

La educación para la salud, la prevención de las drogodependencias y diversas disciplinas de pedagogía implicadas

POR

JOSÉ FRANCISCO CASELLES PÉREZ
M.^a LUISA CÁMARA CONEJERO

Desde que en las últimas décadas nos hemos ido convenciendo de que los estilos de vida asumidos por el hombre, junto con otros determinantes de la salud (la propia biología humana, el medio ambiente que creamos y el sistema de asistencia sanitaria que escogemos) son los principales factores que condicionan la salud de las personas; hemos ido descubriendo al mismo tiempo que la educación para la salud y para la prevención de las enfermedades se convertía en el arte más idóneo con el que enfrentarse a los enemigos actuales de nuestra salud: las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes.

Las drogodependencias (tabaquismo, alcoholismo, dependencia de opiáceos, etc.) y todo el fenómeno que ellas suponen, es uno de los efectos producidos por esos determinantes, especialmente el estilo de vida. Si nos paramos en este último fenómeno, el de las drogodependencias, y analizamos los esfuerzos que se han ido realizando para prevenirlo, descubrimos que las últimas corrientes tienden a insertar esa misma prevención dentro de programas más amplios de Educación para la Salud. Debemos superar otorgarle al tema de las drogodependencias un papel sobresaliente y alarmista, al contrario debe abordarse desde

una visión general de los diversos fenómenos sociales interinfluyentes y relacionados con todo el ámbito de la salud (física, psíquica y social). Ello no significa anular la investigación, profundización y especialización en dicho tema.

En lo que respecta a este trabajo destacaremos la tendencia, cada vez mayor, de instalar el abordaje preventivo-educativo de las drogodependencias desde el marco de la educación para la salud. Analizaremos también, dentro del ámbito de la Pedagogía cómo el tema es competencia de diversas disciplinas no excluyentes sino complementarias desde donde abordar distintos aspectos pedagógicos del problema, destacando siempre el hecho educativo. Por último analizaremos someramente el papel del pedagogo en el trabajo en drogodependencias.

1. LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE EL MARCO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Gran parte de la problemática relacionada con las drogas se refiere a factores comunes a otros usos y abusos en distintos campos de la salud: alimentación, vida sexual, consumo innecesario de productos por presión publicitaria, comportamientos relacionados con la convivencia, seguridad vial, etc. Por ello Oñate (1), como otros muchos autores e instituciones insistirán en que la educación sobre las drogas se instale en un programa más amplio de educación para la salud; ya sea abordado de manera independiente y complementaria respecto al currículum escolar o de manera integrada en el mismo.

En las Conclusiones a las XII Jornadas de Socidrogalcohol celebradas en diciembre de 1984 en Granada, se insiste de nuevo en ello: «La prevención (refiriéndose a las drogas) primaria queda contenida en una Educación para la Salud», donde se comprometen padres, maestros y distintos profesionales; los cuales, si quieren ser coherentes y eficaces en sus pretensiones deberán replantearse sus propias actitudes y hábitos, empezando por aquellas drogas de mayor repercusión en nuestra sociedad: el alcohol y el tabaco.

También insiste en esta necesidad (la prevención primaria de las drogodependencias tendrá éxito cuando se introduzca la educación para la salud en

(1) Cfr. Oñate, P.: *Prevención de las Toxicomanías y educación*; Madrid, Dirección General de Acción Social y Cruz Roja, 1984.

todos los niveles de la enseñanza obligatoria y secundaria) la comisión especial sobre el tráfico y consumo de drogas en España, a través del informe que hace pocos meses presentó al Senado (2). Por último destacar la importancia de la necesidad de este hecho en cuanto que también el Consejo de Europa insiste en ello: «Las drogodependencias no deben ocupar un lugar aparte al de un programa de educación para la salud. Ellas no deben jamás ser objeto de un programa distinto» (3).

1.1. ¿Qué entendemos por salud?

Si plantearse el significado de la enfermedad no resulta complicado al haber sido padecida por nosotros mismos o por personas cercanas a nosotros; casi todo el mundo sabe lo que representa la enfermedad. Las dificultades comienzan cuando hay que definir la salud.

Luis Salleras ofrece un excelente análisis del proceso conceptual de salud (4). Durante mucho tiempo la salud ha sido definida en términos negativos; la salud sería la «ausencia de enfermedades e invalideces». Hoy todos están de acuerdo en que esta definición no corresponde a la realidad y no es operativa.

La OMS, en su Carta Magna o Constitucional (1946), definió la salud como el «estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición marcó un hito en su momento pero presenta, junto a unos aspectos positivos e innovadores, otros negativos y criticables. Entre los primeros encontramos que por primera vez se define la salud en términos afirmativos o positivos y, por otro lado, no sólo se refiere al área física del ser humano sino que, además, se incluyen por primera vez las áreas mental y social. Entre los aspectos negativos y criticables encontramos que equipara bienestar a salud, lo cual no siempre es verdad. Por otro lado, la definición de la OMS aparenta ser más un deseo que una realidad. Más que una definición es una declaración de principios y objetivos, ya que un «completo bienestar físico, mental y social» es difícilmente alcanzable hoy en día, ni por

(2) Cfr. *Escuela Española*, n.º 2797, 3 de enero de 1986, p. 3.

(3) Consejo de Europa: *Education pour la santé visant à prévenir les toxicomanies*; Strasbourg, Consejo de Europa, 1984, p. 10.

(4) Recomendamos la lectura de todo el texto de Salleras, L.: *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*; Madrid, Díaz de Santos, 1985.

individuos, ni por grupos ni colectividades. Su definición es, además, «estática», ya que considera como personas con salud a las que gozan de un «completo» bienestar físico, mental y social. Por último, se trata de una definición «subjetiva», pues no habla de aspectos objetivos de la salud (capacidad para funcionar).

Muchos autores, entre ellos Terris (5) no están de acuerdo con la definición de la OMS a la que consideran utópica, estática y subjetiva. Según Terris debería eliminarse la palabra «completo» ya que la salud, como la enfermedad, no son absolutos. Existen diversos grados de salud como de enfermedad. Además, para Terris, la salud como la enfermedad, tienen dos aspectos, uno subjetivo: el bienestar o el malestar (sentirse bien o mal en diferentes grados), otro objetivo: la capacidad de funcionar (en diferentes grados).

