

**SALUD Y GÉNERO... ¿EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y  
COEDUCACIÓN?... HACIA UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL**

**Lola Ferreiro Díaz y Chus Díaz Anca**

**En: La Coeducación: ¿transversal de transversales?**

**Emakunde Vitoria-Gasteiz**

**1996**

## **DE LA ENFERMEDAD A LA SALUD..., DE LA PREVENCIÓN A LA PROMOCIÓN...**

La Medicina, como práctica al servicio de la curación y del alivio de las personas enfermas, es tan antigua como la humanidad. Con más o menos elementos religiosos o filosóficos, se conoce de su existencia en todas las épocas. Desde los primeros tiempos, se produce un proceso simultáneo de búsqueda..., de saber más..., de conocer mejor las dolencias, sus orígenes y sus remedios. A lo largo de la Historia, la medicina va incorporando cada vez más elementos empíricos a esta búsqueda y, en consecuencia, va desprendiéndose de algunos de los componentes mágicos, a través de los cuáles se explicaban la mayoría de las enfermedades y determinaban que la práctica médica incluyese un conjunto de rituales e invocaciones al "más allá"..., a lo sobrenatural, haciendo de la curación un fenómeno casi milagroso y del ejercicio de la medicina la expresión de un poder, casi sin límites.

Aunque la incorporación de elementos científicos a la investigación y a la práctica de la medicina data de varios siglos atrás, al menos en sus prolegómenos, esta Ciencia continúa teniendo por objeto el conocimiento de la enfermedad, hasta hace bien poco tiempo. Los estudios se dirigían al descubrimiento de las causas de la enfermedad y de las terapéuticas más eficaces, y el fundamento de su ejercicio era la curación de las dolencias, o cuándo menos su alivio. Por lo tanto, el facultativo asumía totalmente la responsabilidad de la curación y, en consecuencia, el mayor o menor éxito de la intervención se atribuía a los conocimientos que tuviese y a su propia sabiduría para saber aplicarlos. Todo ello sin excluir el poder sobrenatural, que continuaba teniendo una gran importancia, sobre todo cuándo el mal y su remedio excedían del conocimiento humano.

Con el descubrimiento de muchas de las causas de los procesos patológicos y de muchos de los factores que influyen en su desarrollo, se introduce el objetivo de la prevención, inicialmente generalizado a las enfermedades "contagiosas". El aislamiento y la desinfección eran, en este sentido, las medidas más habituales. Pero, con el paso del tiempo y los avances en las investigaciones, se identificaron

una serie de factores más propios de las personas, de los que dependía el éxito o el fracaso de los planes generales de prevención: de poco valía que se descubriese un nuevo agente causal, una nueva vía de transmisión, una vacuna, o un agente desinfectante, si las personas se exponían igualmente al agente, no llevaban a cabo las medidas de aislamiento, no acudían a vacunarse y no utilizaban o utilizaban mal el desinfectante.

Se plantea entonces la necesidad de intervenir en la **Educación Sanitaria** de la población, que tendría como finalidad la de informar y animar o "motivar" a los individuos, para que hiciesen uso de las medidas más elementales de prevención.

Este tipo de intervención, de carácter esencialmente informativo y propagandístico, resultó de gran utilidad en su momento. De hecho, se le atribuye en gran parte el éxito de las grandes campañas de vacunación y, en general, de protección contra determinados agentes.

Pero la erradicación de muchas de las enfermedades infecciosas que provocaban grandes desastres en las comunidades, la disminución de la mortalidad y, en consecuencia, la longevidad de las poblaciones, abren paso a otro tipo de procesos. Así, el éxito en la lucha contra la tuberculosis, que era una de las causas de muerte más frecuentes hasta los años 60, deja paso a la lucha contra el cáncer, la arteriosclerosis y, más recientemente, el SIDA, todos ellos de gravedad predominante hoy en día.

Por su parte, los esfuerzos científicos para lograr la identificación de un "agente único", causante de cada enfermedad, se redireccionan hacia el estudio de la enfermedad como resultado de un proceso multifactorial. Ya no se trata de prevenir la aparición de una enfermedad, luchando contra el agente que la provoca y protegiéndose de él. Se trata más bien de evitar la **exposición** a múltiples factores, que influyen en el **deterioro de la salud** y que pueden conducir a enfermedades muy diversas: se habla ya de los **factores de riesgo**. Al mismo tiempo, comienzan a identificarse también los llamados **factores de protección**, que actúan de modo inverso: aumentando la calidad de vida y el nivel de salud. Unos y otros guardan relación, en buena medida, con ciertas conductas y hábitos de las personas.

A partir de este momento, se cuestiona ya la eficacia de la **Educación Sanitaria** que, por sí sola, no es capaz de reconducir los hábitos para evitar la exposición al riesgo y, mucho menos, propiciar la elección de alternativas saludables. Se propone entonces la intervención en **Educación para la Salud**, como proceso complejo, que incluye el aprendizaje de conceptos, el desarrollo de habilidades y, sobre todo, la **Educación de actitudes**, como la independencia y autonomía personal o la responsabilidad, todas ellas indispensables para situar el protagonismo en la salud individual dónde le corresponde: en la propia persona.

En resumen, el haber llegado a la investigación y a la promoción de la salud a través de la enfermedad, de su padecimiento, de su curación y de su prevención, es una paradoja sólo en apariencia. Desde nuestro punto de vista, no es más que la respuesta natural a la situación de malestar: la búsqueda de soluciones cada vez más eficaces.

### ... ¿Y DEL SEXO AL GÉNERO?

Las investigaciones de carácter social sobre temas de salud, a las que aludíamos anteriormente, suelen realizarse en la línea metodológica del análisis de los datos, en relación con una serie de variables. Entre éstas, una de las que se utiliza en primer lugar es el sexo. Seguramente resulta impensable plantear los resultados de un estudio de Salud Comunitaria, sin tener en cuenta la relación de éstos con el **sexo**. De hecho, cuándo se investiga una población formada únicamente por hombres o por mujeres, se explica cuáles son los motivos o se intenta buscar las causas. Las propias técnicas sociológicas para el diseño de los trabajos de campo, al uso en la actualidad, "obligan" a seleccionar las muestras respetando el criterio de la distribución por sexos y a guardar su proporcionalidad con el universo del que se trate, con independencia de cuáles puedan ser los demás criterios de distribución.

Pero **¿es realmente el sexo lo que está en relación con la salud y con el riesgo?** Teniendo en cuenta que ya se ha determinado la relación entre el sexo biológico y algunos aspectos de la salud, y también que algunos de los

aspectos importantes de la salud aparecen asociados con características más propias del género, entendemos que se debería de empezar a hablar de dos variables discriminadoras: **el sexo y el género**. Sin embargo, no es frecuente encontrar ambas apreciaciones en los trabajos sobre salud. Se habla del sexo masculino y femenino, y se alude, como mucho, a que tal o cuál aspecto está más en relación con influencias ambientales que con el hecho biológico de ser varón o mujer. Esto nos hace pensar que **la adaptación de la terminología al uso, es una cuestión que aún está pendiente de abordar y de resolver**.

Después de que la ciencia haya dado saltos cualitativos de tanta importancia como el nuevo enfoque de la investigación en el marco de la salud, de la intervención en el marco de la educación para la salud y de la promoción de las actitudes saludables ante la vida, no deja de resultar curioso que se continúe hablando en términos absolutos del **sexo**, con la cantidad de apreciaciones diferenciales, a nivel actitudinal y conductual que se le atribuyen al **género**. En cualquier caso, estimamos que la utilización indiscriminada de un término único, que además alude tradicionalmente a una característica biológica, para hacer referencia a temas de salud... puede resultar imprecisa, entraña sus riesgos y, sobre todo, encierra su *currículum oculto*.

### **LA CONDUCTA Y LA SALUD, ESTÁN EN RELACIÓN**

Parece que la relación entre la conducta y la salud es evidente. Como comentábamos anteriormente, la buena salud de las personas depende, en buena medida, de sus conductas y hábitos. De hecho, se han acuñado los términos **conducta saludable** y **conducta de riesgo**, que aparecen reflejados en la mayoría de los estudios sobre temas de Salud y de los diseños de la intervención en EpS, para referirse y catalogar todos aquellos comportamientos humanos que influyen en la salud. Todo esto no sólo no es ya objeto de controversia alguna, sino que constituye un punto de partida casi obligado, para abordar el tema.

