de la vivienda y la educación. (OPS)

Política pública saludable Se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud. (OMS)

Prevención de la enfermedad Estrategia para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. (OPS)

Prevención específica o indicada Se dirige a grupos que presentan algún problema y evitan la progresión del mismo o la aparición de síntomas secundarios. (NIDA)

Prevención primaria Pretende evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. (OPS)

Prevención secundaria Pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas. (OPS)

Prevención selectiva Se dirige a grupos definidos como de alto riesgo de desarrollar algún problema específico o que se encuentran en la fase temprana del mismo, mediante la disminución de los factores de riesgo o el fortalecimiento de los factores protectores. (NIDA)

Prevención terciaria Pretende obtener la remisión de un problema crónico, a través de medidas de rehabilitación, tratamiento y apoyo. (O. V.)

Prevención universal Pretende fortalecer los factores protectores o disminuir los de riesgo en poblaciones que no presentan un problema ni evidencias de daño. (NIDA)

Promoción de la salud Estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. (OMS)

Red Agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza. (OMS)

Redes de apoyo social El número y tipo de relaciones y vínculos sociales existentes entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del apoyo social a favor de la salud. (OPS)

Reducción de la demanda Políticas o programas dirigidos a reducir el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente las de comercialización ilícita. Incluye estrategias de promoción de la salud, preventivas, de sensibilización, tratamiento y rehabilitación. (C. M.)

Re-enraizamiento Proceso en el que se buscan elementos o rasgos para evitar el desarraigo, propio de las crisis de la modernidad. (P. W.)

Resultados de la promoción de la salud (Health promotion outcomes) Cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas, atribuibles a las actividades de promoción de la salud. Constituyen los resultados más inmediatos de estas actividades y por lo general están dirigidos al cambio en los determinantes de la salud modificables. Los resultados de la promoción de la salud incluyen la alfabetización para la salud, la política pública saludable y la acción comunitaria para la salud. (OMS)

Resultados de salud (Health outcomes) Cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud. Pueden incluir resultados deseados o no de las políticas del gobierno en sectores diferentes al sanitario. Se suelen evaluar utilizando indicadores de salud. Pueden incluir las políticas y consiguientes programas del Gobierno, las leyes y reglamentos, o los servicios y programas sanitarios, incluidos los programas de promoción de la salud. (OMS)

Resultados intermedios de salud (Intermediate health outcomes) Cambios producidos en los determinantes de la salud, especialmente cambios en los estilos de vida y en las condiciones de vida, que son atribuibles a una intervención o intervenciones planificadas, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de salud. (OMS)

Riesgo En epidemiología, describe la susceptibilidad de un individuo o grupo de personas a la presentación de algún episodio o dolencia previsible que pueden dar lugar a un pérdida, una limitación o un precario estado de salud. En este caso la predicción se basa en la probabilidad matemática. (OPS)

Riesgo, Conducta de Forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con una mayor susceptibilidad a padecer una enfermedad o un problema social específico. Esta conducta está muy mediatizada con el sistema de valores y creencias de la estructura social. (B.A.)

Salud Capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. Recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas. (OPS) Incluye elementos personales (físicos y mentales), sociales, culturales y espirituales. (OMS)

Salud percibida Interpretación que la persona hace de sus experiencias de salud y de sus estados precarios de salud en el contexto de la vida diaria. Este juicio se basa por lo general

en la información y los conocimientos disponibles, modificados por la experiencia previa y las normas sociales y culturales. (OPS)

Salud pública Concepto social y político destinado a mejorar la enfermedad y prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. Comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. (OMS)

Salud pública ecológica Respuesta a la naturaleza cambiante de los problemas sanitarios y su conexión con los problemas ambientales mundiales emergentes. Enfatiza los puntos comunes entre la salud y el desarrollo sostenible. Se centra en los determinantes económicos y ambientales de la salud y en los medios para orientar la inversión económica hacia la consecución de los mejores resultados sanitarios para la población, una mayor equidad en salud y un uso sostenible de los recursos. (OMS)

Seguridad ontológica Percepción de confianza básica, que permite el desenvolvimiento de la vida cotidiana por parte del individuo, sin que tenga que analizar cada situación o toma de decisiones. (A. G.)

Sensibilización Procedimientos mediante los cuales se pretende que los individuos o las comunidades tomen conciencia de la existencia de factores de su entorno global que pueden afectar al estado de salud, o de la importancia relativa para la salud de factores ya conocidos. (OPS)

Servicios de salud Sistema organizado formalmente y compuesto por instituciones y organismos establecidos cuyo objetivo múltiple es hacer frente a las diversas necesidades y demandas sanitarias de la población. (OPS)

Síndrome de dependencia Necesidad de dosis repetidas de una sustancia para obtener sensaciones de bienestar o eliminar síntomas percibidos como negativos. Se compone de un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos o conductuales que indican que es difícil controlar el uso de una sustancia, a pesar de que se presenten consecuencias adversas. (OMS).

Sustancia adictiva Producto psicoactivo (que altera alguna función mental) que al ser consumido reiteradamente puede dar origen a una adicción. (C. M.)

Sustitución Reemplazo de una meta o satisfacción inalcanzables por otra que sea posible obtener. (D. S.)

Tendencia Pauta o secuencia recurrente de conducta, en cierta dirección, durante un periodo. (D. S.)

Referencias

- A. G. Anthony Giddens, obras consultadas, ver Bibliografía.
- A. T. Alain Touraine, obras consultadas, ver Bibliografía.
- B. A. A. Blanco Abarca, obras consultadas, ver Bibliografía.
- C.M. Material de la autora, ver Bibliografía.
- D. S. **Diccionario de Sociología**, G. A. Theodorson et al. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- F. J. Frederic Jameson, obras consultadas, ver Bibliografía.
- G. D. G. Dorfler, 1985, **Nuevos mitos, nuevos ritos**, Lumen, Barcelona.
- G. E. G. Edwards, 1994. **Alcohol, Policy and the Public Good**. OUP, U.K.,
- G. G. Gilberto Giménez, obras consultadas, ver Bibliografía.
- I. P. I. Prigogine, obras consultadas, ver Bibliografía.
- J. H. J. Habermas, obras consultadas, ver Bibliografía.
- M. D. M. Daltabuit, obras consultadas, ver Bibliografía.
- M. M. Michel Maffesoli, obras consultadas, ver Bibliografía.
- NIDA National Institute on Drug Abuse, 1997. **Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. A Research Based Guide**. NIDA, Rockville, EUA.
- OMS Organización Mundial de la Salud, obras consultadas, ver Bibliografía.
- OPS Organización Panamericana de la Salud, obras consultadas, ver Bibliografía.
- O.V. Observatorio Vasco de Drogodependencias. 1997 **Estudio referente a conceptos y terminología en reducción de la demanda**. CDOVD, Abadiano, España.
- P.W. P. Watzlawick, 1981. **Teoría de la comunicación humana**, Herder, Barcelona.
- U. B. Ulrich Beck, obras consultadas, ver Bibliografía.

* Nota: Las definiciones en general no son textuales, sino que representan una síntesis de lo planteado por los autores.