Según su línea de razonamiento, Terris propone modificar la definición de la OMS por la siguiente: «Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición de Terris es operativa, ya que para la mayoría de las personas, estar en buena salud es equivalente a la suma de «bienestar» (sentirse bien, no tener molestias ni sufrimientos, etc.) y de «capacidad de funcionar» (poder trabajar, estudiar, relacionarse normalmente con sus semejantes, gozando de las satisfacciones que proporciona la vida en la comunidad).

El único inconveniente que presenta la definición de Terris como la mayoría de las definiciones es que es posible una presencia conjunta de salud (bienestar y capacidad de funcionamiento en diversos grados) y ciertas afecciones o enfermedades en fase precoz que no producen síntomas (no dan malestar) ni limitan la capacidad de funcionamiento. No obstante la definición de Terris supone un avance en el análisis conceptual de salud, con la ventaja adicional de que se trata de una definición operativa.

Todavía puede mejorarse la definición de salud a través del concepto dinámico de la misma. La salud y la enfermedad formarían un continuo cuyos extremos son el óptimo de salud (definición de la OMS) por un lado, y la muerte por el otro. En este continuo existe una zona neutra donde la separación entre la salud y la enfermedad no es absoluta, ya que muchas veces no es posible distinguir lo normal de lo patológico.

Destacar que a uno de los dos extremos (la muerte) se llega siempre por

(5) Terris, M.: *La revolución epidemiológica y la medicina social*; México, Siglo XXI, 1980.

imperativos biológicos, mientras que el otro (el estado óptimo de salud) se alcanza muy raramente. Entre la zona neutra y los extremos existen diferentes grados de pérdida de salud (enfermedad) y de salud positiva. Así pues la salud y la enfermedad no son estáticas sino dinámicas, existiendo diferentes niveles de salud positiva y de enfermedad.

En Salud Pública y en términos operativos es imprescindible otra matización. Como la muerte no es evitable y el óptimo de salud es difícilmente alcanzable, es mejor sustituir estos términos por «muerte prematura» y «elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionar» ya que las muertes prematuras son evitables a menudo y, en los grados altos de salud positiva se puede alcanzar un elevado nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionar.

Sin duda nuestras acciones en el campo y en prevención de las drogodependencias irán encaminadas básicamente a conseguir ese objetivo: el mayor nivel de salud posible. Debe destacarse además el condicionamiento que ejercen sobre la salud y la enfermedad los factores sociales.

Así, el concepto dinámico de salud quedaría expresado de la siguiente manera: «el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad».

En lo que concierne a las colectividades, desarrollar la salud significa intervenir en la transformación de esos factores sociales, donde la Salud Pública y Comunitaria adquirirán su máximo sentido.

Aunque queda de sobra expuesto el concepto actual de salud, destacar que existen otras muchas definiciones de la misma como, por ejemplo, la que señala Elvira Ramos que surgió en el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà, 1976); la salud quedó allí definida como «una forma de vivir cada vez más autónoma, más solidaria y más gozosa». Elvira Ramos (6) destaca de esta definición que pone el énfasis en los aspectos de calidad de vida en solidaridad con los demás. Destacan los aspectos de «forma de vida autónoma» (poder evitar y protegerse de las enfermedades y tener educación y cultura personal como para proyectar el futuro dentro de las coordenadas de libertad, responsabilidad y felicidad); forma de vida solidaria (teniendo en cuenta al resto de la comunidad buscando la justicia, la paz y controlando el medio); y la «forma de vivir gozosa» (enfrentándonos con esperanza a esa construcción vital de manera esperanzada).

(6) Cfr. Ramos, E.: Salud y Escuela (I), en *T. E. Enseñanza*.

Por último mencionar, como lo hace Salleras, los determinantes de la salud, éstos son principalmente cuatro: 1) el Sistema de Asistencia Sanitaria, 2) la propia Biología Humana, 3) el Medio Ambiente y 4) los Estilos de Vida. Pero sobre todo destacar la enorme desproporción existente entre el porcentaje de los efectos relativos sobre la salud ejercido por dichos determinantes y el dinero destinado a controlar y modificar cada uno de esos determinantes. Destaca sobremanera la atención a la asistencia sanitaria absorbiendo casi la totalidad de los presupuestos cuando sólo ejerce una influencia sobre la salud equiparable a los demás determinantes si no inferior. Por otro lado destacar como dato curioso, los cinco comportamientos de salud básicos que se encuentran significativamente asociados al incremento de riesgo de muerte entre los individuos de 30 a 69 años: 1) consumo de cigarrillos; 2) actividad física; 3) consumo de alcohol; 4) obesidad; 5) número de horas de sueño.

1.2. ¿Qué es la educación para la salud?

Si hemos analizado ampliamente lo que hoy se entiende por «salud», vamos a analizar ahora lo que se entiende por «educación para la salud». Esta deberá tender a ser para nosotros el marco desde donde trabajar en prevención de las drogodependencias. Son muchas las definiciones que existen en torno al concepto de «educación para la salud». Costa y López presentan todo un cuadro de definiciones; destaquemos dos de ellas (7):

«Preparación sistemática del individuo a conocer su organismo desde el punto de vista físico y mental, y a conocer su ambiente de vida desde el punto de vista ecológico y social» (H. San Martín, 1982).

«Proceso que informa, motiva y ayuda al pueblo a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos» (IV Grupo de Trabajo de la Conferencia Nacional sobre Medicina Preventiva; U.S.A., 1975. Resumen de Salleras, 1978).

(7) Costa, M. y López, E.: *Salud Comunitaria*; Barcelona, Martínez Roca, 1986, p. 143. Ver también Salleras, L.: *Educación Sanitaria*, o. c., p. 58.

Por otro lado, Elvira Ramos definirá la Educación Sanitaria como «el conjunto de actividades sistemáticas y planificadas dirigidas a producir los cambios necesarios de creencias, actitudes y comportamientos de la población para alcanzar una salud óptima». Para ella la Educación Sanitaria está íntimamente ligada a los programas sanitarios en cuanto que será un medio importante para conseguir la participación de la población en una búsqueda constante de mejores hábitos y actitudes personales y colectivas en materia de salud. La educación sanitaria se caracterizará por ser un proceso educativo (no sólo informativo); tratará de fomentar las decisiones personales para que los individuos cambien sus comportamientos; y buscará la participación de la comunidad (8).