Pero, al mismo tiempo, hay otra serie de cuestiones que derivan de este paradigma y que tienen gran importancia en los programas de intervención, sobre las cuales ya no se produce un consenso tan generalizado. Por ejemplo, cuándo

hablamos de una determinada **conducta saludable**, lo hacemos generalmente en términos absolutos (*Llevar una dieta equilibrada es saludable*), o casi absolutos, cuándo no hay un acuerdo general sobre la propuesta (*no consumir bebidas alcohólicas, o hacerlo con moderación, es saludable*) **¿deberíamos entender, entonces, que "apartarse" de esta línea es una conducta de riesgo?**

Cuándo abordamos directamente el riesgo, también solemos hablar términos absolutos (*consumir drogas*, refiriéndose a las no consentidas, *supone un riesgo para la salud*), **entonces, ¿podríamos entender que "apartarse" de esta línea, es decir, no consumirlas, es una conducta saludable?**

Si esto es así, podríamos pensar que la intervención en EpS debe ser diseñada con el objetivo de que las personas emitan determinadas conductas y dejen de emitir otras. Evidentemente, elaborar un inventario de conductas en función de su riesgo, en los términos que hemos comentado e intervenir para lograr "inculcar" unas y "erradicar" otras, no parece un objetivo viable. Quizás se trate de una empresa demasiado dificultosa y, a lo mejor, esta dificultad está determinada por algunas circunstancias, que conviene tener en cuenta.

Por ejemplo, una determinada **práctica** o un **hábito**, que es a lo que se alude generalmente en temas de salud, son cuestiones que deben ser diferenciadas de lo que sería **la conducta**. En términos conceptuales, la **conducta** es el conjunto de **operaciones** que realiza un **sujeto** como respuesta a unas necesidades (**estímulos**). Para satisfacer estas necesidades, el sujeto ha de relacionarse y llamaremos **objetos** de su conducta a todos aquéllos elementos con los que se relaciona (personas distintas a ella o ella misma, animales, otros elementos del medio, como alimentos, materiales, etc.). Una vez que la necesidad se haya satisfecho, desaparecerá **la tensión** que provocó la conducta. Llamaremos **práctica conductual** a cada una de las operaciones concretas que realiza el sujeto y **hábito** a la repetición frecuente de una misma práctica, cuándo esta se realiza con las mismas claves hasta llegar a "automatizarlas". Un ejemplo sería: el hábito de tomar un café después de la comida del mediodía, deriva de la práctica concreta de tomar este café, repetida sistemáticamente a lo largo de un tiempo y se contextualiza dentro de la **conducta alimentaria** de la persona, uno de cuyos aspectos es la clase de productos que ha incorporado a su alimentación.

Podemos decir, por lo tanto, que una conducta es un complejo de operaciones, que se expresa a través de las prácticas y que, en todo caso, trasciende de los hábitos.

Otro elemento de fundamental importancia, a considerar dentro de la práctica conductual y de la conducta en sí misma, es la **motivación**: la percepción de proximidad del objeto y, en consecuencia, de la satisfacción de la necesidad. La motivación influye decisivamente, como facilitadora de la conducta, hasta el punto de condicionar la realización de la operación aún cuando el estímulo no sea muy potente. Por ejemplo, cuánta menor cercanía o facilidad para conseguir algo percibe un sujeto, mayor deberá ser la necesidad o el estímulo para que realice la operación necesaria para conseguirlo.

Desde esta perspectiva, analizaremos una serie de conductas humanas, a través de prácticas concretas, y ver si es su objeto el que influye en la salud, como parece entenderse con frecuencia, o si es algún otro de sus elementos.

### **Las prácticas sexuales de riesgo en el contexto de la conducta sexual:**

Una persona (**sujeto**), siente un deseo sexual (**estímulo que provoca una tensión**). En la especie humana, el **objeto** de este deseo suele tener una identidad concreta (una persona determinada o el propio sujeto en sí mismo). La **tensión** provocada por el deseo, lleva al sujeto a la realización de una práctica sexual, que suele ir precedida de otra serie de operaciones relacionales, sobre todo en determinadas circunstancias. Cuánta mayor facilidad percibe el sujeto de realizar su práctica sexual (**motivación**), menor deberá ser el estímulo y la tensión para llevarla a cabo.

Pero, ¿cuáles son los condicionantes de esta motivación?. A primera vista, parece que la percepción del mismo deseo en la otra persona puede ser un facilitador potente. Sin embargo, conviene considerar que la conducta sexual humana está mediada por otros factores que influyen decisivamente y que condicionan cada una de sus prácticas: **la sensación de estar deseando algo "malo", la concepción de la práctica sexual como operación destinada a satisfacer otras necesidades esencialmente distintas al deseo, la**

**"justificación" de las prácticas sexuales sólo con objetivos concretos, distintos al placer (procreación, etc.)** y otros muchos, de los cuáles la persona es consciente o no, suelen actuar como inhibidores de la relación y/o condicionar que la práctica sexual y, en consecuencia la conducta, sea plenamente satisfactoria.

Veamos lo que ocurre si estos son los parámetros en los que se mueve la conducta sexual de una persona. Condicionado por inhibidores tan potentes, el sujeto puede realizar una práctica sexual sin deseo, movido por otras necesidades (por ejemplo, porque esto le indica que va a ser mejor aceptado por su pareja... más querido, más admirado por sus iguales, etc.) o con un objeto que no es el de su deseo (movido por sentimientos como la pena, la culpa, etc.). Parece que la práctica en sí misma no es demasiado saludable. Pero, además, que se añadan otros elementos de riesgo más concretos (embarazo no deseado, transmisión de ITS, etc), es una posibilidad abierta (la percepción subjetiva de que utilizar las barreras adecuadas puede no ser aceptado por la pareja, puede menoscabar la aceptación, etc., podrían ser determinantes, en este sentido).

Además, parece que, una vez finalizada la operación, la persona no queda totalmente satisfecha y, en consecuencia, la tensión no desaparece. Algunas veces, ni siquiera se reduce, ya que la operación no ha cumplido su objetivo. Por lo tanto, tenderá a repetirse. Evidentemente si se vuelve a operar en los mismos términos, el riesgo persistirá y puede ser cada vez mayor.

Por lo tanto, ¿podríamos hablar de la **práctica sexual de riesgo**, como operación sexual con penetración y sin barrera con personas de las que desconocemos su estado de salud? ¿o más bien deberíamos hablar de la **conducta sexual de riesgo**, como aquella que se realiza en respuesta a estímulos distintos al deseo, con objetos distintos al deseado y en la que además influyen inhibidores como el miedo, la culpa, etc.?. Pensamos que, desde el punto de vista de la intervención, es conveniente, cuándo menos, introducir el segundo esquema, ya que puede ser el que condicione una práctica de riesgo en cualquier momento.

**Los hábitos alimentarios de riesgo, dentro de la conducta alimentaria:**



Una persona (**sujeto**), siente hambre (**estímulo**). Esto provoca un estado de tensión que moviliza al sujeto a conseguir alimentos y comer (**relación con el objeto**). Si además sabe que en el frigorífico hay algunos ya preparados y que, con sólo dirigirse hasta allí y abrir la puerta, puede conseguirlos (**motivación**), no necesitará sentir demasiada hambre para realizar la operación. En cualquier caso, a medida que realiza ésta, la tensión se va reduciendo hasta desaparecer. Si la motivación hubiera sido menor (no hay alimentos en el frigorífico, o no están preparados, el sujeto tiene serias dificultades para moverse, etc.), hubiera necesitado un estímulo más potente (mayor sensación de hambre) para realizar la misma operación.

Claro que, la conducta humana, suele ser mucho más compleja. En otro caso, no daría lugar a tantos problemas de Salud. Por lo regular se produce como respuesta a diversos estímulos, la mayoría de los cuales no son biológicos. Además, a veces se dirige a un objeto diferente a aquél con el que realmente desea relacionarse. Todo ello facilitado por diversas motivaciones, la mayoría de las cuáles están influidas por elementos del subconsciente. De manera que la práctica anterior no se produce, en términos tan puros. Veamos alguna de las influencias que pueden intervenir:

Una **recién nacida** experimenta cualquier sensación de displacer, distinta del hambre. Esto es un **estímulo** que no sabe cómo resolver, ni tiene la autonomía necesaria para hacerlo. La **tensión** que provoca desencadena el llanto, que hace acudir inmediatamente a su madre. Ésta se sitúa cerca de ella e intenta identificar el significado de ese llanto y aquello que lo provoca. Quizás decida que es el hambre... Entonces le proporciona alimento, que la bebé no suele rechazar, porque la succión, el contacto físico con su madre y la posición acariciadora que esta adopta, le proporcionan placer. Pero, una vez finalizada la operación ¿qué ocurre con la **tensión** a la que dio lugar el **estímulo**? Si el estímulo no era el hambre, la tensión sólo se resuelve parcialmente y, por lo tanto, tenderá a repetir la demanda. Si el displacer era la necesidad de contacto, caricias o compañía, se resuelve del todo, pero lleva aparejada la satisfacción de una necesidad que no sentía (el hambre), lo que provoca que, de repetirse esto con frecuencia, vaya interiorizando que lo que satisface su deseo afectivo es una combinación de respuestas maternas: caricia, compañía, alimento...