Bastantes autores creen que no hay educación sanitaria completa sin educación para la salud. Algunos prefieren destacar la definición de Biocca (9) por la que la educación para la salud será una «especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta con respecto a la salud en el individuo y la comunidad. Se basa en un proceso educativo eminentemente dinámico, que se expresa a través de la coordinación de los elementos de ambos sectores constituyentes; analiza los recursos educativos para estimular y canalizar el proceso de enseñanza y aprendizaje con miras a lograr los cambios requeridos para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud». Esta definición, como la mayoría sobre educación para la salud, resultan muy distantes de la idea de «propaganda sanitaria».

Es necesario resaltar que Educación Sanitaria es prácticamente lo mismo que Educación para la Salud, sólo que éste último término es una evolución más moderna de aquel. No ocurre lo mismo entre Salud Pública y Salud Comunitaria, que conviene distinguir bien. Si bien la Salud Pública se caracteriza por ser básicamente una acción propia del gobierno solo, en la Salud Comunitaria sigue interviniendo el gobierno pero interviene también la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes (10). La Salud Comunitaria pasa así a representar la etapa más avanzada de la evolución de los esfuerzos de la colectividad para promover y restaurar la salud de la población.

(8) Cfr. Ramos, E.: Promoción de la Salud-Educación Sanitaria; *Boletín de Salud de la región murciana*, n.º 0, agosto-1981, p. 2.

(9) Biocca citado por Ferrara y otros: *Medicina de la comunidad*; Buenos Aires, Intermédica, 1976, pp. 303-304.

(10) Cfr. Salleras, L.: *Educación Sanitaria*; o. c., p. 36.

Señalemos una última definición de Educación para la Salud, se trata de la que recoge María Sainz (11) de la «United States Comittes on Health Terminology» que define la Educación para la Salud como un «proceso de orden intelectual, psicológico y social que comprende actividades destinadas a incrementar la actitud de los individuos, a tomar decisiones —con conocimiento de causa— que afectan a su bienestar personal, familiar y social. Este proceso inspirado en principios científicos facilita el aprendizaje y el cambio de comportamiento tanto a nivel de personal de salud como de los consumidores (especialmente de los niños y adolescentes)».

También se tendrá en cuenta el 2.º Informe presentado en la Conferencia de Ministros Europeos de Sanidad celebrada en 1981 en Madrid, centrado en la Educación para la Salud (12).

La creciente preocupación por el tema fue recogida por el M.E.C. que incluyó en los Programas Renovados de Preescolar y EGB la Educación Sanitaria, con el fin de que los profesores transmitan al alumnado todo lo que les sirva en su seguridad personal y en la relación con las exigencias emanadas del medio ambiente en que vive (13).

Pero ¿cómo hay que hacer en la práctica la educación para la salud en la escuela? Está superada y descartada la posibilidad de que sean especialistas ajenos los que la afronten a través de charlas a los alumnos. Ramón Mendoza destaca dos grandes posibilidades (14): que la educación para la salud se convierta en una nueva asignatura o que se integre dentro de las materias ya vigentes en el respectivo plan de estudios. Esta última pasa a ser la tendencia dominante en España, no convirtiéndose así en una nueva tarea que se echa sobre las

(11) Sainz, M.: *Educación para la salud en el medio escolar*; Madrid. Escuela Española, 1985, p. 35.

(12) *Ibidem*, pp. 78-81. La Conferencia de Ministros Europeos de Sanidad (Madrid, 22-24 de septiembre de 1981, en el 2.º Informe presentado sobre «Educación para la Salud», pretendía examinar las actuales tendencias europeas en materia de educación para la salud (primera parte del informe); y analizar el papel, objetivos y ámbitos de aplicación de la educación para la salud con vistas a elaborar una política europea de prevención y promoción de la salud (2.ª parte del informe). Debemos destacar, de otro lado, la creación en 1985 de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) promovida por la propia María Sainz (experta en Medicina preventiva y jefe de internos del Hospital Clínico de San Carlos). El objetivo básico de dicha asociación es elevar la salud individual y colectiva por medio de la educación. Si se desea profundizar sobre dicha asociación consúltese *Comunidad Escolar*, 4-10 de marzo de 1985, p. 20.

(13) Cfr. MEC: *La dependencia de las drogas*; Madrid, MEC, 1981, p. 9.

(14) Cfr. Mendoza, R.: Un renacimiento esperanzador; *Cuadernos de Pedagogía*, n.º 115-116, julio-agosto, 1984, p. 6.

espaldas de los educadores sino en una nueva forma de educar. Será de especial importancia la motivación del alumno.

1.3. Principios, objetivos, actividades y evaluación de la educación para la salud

En la época moderna de la salud pública se pueden distinguir dos etapas diferenciadas en los países desarrollados (15). La primera, que comprende desde mediados del siglo XIX hasta bien entrado el actual, los problemas predominantes eran las enfermedades infecciosas (tuberculosis, diarreas infantiles, cólera, paludismo, enfermedades infecciosas infantiles, etc.). La segunda etapa (época actual) se caracteriza porque la morbilidad y mortalidad predominante la constituyen las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, diabetes, cirrosis hepática, etc.) y los accidentes.

Frente a ello se produce lo que Terris denomina «revoluciones». Frente a la primera etapa, las mejoras de las condiciones socioeconómicas y las medidas específicas de salud pública (saneamiento del medio ambiente, inmunizaciones, educación sanitaria, etc.) pudieron casi por completo con las enfermedades infecciosas («primera revolución epidemiológica»). Ello fue posible porque la mayor parte de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas de esta etapa (época bacteriológica de la salud pública) obedecía a factores ambientales desfavorables como: contaminación del agua, ausencia de sistema de evacuación de excretas, hacinamiento en viviendas pequeñas e insalubres, consumo de leche y alimentos contaminados; proliferación de insectos y roedores, alimentación deficiente, malas condiciones higiénicas en los lugares de trabajo y la ignorancia de la población en salud.

Frente a la segunda etapa (la actual) donde predominan las patologías provocadas por las enfermedades crónicas y los accidentes, se entra en una nueva etapa de la salud pública («segunda revolución»). Si en la primera la educación sanitaria fue importante en la lucha contra las enfermedades transmisibles, actualmente ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la salud pública, ya que el control de las enfermedades crónicas como de los accidentes depende de esta gran medida.

La educación sanitaria será fundamental para que: 1) La población com-

(15) Cfr. Salleras, L.: *Educación Sanitaria*; o. c., pp. 7-9.

prenda las bases científicas y las necesidades de los programas de salud pública. 2) Participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y para que dé soporte a las medidas que abarquen. 3) Lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos insanos (prevención primaria) con objeto de modificar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas puesto de manifiesto por los estudios epidemiológicos (consumo de tabaco, alcohol, otras drogas ilegales, excesivo consumo de hidrocarbonados, etc.). 4) Participe activamente (autoexamen, detección de los primeros síntomas y signos de las enfermedades crónicas) o pasivamente en el diagnóstico precoz de estas enfermedades (prevención secundaria). 5) Persuadir a los individuos afectados por alguna enfermedad crónica para que participen activamente en el tratamiento de sus enfermedades y sigan estrictamente las recomendaciones terapéuticas de su médico (prevención terciaria). 6) Para el fomento de la salud de la población y el logro de niveles óptimos de «salud positiva».

Aún en ausencia de enfermedad, el logro de buenos niveles de «salud positiva» dependerá en gran parte de las conductas que adopten los individuos, grupos y colectividades en relación con la alimentación y nutrición, la actividad física, la evitación de estrés, el sueño y el reposo y la utilización razonable del ocio.

En España, en los últimos años se ha ido reivindicando la educación sanitaria como uno de los instrumentos fundamentales de la salud pública actual (16).

En cuanto a los principios fundamentales de la Educación Sanitaria en la escuela, para que ésta sea efectiva deben destacarse, como lo hace Elvira Ramos, los siguientes (17): 1) Resaltar los aspectos positivos de la salud, no los negativos. 2) La salud es la meta a conseguir, no un tema académico. 3) La educación va dirigida al sano. Los enfermos temporales se pueden beneficiar por las prácticas de salud adquiridas por el resto de la clase. 4) La promoción de la salud en el período escolar debe ser uno de los objetivos del programa global de la escuela. 5) Las experiencias de aprendizaje deben adaptarse al desarrollo fisiológico, psicológico y social del escolar. 6) Los temas educativos deben estar basados en los intereses, necesidades, habilidades y pasado del escolar. 7) El aprendizaje de experiencias debe realizarse de forma activa, mediante participación, realización de cosas y reacción frente a situaciones. 8) La solución del

(16) Legislativamente la Educación Sanitaria queda justificada en el art. 43 de la *Constitución Española* y en la reciente *Ley General de Sanidad* (arts. 6.^o y 18.^o-1).

(17) Ramos, E.: *Salud y Escuela*, o. c., p. 15.

problema suele ser uno de los métodos más efectivos de aprendizaje, siempre que el problema sea real y tenga significado para el escolar. 9) Los objetivos de cada actividad deben estar especificados en términos como metas por el niño para lograr que sea efectivo. 10) Las actividades educativas estarán relacionadas con las experiencias actuales de los escolares. 11) Las experiencias de aprendizaje son más efectivas cuando el niño ve la relación entre la experiencia familiar y la global. 12) Los escolares deben ser ayudados a construir generalizaciones y a aplicar esas generalizaciones a nuevas experiencias. 13) Las experiencias integradas en la realidad cotidiana suelen ser más fructíferas que fragmentos educativos o experiencias aisladas. 14) Repetición o habilidad quedan justificadas cuando se trata de reforzar el aprendizaje o de fortalecer habilidades. 15) Cada escolar es distinto y único, aprenderá de manera distinta que otros, por lo que se precisa abundancia de actividades y material. 16) Cualquier ocasión es buena para practicar la educación sanitaria. 17) La educación sanitaria será inefectiva si no tiene en cuenta los problemas de salud de la familia y de la comunidad.

Entre los objetivos fundamentales que la educación sanitaria debería alcanzar, Salleras destaca los siguientes (18): 1) Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad. 2) Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud. 3) Promover conductas nuevas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud. 4) Promover cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados. 5) Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad (19).

La educación sanitaria requerirá, por otro lado, unos métodos y materiales adecuados a los objetivos propuestos así como la programación de actividades atractivas para los niños al mismo tiempo que eficaces en sus propósitos (20).

Por último sólo resta destacar la importancia que adquiere en cada programa la evaluación del mismo. No es fácil encontrar buen material al respecto. Básicamente, la evaluación de un programa de salud consistirá en confrontar lo

(18) Salleras, L.: *Educación Sanitaria*; o. c., pp. 59-63.

(19) El Consejo de Europa en la obra citada *Education pour la santé*, pp. 15-16 presenta unos organigramas interesantes sobre las estrategias de base para la elaboración de programas y la puesta en acción de los mismos. El lector interesado puede consultarlos.

(20) Para un análisis de los posibles métodos y materiales a utilizar en educación sanitaria, así como posibles programas de actividades a realizar donde se tienen en cuenta los aspectos referentes a las drogodependencias puede consultarse Sáinz, M: *Educación para la salud en el medio escolar*; o. c., pp. 83-126; y Varios: *Educación para la salud en la escuela*; ICE de la Universidad del País Vasco, pp. 25-28 y 69-95.

realizado después de cierto período o al final del programa, con los objetivos trazados para ese período o para la totalidad. De ahí la importancia de unos objetivos lo más cuantificables que se puedan y la elaboración de unos índices de comparación.

La evaluación también será cualitativa en cuanto tratará de conocer la eficacia con que se está ejecutando el programa (técnicas y procedimientos) y hasta donde está justificado. Así, la evaluación servirá básicamente para detectar cualquier desviación en el plan trazado que impida la consecución de los objetivos y para corregir dicha desviación, su finalidad básica será la de mejorar constantemente el programa establecido.

Todos los componentes del programa deberán estar convencidos de la necesidad de la evaluación. No obstante recordar que, pese a la importancia de la evaluación, en la vida no todos los valores pueden medirse en cifras; de ahí que muchos programas quedarán justificados, aunque sean difíciles de evaluar, por el sólo hecho de que claramente contribuyen a la salud del niño.

La educación para la salud en la escuela podrá evaluarse desde tres niveles: 1) Evaluación de la organización y de las actividades programadas (número de actividades; población intervenida; forma de llevar a cabo las actividades; duración en el tiempo; recursos humanos, materiales y financieros empleados; técnicas empleadas, etc.). 2) Evaluación de los resultados a corto plazo (adquisición de conocimientos y de habilidades). 3) Evaluación de los resultados a largo plazo (cambio de conducta y repercusión a nivel escolar y comunitario).