Si esta respuesta fuese sistemática, la bebé acaba por construir una asociación entre la ingestión de alimentos y la solución al displacer, sea cuál sea la causa de éste. Seguramente, a medida que va adquiriendo la autonomía personal necesaria, tenderá a satisfacer por sí misma una serie de demandas afectivas por medio de la ingesta de alimentos y desarrollará una conducta alimentaria como respuesta a estímulos diferentes del hambre, que podría traducirse en un aporte excesivo o en una negación de la comida, siempre que esta no fuese proporcionada por la madre o el padre y en el entorno adecuado. Esta conducta, de **dudosa saludabilidad**, posiblemente será muy difícil de modificar por medio del entrenamiento o por la introducción de algún elemento motivador diseñado educativamente, puesto que **su conducta no tiene relación con los alimentos, sino con la satisfacción de sus demandas afectivas a través de ellos.**

Posiblemente, la conducta alimentaria de esta niña acabará por preocupar a sus padres, que entren los riesgos para la salud de su hija y la expresión de esta preocupación puede ser interiorizada por ésta como una señal de afecto y de atención, lo que añadirá una nueva motivación a su conducta... y así sucesivamente, hasta llegar a una depreciación de su propia imagen corporal y establecer una dialéctica entre la ingestión para satisfacer algo que no satisface, que le provoca además un incomodo con su propio cuerpo, al que decide castigar porque no se gusta.

¿Deberíamos entonces hablar de unos **hábitos alimentarios** poco saludables, o deberíamos introducir la perspectiva de **la conducta alimentaria de riesgo**, cuándo esta se realiza para satisfacer estímulos distintos del hambre?. Parece que desde el punto de vista educativo, es importante tenerlo en cuenta.

### **El riesgo del uso de las "drogas", dentro de la conducta de consumo:**

El consumo de ciertas sustancias con propiedades psicótropas, legalmente permitidas y socialmente consentidas, o no, es algo que suscita una tremenda preocupación social e institucional. Especialmente si se emiten durante la infancia y

la adolescencia, hacen "saltar las alarmas" de las personas adultas, por el riesgo que parecen suponer. Una de estas prácticas, relativamente frecuente en nuestro medio, es el consumo de los derivados del cánnabis. La preocupación es tremenda y el riesgo que se entrevé, de dependencia o de consumo de otros productos más peligrosos, está en la cabeza de mucha gente. Por lo menos, así lo confirman los comentarios, opiniones y debates al respecto. Frases como: *...Se empieza fumando un porro y se termina enganchado del caballo...*, se manejan con cierta frecuencia y permiten suponer que la sustancia en cuestión tiene unas propiedades que conducen inexorablemente hacia el desastre. Sin embargo, los derivados del cánnabis no poseen propiedades intrínsecas que condicionen, ni siquiera que influyan, en el ulterior consumo de otros productos. Pero es indudable que, en ocasiones, sí se produce una dependencia y sí se da el salto cualitativo hacia los opiáceos, pasando o no por otras drogas "intermedias". Analizaremos esta operación, siguiendo el mismo esquema que en los casos anteriores:

Una persona decide fumar un porro de hachís. Aunque no es una sustancia permitida ni consentida, su uso es una realidad. Está en la calle. La operación (la práctica), se realiza como expresión concreta de una conducta de consumo más general, en la que seguramente forman parte otros productos del medio en el que la persona se desenvuelve. Si este consumo (**práctica**), se realiza con el único objetivo de satisfacer el deseo de consumir esta sustancia (por sus propiedades, etc.), la meta parece estar clara y la motivación también. Además, la persona en cuestión hace uso de su libertad individual y conoce las características del *objeto* a consumir. Parece que una vez finalizada la operación, la tensión preconductual desaparecería y sólo se volvería a repetir con la reaparición del estímulo, que nunca tendería a satisfacerse cuándo no se dieran las circunstancias apropiadas.

Pero, ¿que ocurriría si el sujeto realiza la operación de consumo para satisfacer otras necesidades distintas del deseo de consumir? Algunas de ellas podrían ser, (como ejemplo, entre adolescentes): identificarse con el mundo adulto, dar una respuesta contranormativa al mismo, experimentar nuevas sensaciones, mostrarse igual a sus iguales y en consecuencia ser mejor aceptado por estos... etc.

El **sujeto** no se está relacionando con el **objeto** con el que parece relacionarse, sino **con otros a través de él**. Estos otros objetos de relación serían

su propio yo, su entorno adulto como figuras de autoridad, sus iguales, etc. La tensión no desaparecería, algunas veces ni siquiera se reduciría. Por lo tanto la operación tendería a repetirse con frecuencia y podría además condicionar la cantidad y el salto cualitativo a otras sustancias más agresivas o de mayor riesgo.

Este mismo esquema sería válido para analizar el riesgo del consumo de alcohol, legalmente permitido y socialmente consentido, aunque posee unas propiedades intrínsecas significativamente más peligrosas para la persona de las que tiene el cánnabis.

Entonces ¿podemos hablar de **prácticas de consumo de riesgo**, en referencia al uso de drogas, o deberíamos quizás hablar de **conductas de riesgo**, haciendo referencia a aquéllas que se fundamentan y se realizan en respuesta a estímulos distintos que el propio deseo de consumir?. Pensamos que, de cara a la intervención educativa, sería conveniente tener en cuenta la posibilidad de introducir este segundo criterio.

### **En resumen, las prácticas de riesgo son expresiones concretas de una conducta... de dudosa saludabilidad**

Parece evidente que sea cuál sea el elemento o los elementos que condicionan el riesgo de las conductas, este riesgo es preocupante. En ocasiones, las consecuencias de exponerse a él pueden ser muy graves para la salud. Pueden significar incluso un compromiso para la vida de la persona. Cada vez más, por lo tanto, se tiende a intervenir para evitar estas conductas, pero la intervención no siempre tiene éxito. Es más, cuándo lo tiene, logra, como mucho, disminuir su incidencia. Quizás sea el momento, por lo tanto, de realizar otros análisis para decidir otros modelos de intervención.

En este sentido, algunos de los ejemplos anteriores nos situarían en disposición de decir que **las prácticas de riesgo**, son operaciones que vienen propiciadas por las **conductas no asertivas**, es decir, aquellas que se producen confundiendo el objetivo e incluso el objeto, para satisfacer una necesidad. Éstas son complejas, en la medida en que se involucra el aparato afectivo humano. Pero conviene tener en cuenta, que sólo partiendo de estas bases podremos incluir en la intervención educativa los elementos necesarios para completarla.

Con carácter general, nos atrevemos a proponer que una conducta **asertiva**, es siempre saludable, aunque a través de alguna de sus prácticas se establezca relación con un objeto potencialmente peligroso, la responsabilidad con la que se establece dicha relación impedirá que sus consecuencias sean nocivas. Porque, si la conducta asertiva se emite siempre hacia el objeto con el que se desea establecer la relación. Cuando esta relación es su único objetivo o, cuando menos, el fundamental, y si para ello existe un estímulo único y claramente vinculado al objeto, debemos pensar que se trata de una elección libre y, por lo tanto responsable. En consecuencia ¿puede ser nociva para la salud?. Desde nuestro punto de vista, esta conducta es esencialmente saludable, sea cuál sea el objeto de la misma.

Pero cuándo esto falla, porque el deseo no es el que parece, **la meta no está clara** y, en consecuencia, **el resultado** de la conducta probablemente no será la satisfacción de su deseo. Pero, si consigue algún grado de satisfacción (ha conseguido llamar la atención, ha conseguido que le atiendan, ha conseguido tener la sensación de aceptación de sus iguales o elabora haber conseguido demostrar a su "sí mismo" que es capaz), probablemente continuará emitiendo en la misma línea y estaremos ante una conducta irresponsable y potencial o esencialmente arriesgada.

Así, la conducta **no asertiva**, puede dar lugar a un **práctica de riesgo** en cualquier momento, ya que, o no forma parte de las operaciones del sujeto el tomar una serie de precauciones, o decide activamente no tomarlas, dependiendo del caso.