1.4. La educación para la salud en el medio escolar

La educación para la salud tendrá un amplio campo de trabajo en la institución escolar. La escuela será un lugar idóneo para trabajar en programas de educación sanitaria (21) por una serie de motivos: 1) Teóricamente pasará por la escuela y durante una serie de años casi la totalidad de la población. 2) El niño pasará casi toda su vida activa en la escuela. 3) El educador suele ser para el niño un modelo a imitar. 4) En esa época de la vida el sujeto suele ser especialmente receptivo (etapa de descubrimiento y conocimiento de hábitos y costumbres). 5) La información será recibida por el niño dentro de la globalidad de

(21) Cfr. Varios: *Educación para la salud en la escuela*; o. c., pp. 17-18.

todas las materias, no fragmentada. 6) El educador, por sus conocimientos y tiempo que le dedica al niño es el profesional idóneo para realizar dicha tarea (junto con el médico y la enfermera escolar —equipo médico sanitario de la escuela—, como señala Salleras, p. 178).

La educación para la salud en la escuela tendrá como principal finalidad desarrollar actividades, conocimientos y hábitos positivos de salud en el niño, responsabilizándole de su propia salud y preparándole para que, al incorporarse a la comunidad global al final de su período escolar, opte por un estilo de vida lo más saludable posible.

Insistimos pues en que la educación sanitaria en la escuela perseguirá tres objetivos fundamentalmente (22): 1) Desarrollo de actitudes e ideales que motiven a cada individuo a obtener el mayor grado posible de salud y bienestar. 2) Adquisición de los conocimientos básicos para promover y proteger la salud. 3) Implantación de hábitos y prácticas esenciales para la salud. Estos tres objetivos se encuentran estrechamente relacionados pese a que, según la etapa evolutiva del niño deba insistirse en unos más que en otros. Así en los más pequeños se desarrollará principalmente hábitos, sin descuidar las actitudes. En los niños mayores (tercer ciclo de EGB y BUP) se les instruirá sobre las bases teóricas de los hábitos adquiridos, con los que se reforzará su conducta positiva de salud (23).

1.5. Formación del trabajador en educación para la salud

Al maestro se le suele exigir tradicionalmente que su formación pedagógica recoja tres elementos básicos (24): 1) Iniciación a las teorías educativas. 2) Conocimiento de los métodos pedagógicos. 3) Experiencias prácticas en las escuelas.

Si trascendemos a la figura del maestro, descubrimos otros profesionales del

(22) Cfr. Salleras, L.: *Educación Sanitaria*; o. c., pp. 175-191.

(23) Resultará curioso recordar un viejo proverbio chino referente a lo que tratamos:
«Olvido lo que oigo,
recuerdo lo que veo,
hago lo que conozco (lo que practico)».

en el texto de Valtueña, O.: Educación para la salud, *Revista de Educación*, n.º 244, mayo-junio, 1976, p. 14.

(24) Cfr. Consejo de Europa: *Education pour la santé*, o. c., pp. 78-85.

tema. Los educadores sanitarios especializados deberán recibir una formación lo más completa posible en el tema (25). Estos especialistas no tiene por qué ser únicamente médicos; muchos eran sociólogos, psicólogos, pedagogos, etc., que una vez finalizados sus estudios deberán recibir una formación completa sobre el tema de salud (en Escuelas de Salud Pública) que incluirá estudios de salud pública, sociología, psicología social, pedagogía, antropología cultural y comunicaciones. Una vez concluidos estos estudios estarán capacitados para trabajar en escuelas o en servicios de salud. Los especialistas en educación para la salud que trabajen en los servicios de salud serán los responsables de la planificación, programación, administración, organización y evaluación de las acciones de educación para la salud. Serán además responsables de investigaciones y de la formación de los demás agentes; asumirán además la dirección y administración de los departamentos de educación sanitaria. Ellos elaborarán el material utilizado en los métodos indirectos, asesorados por especialistas en medios de comunicación social.

A los demás profesionales les corresponderá la ejecución de las actividades educativa en la escuela (maestros), en la comunidad (médicos y asistentes sociales) o en los mass-media (periodistas). Estos profesionales no actuarán únicamente sobre el individuo (educándole y persuadiéndole); actuarán además sobre el medio ambiente y los factores de política nacional que posibilitan las conductas insanas o impiden la adopción de hábitos saludables. Debe entrarse, además de en el terreno individual, en el terreno político, social, económico, legislativo, etc. Incidiendo los educadores sanitarios sobre todo tipo de factores o condiciones que determinen las conductas de la población.

Por último destacar que quien más directamente trabajará con el niño será el maestro de EGB que, junto con los padres, será el eslabón primario de la socialización del niño. De él dependerá que el niño vaya imprimiendo o no caracteres tendentes a la salud. Son muchas las razones por las que el maestro debe asumir esta responsabilidad (26); pero destaquemos que en su labor no debe primar la instrucción sino la enseñanza. El maestro no tendrá como función instruir sino enseñar (27).

(25) Cfr. Salleras, L.: *Educación Sanitaria*; o. c., pp. 90-91.

(26) Véase Sainz, M.: *Educación para la salud en el medio escolar*; o. c., pp. 73-76.

(27) Es mucha la literatura existente sobre el tema de la educación para la salud. Además de la señalada puede consultarse: *Educación para la salud*; *Cuadernos de Pedagogía*, n.º 115-116. Mustard, H. S. y Stebbins, E.: *Introducción a la salud pública*; México, Prensa Médica Mexicana, 1982.

2. LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y LA PEDAGOGÍA SOCIAL

El tema de las drogodependencias es tremendamente amplio, eso le lleva a posibilitar ser estudiado y tratado desde diversos ángulos. Así sucede en el ámbito de la Pedagogía. En dicho ámbito existe un considerado abanico de disciplinas en el que algunas de ellas parecerían entrar en conflicto al pretender adjudicarse la competencia de dicho tema. En concreto nos referimos a la Pedagogía Social, la Pedagogía Terapéutica y la Pedagogía Diferencial. Es necesario superar ese temor porque el tema de las drogodependencias es un tema que compite a las tres disciplinas como trataremos de demostrar a continuación. Cada una de ellas tiene la obligación de aportar algo al estudio y resolución del problema, destacando sobre todo el hecho educativo en el que están implicadas las tres.

En lo que respecta a la Pedagogía Social retomamos los análisis que sobre la misma hace el profesor José M.^a Quintana (28) tras un estudio de las diversas tendencias existentes en base a la misma. Dicho autor asume y opta por una concepción binaria de la Pedagogía Social, destacando dos objetivos básicos y definiéndola como «la ciencia de la educación social de individuos y grupos, y de la atención a los problemas humano-sociales que pueden ser tratados desde instancias educativas». Así en un primer lugar, la Pedagogía Social se encargará de la socialización de los individuos como seres destinados a vivir en sociedad y que deberán afrontar constantes presiones y exigencias que dicha sociedad ejercerá sobre ellos durante toda la vida. Pero en Pedagogía Social el proceso de socialización se caracterizará por entenderse desde un sentido normativo, «como un quehacer que ha de regularse debidamente para que se realice de modo satisfactorio». Tratará de formar en el individuo sentimientos y actitudes sociales además de una conciencia solidaria con el resto de hombres y pueblos, así como una predisposición a participar y colaborar.

El segundo objeto de la Pedagogía Social es la atención a los problemas humano-sociales posibles de ser tratados desde instancias educativas. Se trata ahora no tanto de una educación del individuo para la sociedad sino de la sociedad en su conjunto para el servicio del individuo; educar a la sociedad,

(28) Véase Quintana, J. M.: *Pedagogía Social*; Madrid, Dykinson, 1984, pp. 15-30; y Quintana: Los aspectos sociales de la educación; en la obra de Sanvisens, A.: *Introducción a la Pedagogía*; Barcelona, Barcanova, 1984.

planificando intervenciones pedagógicas tendentes a paliar necesidades y problemas humanos que dañan a la sociedad en general.

Existen otros autores españoles que vienen a reflejar una idea parecida de la Pedagogía Social. No es necesario profundizar en ellos ahora pues con lo dicho es suficiente, aunque conviene tenerlos en cuenta (29). Destaquemos también que la tendencia actual de la Pedagogía Social en España insiste en los procesos de intervención socio-educativos. El profesor José Antonio Caride dice al respecto que «la Intervención Socioeducativa se revela en toda su magnitud como un aspecto particular y específico de la Animación Sociocultural, aportándole a ésta en un marco contextualizado sociológicamente, una determinada sistematización y consciencia de la acción sobre la realidad, orientándola así hacia el logro de objetivos establecidos previamente. Sus iniciativas de naturaleza educativo-social son, de este modo y en un sistema abierto e interrelacional, esencialmente normativas, estratégicas y operacionales» (30).

Por todo lo dicho queda claro que el tema de las drogodependencias afecta a la Pedagogía Social, así como queda claro desde qué ángulo debe enfrentarse al mismo.

3. La prevención de las drogodependencias y la Pedagogía Terapéutica

Los hasta ahora encargados del tratamiento del drogodependiente (médicos, psiquiatras y psicólogos principalmente) empiezan a darse cuenta de los límites de su tarea y se empieza a valorar la importancia de la tarea educativa en el tema de las drogodependencias no sólo a nivel preventivo sino también a nivel de tratamiento del drogodependiente (31).

(29) Ricardo Marín, por ejemplo, definirá la Pedagogía Social como una disciplina pedagógica cuyo objetivo es la educación social del hombre. Lo que importa es convertirlo en un ser social capaz de integrarse en el medio, de participar activa y responsablemente y en su caso de mejorarlo. Hoy cobra interés especial al considerar la reeducación de todo tipo de marginados sociales». Véase Marín, R. y Pérez Serrano, G.: *Pedagogía Social y Sociología de la Educación*; Madrid, UNED, 1985, pp. 27-28.

(30) Caride, J. A.: Educación y animación sociocultural: la Pedagogía Social como modelo de intervención; en la obra de Quintana y otros: *Fundamentos de Animación Sociocultural*; Madrid, Narcea, 1985, p. 124. Existen en España tendencias de trabajo muy interesantes en Pedagogía Social. Además de la citada en Barcelona, destacaremos la excelente labor realizada en Galicia, a donde pertenece el profesor Caride; y los recientes trabajos que empiezan a fecundar en Murcia. Ver López, M.; González, A. y Sáez, J.: *Seis temas clave de Pedagogía Social*; Valencia, Nau Llibres, 1985.

(31) Cfr. Vega, A.: *Los educadores ante las drogas*; Madrid, Santillana, 1983, pp. 275-280.

De esta manera la Educación Especial y, más concretamente la Pedagogía Terapéutica cobran un importante sentido, además de en otros muchos campos, en el de las drogodependencias también. Jesús Garanto (32) utiliza el término de «Educación Especial» para referirse a la atención especial que determinados sujetos precisan para abordar cada vez mejor aquellas esferas o áreas de su persona que le distancian y le hacen diferente del resto de los sujetos que son considerados como normales. El mismo autor incluirá entre dichos sujetos aquellos que padecen trastornos del comportamiento y a los inadaptados sociales; refiriéndose en éstos últimos a aquellos sujetos que no asumen o respetan las exigencias normativas del medio sociocultural en que viven, no respetando tampoco a los demás miembros con los que deben convivir.

Por otro lado la UNESCO señalará que los objetivos de la educación especial son muy similares a los de la educación general, o sea: posibilitar al máximo el desarrollo de todas las facultades de los individuos (intelectuales, escolares y sociales). La educación especial debe tender (hoy todavía se ve muy difícil y muy lejano, por lo que no deja de ser un ideal) a establecer un plan de educación para cada sujeto desde su más temprana edad, dotando a los programas de la flexibilidad suficiente para lograr este ideal en cada caso (33).

El tema de las drogodependencias, recientes jornadas así lo demuestran, empieza a ser un tema importante en el ámbito de la educación especial y de la Pedagogía Terapéutica (34). Esta última engloba toda una labor educativa, que a través de unas vías preferentemente pedagógicas se propone ayudar a aquellos niños que presentan dificultades o anomalías en el desarrollo, ya sean de origen físico, psíquico o mental. Intenta actuar no sólo sobre el sujeto, sino además sobre el ambiente, ayudándole a superar inadaptaciones y desarmonías con el fin de minimizar las diferencias que lo separan de lo normal y conseguir así su integración total (biopsicosocial) (35).