### **... Y, CUÁNDO UNA CONDUCTA NO ES ASERTIVA ¿CÓMO ES?**

La asertividad se ha venido manejando frecuentemente como cualidad de la comunicación entre las personas y los grupos. En los tratados sobre el tema, suelen distinguirse tres tipos fundamentales de conducta de relación no asertiva: la conducta **pasiva**, la **manipuladora** y la **agresiva**. Aplicando esta tipificación a la conducta humana, globalmente considerada, ¿no son, quizás, las formas **no asertivas**, la **agresividad misma** en sus distintas expresiones?.

El concepto psicológico de la agresividad, como **"pulsión destructora"** hacia un objeto, suele asociarse, en la práctica, con la pulsión hacia objetos externos, es decir, ajenos al sujeto que la emite (persona o personas, medio en general, etc.). Sin embargo, este objeto puede ser también el propio "yo". Ese "si mismo" que resulta lesionado por la llamada **autoagresividad**. Por lo tanto, podemos hablar de la agresividad como término genérico, pero para concretarla, debemos definir también la dirección en la que ésta se emite. El impulso destructor puede ser **heteroagresivo** y en este caso entendemos que se dirige hacia fuera (hacia otros seres vivos, o elementos del medio), o puede ser **autoagresivo** y en este caso se dirige hacia el propio sujeto de impulso. Puede tener también, de hecho ocurre con frecuencia, ambos componentes, o puede variar su dirección de una a otra conducta del sujeto.

Otra cuestión son las distintas **formas** de agresividad. El cómo se manifiesta. Efectivamente, puede tratarse sólo de una operación u operaciones, que tienen como única meta la satisfacción del impulso de destrucción. Esta sería una conducta pura, agresiva y sólo agresiva. Generalmente, es consustancial a la especie. De hecho, los animales agreden instintivamente cuándo perciben un peligro o una amenaza y, por lo regular, el objeto de su agresión es aquél que provocó esta percepción. Ni siquiera aquellos animales que consideramos más "peligrosos" agreden, salvo que tengan hambre (en este caso matan para alimentarse) o se sientan amenazados (lo que no quiere decir exactamente que se los esté atacando).

Sin embargo, en la especie humana, es más común la forma "elaborada" de agresividad y así, por ejemplo, la operación no se dirige siempre al objeto que provocó la percepción, sino a otro, que es más vulnerable *...pegué una patada a una niña porque es tonta, y además porque me dio la gana, también antes me pegó a mí un chaval mayor y tuve que aguantarme...., pues que se aguante ella también...*, o bien que se percibe como menos peligroso, incluso sin capacidad para responder a la agresión *...qué mal me sentó que me dijese "xxx" la profe...., me entraron ganas de matarla... no pude aguantarlo más... salí al patio y tiré una piedra contra un cristal...*

Otras veces, la agresión no es una operación pura, sino que acompaña a otra *...sí no me dejas en paz de una vez, me voy por ahí y no me ves el pelo en*

*una semana... O bien no se emite en la proporción adecuada a la magnitud que la ha provocado ...hoy por la mañana, me quitaron los libros y me rompieron uno de ellos, pero como eran varios y podían más que yo, me tuve que aguantar...*

En cualquiera de los casos, no produce los efectos deseados, no llega a liberar totalmente la tensión inicial y, en consecuencia, la conducta vuelve a repetirse. De hecho, entre las personas, la agresividad es un elemento presente en la mayoría de las operaciones conductuales.

Podríamos decir que se tiende a destruir, utilizando otra conducta como vehículo (las relaciones, la comunicación, la alimentación, el uso de sustancias psicotropas, el cuidado corporal, la sexualidad...etc.). En este caso, es muy importante identificar el componente agresivo. Conductas aparentemente independientes del mismo, lo llevan aparejado de un modo importante. Incluso puede ser su elemento fundamental.

Además, debemos diferenciar dos formas de expresión distintas: una más activa, más explícita, que corresponde al impulso lesivo emitido a través de una operación distinta *...me voy de viaje, para fastidiar a..., ...no llego puntual a la cita que tenía, para que así me tengan que esperar y se fastidien..., etc..* Por lo regular, esta operación no suele llevar aparejado un riesgo para el propio sujeto y, en consecuencia, la mayoría de su carga se emite hacia fuera. La otra modalidad, más pasiva, simplemente no contempla el objeto de la agresión ni persigue sus efectos como meta, sino que se realiza a pesar de ello *...conduzco a toda velocidad, porque me gusta la sensación, pero no voy a provocar ningún accidente, por el cuál alguien resulte lesionado, porque conduzco muy bien...,* en este caso es más frecuente que el riesgo exista también para el propio sujeto y éste lo desprecie igualmente.

En cualquiera de las dos formas, la agresividad puede emitirse en dirección al exterior o al sí mismo, pero las operaciones autoagresivas, suelen ser pasivas con mayor frecuencia *...bebo porque me encuentro mejor después de haberme tomado varias copas, pero no me va a pasar nada porque yo controlo...*

Otra cuestión profundamente arraigada dentro de la conducta humana es la **violencia**, que no persigue la destrucción de nada ni de nadie, sino sólo conseguir algo determinado, eliminando su "dificultad" *...tuve que romper el cristal*

*para entrar en la casa..., ...dame el dinero o te pincho... Pero tampoco la violencia es siempre tan explícita. La mayoría de las veces adopta formas más sutiles ...te aconsejo que no salgas esta noche. Te lo digo por tu bien..., ...no me dejas ni que te toque, se ve que ya no me quieres como antes..., ...deja de hacer esas tonterías, me vas a matar de un disgusto...*

Si analizamos todos estos supuestos siguiendo los criterios de no asertividad en sus distintas formas ¿no podríamos hablar siempre de un componente agresivo?.

Parece que la **pasividad** ante el estímulo amenazador, encierra finalmente una clara tendencia **autoagresiva**, *¿por qué, sinó, me voy a tener que aguantar. Podría avisar a alguien que me ayudase, intentar cualquier otra cosa. Sin embargo, me aguanto.*

La **agresividad** (entendida en los términos de la contraposición a la asertividad) parece expresar claramente una tendencia **heteroagresiva**, generalmente activa y emitida hacia el objeto que causó la percepción de amenaza.

Por último, la **manipulación**, entendida como la emisión conductual hacia otros objetos y/o otras metas distintas, para, a través de ellos conseguir lo que nos proponemos, introduciendo elementos de presión sobre otros, parece que expresa claramente una **tendencia violenta**.

Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, es la **agresividad** el principal componente **no asertivo** que influye en el **riesgo de la conducta**, o bien porque lo desprecia, o bien porque lo desafía, o bien porque no lo toma en cuenta.

Una **conducta asertiva** es **impunitiva**, no lleva aparejado componente agresivo alguno, porque el sujeto que la realiza **no necesita defenderse** de nada ni de nadie. **No se siente atacado** y, en consecuencia, no aparece la pulsión heteroagresiva. No **interioriza culpa** alguna por su acto y, en consecuencia, no aparece la pulsión autoagresiva. Una **conducta no asertiva** es **punitiva** siempre, en mayor o en menor medida, porque implica la **movilización de culpabilidades**: hacia el sí mismo, produciéndose la pulsión autoagresiva, o hacia el medio, apareciendo la pulsión heteroagresiva. Pero, en general, aunque exista



un claro predominio de una de las dos direcciones, la mayor parte de las conductas punitivas encierran los dos componentes.

Durante la adolescencia, son frecuentes las conductas auto y heteroagresivas. Veamos algún ejemplo:

Prescindir del preservativo, o no usarlo sistemáticamente en relaciones sexuales "de riesgo". Generalmente, se dan algunas razones para no llevarlo siempre o para no utilizarlo llegado el momento. Este hecho, que daría lugar a una de las llamadas "**prácticas de riesgo**", es muy importante en sí, porque casi nunca deriva de la falta de información sobre el tema. Vamos a ver algunas de los "motivos" que verbalizan las adolescentes (*... si le digo que no en el momento, por no tener uno a mano, va a pensar que soy una estrecha...*, *...no llevo uno porque pensaría que soy "fácil"...*, *...que soy más experta que él...*, *...que ando con todos...*), y los adolescentes (*... si lo llevo, va a pensar que sólo ando al rollo...*, *que sólo estoy con ella para eso...*, *...si no lo llevo y le pregunto e ella si tiene uno, me diría ¿pero tú qué te crees?!...*, *...me corta el rollo, lo paso mejor sin nada...*).