(32) Cfr. Garanto, J.: Educación Especial; en la obra de Sanvisens, A.: *Introducción a la Pedagogía*; o. c., pp. 303-336.

(33) Cfr. UNESCO: *La educación especial*; Salamanca, Sígueme, 1977, p. 12.

(34) En las Primeras Jornadas de Pedagogía Especial (San Sebastián, 1983) el tema de las drogodependencias fue notoriamente destacado. Véase Varios: *Pedagogía Terapéutica: Problemática y perspectivas*; San Sebastián, ICE, 1983, pp. 101-144, donde aparecen cuatro trabajos sobre el tema. Destaquemos también que el profesor Amando Vega, experto en drogodependencias se mueve desde el ámbito de la Educación Especial y de la Pedagogía Terapéutica.

(35) Cfr. Rodríguez Calvo, R.: *Pedagogía Terapéutica*; en la obra de Mendiguchía, F. J.: *Psiquiatría infanto-juvenil*; Madrid, Del Castillo, 1980, pp. 951-954.

En lo que respecta a la drogodependencia (36) la Pedagogía Terapéutica deberá conocer y enfrentarse a: 1) Las motivaciones y expectativas del drogodependiente cuando entra en tratamiento. 2) El apoyo que debe prestar la familia durante el tratamiento. 3) Conocimiento de los distintos métodos de tratamiento. 4) El conocimiento de lo que la droga significa para el sujeto. Deberá tener en cuenta, además, los recursos existentes en la aplicación del programa; y sobre todo, una idea clara: el drogodependiente debe ser el centro y la guía orientadora para cualquier actividad terapéutico-educativa. El proceso del programa terapéutico exigirá básicamente: 1) Un diagnóstico por el que se analizará el estado del sujeto (en este sentido la escuela puede jugar un importante papel como precoz detectora de cualquier problema relacionado con la droga). 2) El tratamiento en sí (intervención en momento de crisis, desintoxicación, apoyos psicológicos y educativos y los programas de mantenimiento). 3) Y la rehabilitación (o habilitación social si nunca la hubo) por la que el drogodependiente descubrirá su valor como miembro de la comunidad a la que pertenece.

4. LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y LA PEDAGOGÍA DIFERENCIAL

La Pedagogía diferencial «se centra en el estudio de la educación del hombre concreto con sus peculiaridades diferenciales en interacción con el medio. Tratará de los problemas educativos producidos por el binomio herencia-ambiente tipificado en su tratamiento para constituir características unidades pedagógicas.

Tiene una marcada orientación interdisciplinaria derivada de la propiedad de síntesis que la caracteriza, lo que la hace más compleja y más rica que otras materias. Se estudian los problemas pedagógicos que se viven en ámbitos institucionales, tanto de la escuela como de la familia, originados en las diferencias individuales y de grupo (sexo, edad, raza, personalidad, aptitudes, etc.), así como ciertos estímulos ambientales controlables pedagógicamente» (37).

Ferrández y Sarramona sintetizan el objeto de la Pedagogía Diferencial en el

(36) Véase Vega, A.: *Los maestros y las drogas*; Bilbao; Mensajero, 1984, pp. 183-189. Vid. Vega, A. (coord.): *Pedagogía Terapéutica e inadaptados en Cataluña*; Barcelona, Ed. Universidad, 1984. Vega, A. (coord.): *Delincuencia y drogas*; Barcelona, ICE, 1982.

(37) Bordas, I. y Echeverría, B. (coord): *Departamento de Pedagogía Experimental, Terapéutica y Orientación. Departamento de Metodología y Tecnología Educativa*; Barcelona, Universidad, 1980, pp. 79-86.

«estudio de sectores de personas agrupados de acuerdo a una característica y que poseen un círculo de estímulos y situaciones que no sirven para otro grupo distinto» (38).

Para García Hoz la Pedagogía Diferencial se centrará en el análisis y estudio de las características internas propias del sujeto (como son el sexo, edad, personalidad, etc.) así como de todas las influencias que sobre él ejercerá el mundo exterior (familia, instituciones, marco ambiental, etc.) (39).

La Pedagogía Diferencial, no obstante, debe hacer un esfuerzo por adaptarse a las nuevas necesidades que la realidad social demanda de ella y que está obligada a ofrecer. En el tema que nos ocupa, el drogodependiente forma parte sin duda, de grupos con unas características y personalidad concretas, y unas influencias familiares y ambientales especiales o sentidas por el individuo de manera diferente. Todo ello necesita ser analizado por la Pedagogía Diferencial para ayudar así a una mejor comprensión de dichos sujetos y a una posterior acertada solución de su problemática (40).

Creemos que ha quedado clara la importancia, la competencia, la diferencia y la necesidad de cada una de las distintas disciplinas pedagógicas que hemos destacado; claridad necesaria para superar las posibles confusiones que entre sí podrían crearse en torno al tema.

Destacamos de nuevo e insistimos en el hecho educativo, que las caracteriza. Todas ellas se mueven desde el ámbito de la educación, éste es su eje común.

Señalamos, en forma de síntesis y para su mejor comprensión, las características que consideramos básicas de cada una de las disciplinas analizadas y sus campos de trabajo. Presentamos también un ejemplo que nos ayudará a dicha comprensión.

La Pedagogía Diferencial tratará de analizar e investigar sobre el origen, etiología, procesos de formación y características de los distintos grupos (en nuestro caso el de los distintos grupos de drogodependientes); hará hincapié en

(38) Ferrández, A. y Sarramona, J.: *Aspectos diferenciales de la educación*; Barcelona, CEAC, 1977, pp. 5-8.

(39) Cfr. García Hoz, V.: *Principios de Pedagogía Sistemática*; Madrid, Rialp, 1974, pp. 47-50 y 244 ss.

(40) Actualmente destaca en Pedagogía Diferencial el excelente trabajo realizado por la profesora Margarita Bartolomé en Barcelona y por Ramón Pérez Juste en la UNED. Si se desea profundizar sobre la Pedagogía Diferencial puede consultarse Bartolomé, M.: *Esquemas de Pedagogía Diferencial*; Barcelona, Universidad, 1979. Véase también Pérez Juste, R.: *Elementos de Pedagogía Diferencial*, Madrid, UNED, 1985.

los factores educativos que van influyendo (internos y externos al sujeto) en su formación y mantenimiento. Buscará, por último, los mecanismos para una evolución positiva de los mismos.