Parece que estas razones (que hemos extraído de la casuística real), emitidas desde el campo cognitivo, llevan otras cosas detrás. ¿Por qué, sino, iban a tener tanto "miedo" las personas? ¿Por qué hay siempre ese presentimiento de *...va a pensar que... ...puede creer que....* ¿Por qué va a pensar el otro o la otra todas estas cosas?. Y, si las piensa ¿qué pueden traer como consecuencia?. Posiblemente el miedo real que esconden es a que la pareja dé a la relación sexual otro sentido u otro valor distinto al que parece tener para la persona que se expresa. Pero, ¿cuál es realmente el objetivo de la relación?. En el sentido **asertivo** del término sería satisfacer una pulsión sexual hacia otra persona y, en este caso, no habría lugar a introducir todas estas dudas. ¿Que otros estímulos puede satisfacer, en los casos que nos ocupan?. Parece que demostrar la experiencia (o la inexperience) sexual, dejar claros los "otros" sentimientos hacia la persona, o suplir la habilidad para obtener el placer de otras formas, tienen su importancia en estos casos.

Cuándo esto es así, lo más preocupante es la preponderancia de este tipo de motivaciones sobre la conducta asertiva. Hasta el punto de que, conociendo los riesgos para la salud y sabiendo como evitarlos, no se tienen en cuenta en el

momento y se obvian, porque lo más importante es conseguir las metas previstas. Es evidente que el componente agresivo está presente, en la medida en que se menosprecia la propia salud y se hace una dejación de la responsabilidad, que se atribuye "**al otro**". Quizás sería conveniente ver cómo la dirección de esta agresividad varía cuándo la práctica tiene unas consecuencias negativas (embarazo no deseado, transmisión de alguna ITS, etc.). En este momento, quizás todo lo que *...se hizo por "el otro"...*, se torne en decir que *...trajo esta consecuencia por "culpa del otro", ya que si no fuera porque es... habríamos tomado las precauciones necesarias...* y aquí se configura claramente la heteroagresividad, presente en el mensaje del que culpabiliza, la autoagresividad, presente en el que siente la culpa y la manipulación en ambos casos.

### ¿ES LA AGRESIVIDAD UNA CUESTIÓN DE SEXO?

#### ...¿LO ES DE GÉNERO?

En algún momento se llegó a hablar de que la agresividad (entendida ésta sólo en su componente heteroagresivo), estaba ligada al sexo y condicionada esencialmente por las hormonas masculinas. Sin embargo, hace ya muchos años que han dejado de tener predominio estas hipótesis: el modelo de educación, los estímulos ambientales y, en general, los factores que determinan la **construcción social del rol de género**, están reconocidos hoy en día como los principales determinantes.

Pero continúa siendo cierto que la **agresividad**, en su apreciación social, es un rasgo de potencial destructor, que demuestra el poder de quién lo ostenta. Resulta curioso ver como este elemento, conceptualmente desvalorizado *...la agresividad es mala, porque lesiona y destruye...*, se considera necesaria algunas veces, porque también se considera necesario el poder. Por lo tanto, si esta es la apreciación, parece lógico pensar que las **expresiones organizadas de esa agresividad**, para establecer y hacer respetar el poder y a quién lo ostenta, tiende a confundirse en algunos casos con el **autoritarismo** y en otros, la mayoría, con la **violencia**. Sin entrar ahora mismo en las diferencias conceptuales (que ya se aclararon anteriormente para el caso de la violencia), ni en los porqués

de este tipo de apreciaciones sociales, partiremos de que es en estos términos en los que se construye el concepto, para no caer en sesgos a la hora de explicar la casuística.

Entre **adolescentes de Galicia**, se ha comprobado que la **agresividad** (entendida en los términos que se comentaron anteriormente) es considerada por unos y por otras como un rasgo esencialmente **masculino**. Pero esta consideración no es cognitiva, por lo menos **no sólo es cognitiva**, sino que está fuertemente arraigada en el aparato afectivo y podríamos decir que constituye un elemento de su escala de valores. Esta comprobación, se ha realizado en dos ocasiones separadas por 15 años en el tiempo, en sendos estudios sociales en los que se utilizó un instrumento proyectivo, adaptado del que **Kelly** había diseñado siguiendo su propia teoría de los constructos personales, a partir de la escala bipolar de valores.

Esta apreciación, proyectada por los adolescentes, va acompañada de otra, que quizás explica el por qué de su tendencia a la continuidad: **los adolescentes** perciben una **imagen de sí mismos** bastante **menos agresiva de lo que sería su ideal**, al contrario de **las adolescentes**, cuyo **ideal del yo** es mucho **menos agresivo** de lo que **perciben** de si mismas. Evidentemente, debemos pensar que esta autoapreciación actúa como facilitador en unos y como freno en las otras, para la emisión heteroagresiva. Por otra parte, la relación entre este tipo de constructo y el modelo educativo diferencial para los géneros resulta evidente. De hecho, estamos acostumbradas y acostumbrados a presenciar cómo la expresión agresiva de los niños, desde que estos son muy pequeños, está "legitimada" por los estímulos familiares y sociales, mientras que en las niñas está frenada desde el principio. Frases como *...¡que vergüenza!, una niña metida en esas peleas...* o *...¡los hombres no dejan que se metan con ellos!...*, de uso casi generalizado resultan muy expresivas de esta cuestión. Además, tienen su continuidad en las tendencias **competitivas** de los niños y **pasivas** de las niñas, que se construyen desde la infancia, para las cuales resulta imprescindible este "entrenamiento" en la emisión de la agresividad.

Sin embargo, la agresividad en sí misma, es una cuestión consustancial a la especie, como habíamos comentado anteriormente. De manera que la negación sistemática de su presencia en las mujeres, no conduce a la supresión de la

tendencia, ni en sus connotaciones de autodefensa, ni en las de liberación de la tensión acumulada. Debemos pensar, entonces, que la resolución de esta pulsión se lleva a cabo mediante otro modelo, cuyos parámetros diferenciales podrían ser, por un lado la dirección de la emisión y por el otro las formas de expresión.

Así, podríamos definir **dos perfiles agresivos**, en relación con el género: por un lado, el de los **varones**, más "puro" o más relacionado con su propio fin. Se emite hacia el medio y adopta formas de expresión comúnmente identificables como tales, que se caracterizan fundamentalmente por actitudes corporales y verbales, e incluso por el empleo de la fuerza física. Por otro lado, el de las **mujeres**, condicionado por la represión sistemática de la tendencia, a través de la cuál construyen su desaceptación a la misma. En general, se emite hacia fuera pocas veces o en escasa proporción, lo que condiciona que la mayor parte de las veces se retenga y se acumule, para ser emitida finalmente hacia su propio yo.

Entrando en las conductas que se relacionan con la salud, el modelo de expresión agresiva no es una excepción. Además, los datos obtenidos a través de los estudios no contradicen esta cuestión:

La investigación a la que aludíamos anteriormente, realizada entre **adolescentes de Galicia**, proporciona algunos datos que pueden ser de interés para el caso que nos ocupa: Los varones, más relacionados con el medio social que las mujeres, menos apegados a la familia y con unos mecanismos de adaptación al conflicto muy relacionados con la conducta disocial, expresan frecuentemente una exposición al riesgo relacionada con prácticas de tipo consumo de alcohol y de sustancias psicótropas no consentidas, que parece que tienen relación con una motivación heteroagresiva, en la medida que forman parte de su disocialidad. En este caso, el componente autoagresivo estaría relacionado con el desafío al riesgo y, en ocasiones, con la no admisión del mismo.

Por su parte, las mujeres, menos vinculadas con los círculos y las operaciones de relación social, y más apegadas a la familia, parece que tienden a adaptarse al conflicto a través de la disfunción intrapsíquica, lo que ya indica de por sí que la mayor parte de la pulsión agresiva se interioriza y no se libera hacia el exterior. Consumen menos alcohol y sustancias no consentidas, pero bastantes más fármacos psicótropos.

Por lo tanto, creemos que la agresividad no es una cuestión de género en términos de su propia presencia, pero sí que lo es la dirección en la que ésta se manifiesta. En consecuencia, el riesgo existe en todo caso, aunque su magnitud y sus contenidos sean diversos.

Por otra parte, dentro del marco general de las conductas que se relacionan con la salud, tenemos informes suficientes como para manejar otros datos de gran interés. Los hábitos alimentarios de riesgo, por ejemplo, diferencian también claramente a las mujeres y a los varones. La tendencia a la conducta anoréxica y bulímica, más frecuente en el género femenino, o a la alimentación cualitativamente inadecuada, como expresión de la pasividad ante la propia alimentación, o el "consumo de alcohol del ama de casa", ampliamente comentado hoy en día en diversos foros, son comportamientos que no tienden a liberar la pulsión agresiva, sino a acumularla y redireccionarla hacia el "yo", muchas veces activamente, con el fin del autocastigo.

Las mismas prácticas sexuales de riesgo, que comentábamos en el apartado anterior, responden a un patrón de comportamiento autoagresivo en las mujeres, que se abstienen sistemáticamente de utilizar la protección adecuada por el "miedo" a salirse de su rol de sumisión y de pasividad ante la relación, y de ser, en consecuencia, rechazadas por ello.

Resumiendo, parece que sí existe una clara relación entre la salud y el rol de género, hasta el punto de que podríamos hablar de una asociación entre la conducta de tipo pasivo y el rol femenino, y la de tipo agresivo y el rol masculino. En otras palabras, de tipo autoagresivo en las mujeres y de tipo heteroagresivo entre los varones. Evidentemente, ante la imposibilidad de satisfacer los deseos o de inhibir la tensión preconductual de unos y de otras, emerge el componente manipulador en ambos casos, que tiende a "compensar" un poco la insatisfacción, vehiculando muchas veces mecanismos de defensa hacia el propio miedo al rechazo, ya que permite emitir las conductas desde una posición menos "expuesta" al mismo. Pero que también diferencia a los géneros, al expresarse formalmente de un modo distinto en ellas y en ellos. En este sentido, las expresiones formales tienden a buscar un equilibrio entre la posición de poder del rol masculino, más proclive a las exigencias ante las mujeres y el de sumisión del rol femenino, más

proclive a la demanda desde la debilidad y la vulnerabilidad, para la que "requieren" protección.

En cualquier caso, parece que ni unas ni otros están satisfechos. La autoestima es lo que parece peligrar o ponerse sistemáticamente en cuestión, dentro de la dialéctica relacional entre los géneros. La tendencia a la acción para la aceptación, haciendo lo necesario, aunque lo necesario implique riesgos, es un factor común a las personas y, en consecuencia, la educación en la promoción de la autoestima sería lo que finalmente cambiaría la tendencia a la agresividad por la tendencia a la asertividad.

En este sentido, incluimos una de las reflexiones del taller: sentirse queridas y aceptadas en los términos de lo que son, es una cuestión fundamental para las personas. Sin esto, no es posible eliminar los miedos y las angustias que provocan las previsiones de rechazo. Pero sentirse querida no depende exclusivamente de los afectos que manifiesten los y las demás, depende fundamentalmente de la forma de expresarlos. Por lo tanto, es muy difícil pensar que en un contexto en el que se vive que hay personas hacen uso de sus privilegios a costa de nuestros propios derechos, se pueda dar esta situación de aceptación y, por lo tanto, de autovaloración. **Y esto es independiente de los motivos por los que se produzcan las relaciones desigualitarias, incluso sabiendo que "los privilegiados" tampoco se aceptan, se valoran ni se quieren lo necesario.**

### **...PERO, ENTONCES, EDUCANDO PARA LA SALUD, ¿ESTAMOS COEDUCANDO?**

Después de lo que hemos visto, en el sentido de que el principal elemento de riesgo de la conducta humana es la agresividad y que el origen y la estructura de ésta, hablando de temas de salud, es diferente entre los géneros, no parece posible llevar a cabo una intervención eficaz en Educación para la Salud, sin tener en cuenta todos los elementos diferenciales que se introducen a partir del rol de género. De hecho, ya hay algunos aspectos concretos de la intervención en EpS que tienen en cuenta este extremo en la propia planificación. Así, resultaría incluso

chocante que, al trabajar la Educación Afectiva y Sexual en la escuela, no se tuviesen en cuenta las diferencias del género e incluso no se plantease una intervención hacia la disminución de las desigualdades. Pero la afectividad y la sexualidad, son sólo una parte de la salud personal. Una parte muy importante y muy amplia, que puede influir en las demás, pero sólo una parte.

Hay aspectos, como la alimentación, el consumo de ciertas sustancias, la higiene personal, el ejercicio físico, etc., que no siempre suscitan el planteamiento de objetivos coeducativos, pero que, desde nuestro punto de vista, deberían tenerse en cuenta, dado que la influencia del género es real y diversifica la problemática.

El modelo de intervención que proponemos, desde la perspectiva de la asertividad de la conducta como meta, pasa por la planificación cuidadosa de un proyecto, que reúna las siguientes características:

- a. La identificación de los elementos no asertivos, en las conductas que tienen relación con la salud
- b. Las diferencias formales de estos elementos, según el género, la edad y las circunstancias socio culturales
- c. El análisis de estos elementos, para el diseño de los objetivos a corto, medio y largo plazo

Este esquema, permitiría luego adaptar para la intervención, lo que nosotras llamaremos **la estrategia cuádruple**:

- ★ **Promocionando la autoestima, como objetivo global.** Dentro de este marco, el trabajo específico en actitudes como la libertad y la responsabilidad, a través del ejercicio de estas y dentro de la perspectiva de la aceptación de las personas
- ★ **No propiciando el refuerzo de las expresiones no asertivas, de la comunicación y, en general, de la conducta.** Ya que no liberan la tensión preconductual por sí mismas, sino que sólo la disminuyen, en la medida en que consiguen parte de su objetivo no asertivo. En otras palabras, desmotivando las conductas no asertivas

- ★ **Proporcionando el marco adecuado para el desarrollo de habilidades alternativas**, para la comunicación y la conducta en general, a través de las cuales se emita la conducta en dirección al objeto y al objetivo, dado que la propia experiencia asertiva es un refuerzo en sí misma
- ★ **Propiciando el contexto necesario para que se produzca la demanda de información y facilitando la misma, en sus justos términos**, dado que no parece el condicionante fundamental de las conductas de salud o de riesgo, pero si es necesaria en el sentido de que no se puede llevar a cabo una conducta asertiva si la información no es suficiente, es excesiva, o es sesgada o imprecisa

Quizás es una cuestión fundamental delimitar, dentro de esta estrategia, el alcance de nuestras propias posibilidades. La tendencia a la **conducta asertiva** es, más que una utopía, una meta hacia la cuál deberemos caminar. Como decía nuestra amiga Virginia, en sus magníficas **klonklusiones** sobre las jornadas: *...¿vosotras sois las gallegas que veníais con esto de la asertividad?... ¡pues bajaros del tren!... porque eso de saber lo que se quiere, hacer lo necesario para conseguirlo, no hacer otras cosas distintas, no querer cosas distintas... ¡jamíaaaa!, ¡yo no sé si habré hecho algo así en mi vida!... ...creo que sólo respirar... y para eso lo hago sin darme cuenta. ¡Muchas gracias, Virginia!.* Efectivamente, esta reflexión nos ayuda a plantear ahora que, finalmente, la meta debe marcar el punto hacia el cuál dirigir los esfuerzos educativos. No para conseguirla a corto plazo (*¡ojalá fuera posible!*), sino para dar pasos en esta dirección y no en otra... o hacia atrás.

Pero ¿cómo se articula dentro de este contexto el asunto que nos concierne?. Porque parece que nosotras no hemos inventado nada de particular... Si nos fijamos, el paradigma de la atención a la diversidad y a las diferencias, genéricamente hablando, figura en cualquier definición de principios e intenciones.

Por ejemplo, la Unión Europea, en su programa de formación para la intervención en EpS, propone: *Una de la ideas básicas en educación y, por lo tanto, en Educación para la Salud, es partir de dónde se encuentra el alumnado. Es decir, de sus conocimientos previos, su desarrollo, sus actitudes y valores ya adquiridos, y*



*de su percepción de lo que implican los temas de salud". Las y los estudiantes no vienen al programa de EpS como "recipientes vacíos", sino que llegan con gran cantidad de aprendizajes previos, adquiridos de una manera informal, que influyen especialmente en la manera de responder al profesor o profesora. Esto debe tenerse presente tanto en los contenidos como en los métodos del currículo. En EpS, como en cualquier proceso de enseñanza, los y las jóvenes pueden dar sentido al aprendizaje en función de sus experiencias sociales previas. Es por tanto fundamental usar métodos que nos capaciten para averiguar las actitudes, creencias y conocimientos pre-existentes en las y los estudiantes.*

Parece que una parte muy importante del bagaje previo, lo constituyen las actitudes por las actitudes del género. Por lo tanto, sería impensable no tenerlo en cuenta para la intervención.

Pero, ¿cuál es el objetivo coeducativo atendiendo a esta diversidad? ¿de qué partimos?. ¿De confrontación entre los géneros o de la coexistencia y complementariedad?. La tendencia a la igualdad, partiendo de la intervención para la disminución de la desigualdad, no lleva aparejada necesariamente la eliminación de la diversidad, de la diferencia, e incluso de la reivindicación de esta diferencia. El reajuste de los roles, en el sentido coeducativo debe referirse, desde nuestro punto de vista, a la eliminación de la preponderancia de unos sobre otras. Pero somos diferentes y debemos seguir siéndolo.

Adoptar el rol masculino no nos iguala en derechos, sólo nos hace más semejantes. Pero es que esta semejanza lleva también aparejada la adquisición de sus contradicciones, de su desquerencia y de sus actitudes de rechazo... y esto no parece una meta apetecible.

Por el contrario, la educación de la autoestima a través de la reivindicación y la afirmación de la diferencia, contribuye a la saludabilidad de las conductas. La asertividad en la comunicación, permite expresar esta cuestión de manera que no suscite en sí misma una respuesta rechazadora por los demás y hacia las demás. No queremos invadir otro terreno. Sólo reivindicar y poner los límites adecuados al marco del nuestro. Intervenir para permitir la liberación de la tensión destructora hacia el exterior, a través de las operaciones adecuadas para ello, puede propiciar la confrontación inicialmente, pero a esta fase, le sucede la tendencia al equilibrio

que marca la intervención tranquila y tranquilizadora, en el sentido de que nadie se sienta amenazado.

Por lo tanto, no cabe duda de que la Educación para la Salud, disociada de la perspectiva coeducadora, no sería posible.

**PERO, PARA DISEÑAR LA INTERVENCIÓN, DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE EL GÉNERO TAMBIÉN PUEDE ESTAR INFLUYENDO EN EL ROL PROFESIONAL...**

Efectivamente, detrás de cada persona que participa en la intervención en EpS, hay una mujer o un hombre. Debemos plantearnos que esta es una cuestión indisociable, porque, si el rol de género ejerce una influencia tan grande en la Salud ¿cómo vamos a pensar que no influye decisivamente en el rol profesional?. Al fin y al cabo, ser hombre o mujer, desde el punto de vista de la construcción del papel, es consustancial al desarrollo de ciertas actitudes y conductas y, por lo tanto, involucra el desarrollo de cualquiera de los roles secundarios de la persona, y no cabe duda de que el profesional es uno de ellos.

Pero, al mismo tiempo, no podemos plantearnos olvidar lo que somos. Dentro de la idea genérica de la tendencia a la diversidad entre unas y otros, de la reivindicación de la diferencia, dentro de la igualdad de derechos, no se puede considerar la conducta profesional como un elemento aislado. Las y los profesionales de los servicios de Salud, las y los profesionales docentes, tenemos una línea conductual diversa, o por mejor decir, un estilo diferente que, desde nuestro punto de vista, es importante que continuemos manteniendo. Entre otras cosas, porque posibilita las condiciones necesarias para que se podamos ser modelos de identificación de las usuarias y usuarios, a su vez imprescindible para el éxito de la intervención.

Por otra parte, si nos planteamos intervenir en la diversidad, como objetivo estratégico y los géneros son diversos en lo que se refiere a temas de Salud, debemos atender a esta diferencia para contextualizar, diseñar y llevar a cabo la intervención. Pero, algunas veces, esta diversidad entre los géneros, ocasiona

algún conflicto, sobre todo cuándo logra invertir la identificación y esta se produce de profesional a usuaria o usuario, en lugar del al revés. Quizás porque nos involucra parte del aparato afectivo y nos hace posicionarnos hasta el punto de salirnos de nuestro papel.

Este tipo de situaciones, en realidad, sólo se producen cuándo las conductas y actitudes de las y los alumnos ponen en cuestión alguno de nuestros valores más arraigados. Y es perfectamente entendible que, si nos sentimos agredidas, por ejemplo, por una "conducta de género" que un alumno emite hacia nosotras, también nos sintamos molestas por la que emite hacia una de sus compañeras, en la medida en que nos identificamos con ella más allá de lo necesario para lograr la empatía... hasta el punto de sentirnos agredidas con ella.

Sirva como ejemplo un hecho ocurrido recientemente, en un Instituto de Enseñanza Media de nuestra Comunidad, por otra parte lo suficientemente expresivo del panorama general:

Un adolescente, alumno de este Instituto, fue sorprendido fumando un porro dentro del recinto escolar. Inmediatamente, se puso en marcha el aparato administrativo y se decidió incoar un expediente al alumno. La instrucción del mismo se le encomendó a una Profesora del Centro, que se había manifestado en contra de tal medida, por entender que no era educativa ni eficaz.

Poco tiempo después, una alumna recibe una carta de dos compañeros de su clase, en la que se hacen una serie de alusiones muy agresivas, casi todas ellas de contenido sexual. Identificados los autores, la profesora que mencionábamos antes exige que se tomen las mismas medidas que ante la situación anterior, lo que suscita un amplio revuelo entre el profesorado. Aún así, se incoa un expediente a los dos alumnos y resultan sancionados.

Con posterioridad, el tema se plantea en una reunión, que celebrada para intentar diseñar una intervención ante temas de acoso sexual, en la que estamos presentes por invitación expresa del grupo. Comentados los hechos, se analizan algunas de las claves del conflicto y la misma profesora considera que, de haberse tratado de otro tipo de conducta, no relacionada con la dominación del género, posiblemente no hubiera intervenido en los términos que intervino, aún considerando el agravio comparativo que pudiera suponer con la situación de

consumo que se había sancionado anteriormente. Además, ella misma se cuestiona la eficacia de la medida, puesto que finalmente, ninguna de las partes quedó satisfecha y, en todo caso, los menos insatisfechos resultaron ser los dos alumnos sancionados:

*...recibieron su castigo, con lo que "expiaron" parte de su culpabilidad, fueron reforzados en su conducta en el sentido de que consiguieron atraer la atención de todo el mundo durante un tiempo y lograron el posicionamiento de los miembros de la comunidad educativa... y finalmente recibieron el aplauso de muchos de sus compañeros... ¡y la conmiseración de la mayor parte de sus compañeras!... ¡¡¡incluida la niña que había sido objeto de su agresión!!!...*

A aquellas alturas, ya era imposible intervenir educativamente, porque la tensión estaba demasiado alta, los posicionamientos eran demasiado viscerales y no había interlocutores válidos en ninguna de las partes.

Verdaderamente, no parece que la medida haya sido rentable, ni en la perspectiva de la Educación Sexual, ni en la de la Coeducación, ni en el proceso educativo en general. Pero, gracias a la actitud abierta y receptiva de la profe en cuestión, se abordó el tema en los términos apropiados y esto permitió el análisis necesario sobre las actitudes de género dentro del rol profesional, con la extracción de consecuencias para el futuro.

Y es que, finalmente, formaba parte de los puntos de la **estrategia cuádruple: no reforzar** la conducta no asertiva, en el sentido de propiciar que reduzca en parte la tensión que la provoca, **desmotiva** para repetirla. Además, permite la intervención educativa al respecto, porque nadie se siente castigado ni, por lo tanto, rechazado. Esto deja abierta la puerta para el cuestionamiento de las claves a que haya lugar. ... y, en aquel caso, el sólo hecho de responder visceralmente ante la agresión, era un elemento de refuerzo del comportamiento.

Esta anécdota no es diferente de la mayoría de las que se producen en el proceso de intervención, cuándo menos en sus claves fundamentales, pero tampoco difiere esencialmente de la cuestión educativa general, aún sin la expresión de un conflicto. Desde este foro, nos parece importante señalar la

importancia de la reflexión, desde el rol profesional y no desde el de género, sobre la estrategia coeducativa.

En este sentido, señalamos una reflexión que hemos tenido la oportunidad de hacer con M<sup>a</sup> José Urruzola, con motivo de los comentarios sobre nuestro taller en las Jornadas: *desde el punto de vista del proceso coeducativo ¿es rentable la utilización de espacios separados?*. Esta es la cuestión, que viene suscitando un amplio debate en los foros feministas en los últimos tiempos. Concordábamos en que el planteamiento del uso de espacios separados es viable y puede ser rentable, siempre que se contemple como un medio y, por lo tanto, se diseñe atendiendo a las circunstancias particulares de la situación. Ello permite instrumentalizar los espacios con fines educativos, estimulando la autonomía y la independencia de las niñas a través de la interacción y del refuerzo del rol.

Sin embargo, puede resultar peligroso plantearlo como un principio, o como una estrategia de aplicación general e indiscriminada. Porque sí es cierto que las mujeres hemos ido consiguiendo nuestros propios foros, nuestros espacios y nuestros tiempos y esto puede resultar enriquecedor y proporcionar elementos de progreso, en el proceso de consecución de la igualdad. Pero, en la medida en que esta igualdad es la meta, parece que son ellas y ellos, juntos, los que deben ser educados para el futuro... porque el mundo no está compartimentado y la educación debe habilitar para la vida en el mundo.

En los temas de salud y de coeducación, la actitud no debe ser diferente de la que se requiere en cualquier otro: **una cosa es saberse agredida, en el sentido de identificar en la conducta este elemento y la dirección del mismo... y otra cosa distinta es sentirse agredida, por ser objeto de agresión o por identificarse con quién lo es**. En realidad, identificar la agresión, permite hacer una lectura de sus motivos y, en consecuencia, intervenir educativamente. Sentirse agredida, involucra el aparato afectivo y suscita una respuesta inmediata. Pero hay que tener en cuenta que vivir como personal una agresión, implica salirse del rol profesional.

Por lo tanto, proponemos, al igual que en cualquier otro aspecto de la Educación, reflexionar sobre nuestra conducta profesional, en el proceso de intentar identificar los elementos afectivos que la condicionan... porque ser

conscientes de que estamos desempeñando un papel, para conseguir unos objetivos, nos ayuda a tomar decisiones acertadas, sobre todo cuándo la conciencia y el sentimiento femenino... y feminista también, se pudiesen sentir atacados por alguna conducta de los educandos.

En definitiva, este tipo de cuestiones, sólo serán *blanco de la iras* de los adolescentes cuándo nuestra postura general sea beligerante al respecto, en el sentido de que la vivan como rechazadora... y es que resulta muy difícil, en la práctica, transmitir un mensaje global de aceptación a la diversidad, dentro de la igualdad de derechos, cuándo en el cada día sentimos conculcados los nuestros por compañeros, amigos, parejas masculinas y... en definitiva, por todos aquellos que representan el rol de dominación.

Aún así, debemos animarnos a intentarlo, porque es una meta... difícil de conseguir.... pero no más difícil que otras muchas, de las que nos fijamos dentro de la intervención educativa. Así, consideramos fundamental el análisis del **rol docente**, diferente y, por lo tanto, diferenciable, del rol personal. Sólo de esta manera estaremos en condiciones de diseñar las estrategias más eficaces, tanto en lo general, como cuándo se presenta el conflicto por confrontación de intereses. ¿Vamos a por ello?

Muchas gracias a todas las personas que habeis aportado vuestras opiniones, ideas y sentimientos en los plenarios de las jornadas, en el taller y también en los Centro Educativos. Un beso para todas

**BIBLIOGRAFÍA**

- ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Psicología Médica y Social*. Madrid. Editorial Paz Montalvo. 1976
- BÉJAR NAVARRO, R. y CAPELLO, H.M.: "Agresión y violencia", en: *Agresividad y Mente Humana*. Publicaciones del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Univ. de Salamanca, 1981
- CALVO ARTES, M.: *Trampas y claves sexuales*. Barcelona. ICARIA Editorial, S.A.; 1987
- CONSEJO DE EUROPA: *Curso para la promoción de la Salud Europea: Materiales*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia (en prensa)
- COOPER, D.: *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires. Edit. Paidós. 1971
- COSTA, M. y LÓPEZ, E.: *Salud Comunitaria*. Barcelona. Editorial Martínez Roca. 1987
- COTTON, E.: *L'education pour la santé: Méthodes*. Bruselas. Éditions de l'Université de Bruxelles. Faculté de Médecine et de pharmacie & École de Santé Publique. 1982
- ERIKSON, E.H.: *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1971
- ERIKSON, E.H.: *Adolescencia y sociedad*. Madrid. Siglo XXI Editores. 1987
- ESTARLICH, J-V; BLANES, N. y otros: *Drogodependencias y atención primaria de salud*. 2o edición. Valencia. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. 1994
- FERREIRO DÍAZ, M.D. y otros: "Alcohol/drug use and mental health status in the Galician adolescent population". *Actas du V Congrès de la Fédération Internationale d'Épidémiologie Psychiatrique*. Montréal, Fédération Internationale d'Épidémiologie Psychiatrique. 1990.
- FERREIRO DÍAZ, M.D., DOMÍNGUEZ, M.D. y RODRÍGUEZ, A.: "Delincuencia juvenil. Factores Psicosociales". *Comunicación Psiquiátrica* Vol. XVII. Zaragoza. Anales Españoles de Psiquiatría. 1992 (pp.: 163-190)
- FERREIRO, M.D.; MARTÍNEZ, F. y CARTELLE, J.: "O consumo de drogas na escola". Santiago de Compostela. *Ponencia do Curso de Educación para a Saúde: Prevención de Drogodependencias*. Centro de Formación Continuada do Profesorado de Santiago, 1994
- FERREIRO, M.D.: "A conducta alimentaria durante a infancia e a adolescencia". Santiago de Compostela. *Ponencia do Curso de Educación para a Saúde: Alimentación e Nutrición*. Centro de Formación Continuada do Profesorado de Santiago, 1994
- FERREIRO, M.D.; MARTÍNEZ, F. y ESTÉVEZ, A.: "A importancia do vínculo afectivo, na educación para a responsabilidade e para a liberdade". Santiago de Compostela. *Ponencia do curso de formación do Profesorado en Tutorías*. Centro de Formación Continuada do Profesorado de Santiago, 1994
- FERREIRO DÍAZ, M.D.; DÍAZ ANCA, M.J. y ESTÉVEZ ÁLVAREZ, A.: "A persoa e o grupo". Santiago de Compostela. *Ponencia do curso de Formación do Profesorado en Tutorías*. Centro de Formación Continuada do Profesorado de Santiago, 1995
- FERREIRO DÍAZ, M.D.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; DOMINGUEZ SANTOS, M.D.: *Adolescentes Galegos. Indicadores de risco de comportamento disocial*. ("Colección

- Saúde Mental. Serie Reforma Psiquiátrica"). Santiago de Compostela. Servicio de Saúde Mental da Consellería de Sanidade. 1996 (en prensa)
- FEZLER, W. y FIELD, E.S.: *La mujer que lo dá todo... y aun así se siente culpable*. Buenos Aires. Editorial VERLAP, S.A. 1994
- HYDE, J.Sh.: *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid. Editorial Morata, S.L. 1995
- KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Tratado de Psiquiatría*. (s.l.) Editorial Salvat. 1987
- MACHARGO SALVADOR, J.: *El profesor y el autoconcepto de sus alumnos*. Madrid. Editorial Escuela Española. 1991
- MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. y AJURIAGUERRA, J. de: *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Barcelona. Editorial Masson. 1986
- MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. y AJURIAGUERRA, J. de: *Manual de Psicopatología Infantil*. Barcelona. Editorial Masson. 1987
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: *Áreas transversales. Educación para la Salud*. "Cajas Rojas" Madrid. M.E.C. 1992
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: *Áreas transversales. Coeducación*. "Cajas Rojas" Madrid. M.E.C. 1992
- OLMSTEAD, J.A.: *Small-Group Instruction. Theory and Practice*. Alexandria. Human Resources Research Organization. 1974
- PASTOR RAMOS, G.: "Condicionamiento y aprendizaje de la agresividad", en *Agresividad y Mente Humana*. Publicaciones del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Univ. de Salamanca, 1981
- REICH, W.: *Análisis del carácter*. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1972
- REICH, W.: *La lucha sexual de los jóvenes*. ("Colección r", n1 43). México. Editorial Roca, S.A., 1974.
- ROCHON, A.: *Educación para la Salud. Guía Práctica para realizar un proyecto*. Barcelona. Editorial Masson. 1992
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.: *Estudio de la relación entre las imágenes parentales y las tendencias suicidas en adolescentes*. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela, 1973
- RODRÍGUEZ, A.; DOMÍNGUEZ, M.D. y FERREIRO, M.D.: *Conducta suicida en la adolescencia. Análisis epidemiológico*, en "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psíquicos en la edad juvenil". Barcelona. P.T.D. España. 1995 (pp.: 37-51)
- RODRÍGUEZ, A.; DOMÍNGUEZ, M.D.; MATEOS, R.; FERREIRO, M.D.; MAZAIRA, J.A.: *Violencia e Saúde Mental*. ("Colección Saúde Mental. Serie Reforma Psiquiátrica", n1 8). Santiago de Compostela. Servicio Galego de Saúde. Xunta de Galicia. 1992
- SÁEZ BUENAVENTURA, C.: *Sobre mujer y Salud Mental*. ("Cuadernos inacabados", n1 9). Barcelona. LaSal, Ediciones de les dones. 1988
- URRUZOLA, M.J.: *Aprendiendo a amar desde el aula*. Bilbao. Editora Maite Canal. 1991
- URRUZOLA, M.J.: *¿Es posible coeducar en la actual escuela mixta?* Bilbao. Editora Maite Canal. 1991
- URRUZOLA, M.J.: *Guía para chicas*. Bilbao. Editora Maite Canal. 1991