A la Pedagogía Social, por otro lado, le corresponderá el quehacer normativo de la socialización de los individuos (lo que el sujeto debe aportar y llegar a ser en la sociedad para su felicidad propia y para el feliz desarrollo y mejora de la misma). Buscará y exigirá además los mecanismos sociales e institucionales que posibiliten dicha socialización del individuo, su justicia y la transformación de la sociedad para una mejor calidad de vida.

La Pedagogía Terapéutica, por último, se centrará principalmente en la atención, tratamiento, rehabilitación (o habilitación cuando no la hubo) y prevención en general de los sujetos; sobre todo de los que ya padecen algún tipo de desajuste físico, psíquico o social.

Si nos centramos en un ejemplo correspondiente a nuestro tema terminaremos de aclarar la cuestión. Imaginemos un grupo de niños gitanos inhaladores de pegamento. En dicho grupo se dan una serie de factores personales de edad (de 10 a 15 años principalmente), sexo (niños mayoritariamente), etnia (gitana), personalidad (tendente a la inadaptación y enfrentamiento con el payo), y otros factores externos al niño (influencia de la familia, cultura, valores e instituciones gitanas; además de los propios de la sociedad en general tendentes al ostracismo y la marginación de dicho grupo). Toda esa serie de factores deberán ser perfectamente analizados y estudiados por la Pedagogía Diferencial si se quiere comprender con exactitud el porqué de ese fenómeno en los niños gitanos. La Pedagogía Social investigará sobre las posibilidades que se le ofrecen a dicha etnia y a sus hijos (objeto de nuestro estudio en el ejemplo que exponemos) para un desarrollo social adecuado de los mismos. Por ello deberá analizar la política que sobre ellos se lleva (la que practica la Concejalía de Servicios Sociales del ayuntamiento oportuno o el programa del menor de la Dirección General de Bienestar Social) así como de las acciones que realizan otras entidades interesadas e implicadas (Cáritas, asociaciones, etc.). Tratará de analizar, coordinar y mejorar dichos programas para una mejor solución del problema. Por último, la Pedagogía Terapéutica conocerá cuál es la mejor manera de trabajar directamente con esos niños para readaptarlos o rehabilitarlos (sin descuidar todos los factores influyentes). Así, por ejemplo deberá saber que se obtiene mejor éxito con esos niños en la práctica del teatro infantil o sociodrama y desde unas relaciones auténticas que desde un trabajo autoritario, represivo o paternalista.

Creemos que la idea queda clara; lo importante es que todos están implicados

en una tarea educativa y que de lo que se trata no es tanto de perdernos en discusiones epistemológicas (más hoy cuando los campos están muy interrelacionados) sino en dar solución al problema con el que nos enfrentamos, por lo que será necesario la colaboración entre todos.

5. EL PAPEL DEL PEDAGOGO EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

El profesor Alejandro Sanvisens, en uno de sus trabajos (41) ofrece un excelente análisis del sentido y de la función del pedagogo actual. Destaca que serán las necesidades humanas y sociales las que deban orientar la función del pedagogo en su tarea de formar al hombre. Esas necesidades deben percibirse y ser tratadas en los curriculum de sus estudios y en su práctica formativa; profesionalizará así su función o funciones en virtud de las exigencias, demandas y necesidades sociales. Su papel y sus funciones tendrán un sentido social; pero ello no significará ser puro servidor de una sociedad establecida sino que además, buscará vías de superación. La Pedagogía será ante todo una ciencia de futuro, prospectiva y proyectiva, preocupada por satisfacer las nuevas necesidades. Al pedagogo le corresponderá la tarea de investigar, prever soluciones y promocionar funciones tendentes a superar la crisis y los desequilibrios que las comunidades padecen. «La función principal del pedagogo sería la de conducir al hombre, sin mengua de su libertad personal, a un mañana mejor, a una sociedad más justa y equilibrada. Conducirlo, en definitiva, a su evolución real, no tan sólo aparente».

Las drogodependencias es una de esas demandas sociales a las que el pedagogo debe enfrentarse sin reservas desde su campo. El pedagogo contará entre sus funciones la investigación pura y aplicada en educación; la planificación de la acción educativa; la comparación de experiencias educativas; la orientación educativa y escolar; la formación de profesores y educadores; la formación de otros técnicos pedagógicos; la organización educativa y escolar; la supervisión educativa; la asesoría científico-técnica en educación; el desarrollo de la Pedagogía especializada y Diferencial (es sus distintos niveles); la rehabilitación edu-

(41) Véase Sanvisens, A.: La función del pedagogo en la sociedad actual; *Studia Paedagógica*, n.º 3-4, 1979, pp. 31-53.

cativa; el trabajo y especialización en recursos didácticos y elaboración de materiales; y el trabajo pedagógico en los medios de comunicación, entre otras.

Todas esas tareas se van plasmando en un, cada vez mayor, abanico de posibilidades que se amplía conforme el pedagogo es capaz de saber ofertar, desde el sentir de unas necesidades sociales. Ricardo Moragas adelantó hace unos años un cuadro enorme de posibilidades laborales propias del pedagogo que debe estar preparado para cubrirlas. Muchas de ellas relacionadas con el tema que a nosotros nos ocupa: programación de campañas informativas; diseño y redacción de textos informativos; formación de formadores; trabajo en campañas de salud, prevención de enfermedades y drogodependencias; educador comunitario, de calle y barrio; responsable de asistencia en infancia y juventud; monitores, instructores y formadores en asistencia y rehabilitación; directores de centros de asistencia, desintoxicación y rehabilitación, etc. (42).

Pero al pedagogo le queda todavía camino por recorrer, esforzándose por consolidar y mejorar su reconocimiento profesional (43).

(42) Cfr. Moragas, R.: Nuevas oportunidades profesionales del pedagogo en los ochenta; *Primeras Jornadas Regionales de Pedagogía y Sociedad*; Murcia, mayo, 1983. Vid. Sánchez, J.: De profesión pedagogo: una guía laboral, pp. 17-24. También puede verse Pérez Serrano, G.: Salidas profesionales del pedagogo en el campo de la docencia y la investigación, pp. 6-12; y Colom, A. J.: El pedagogo social y su papel en el marco de la asistencia social, pp. 12-13. Todos ellos en el *Boletín Informativo de la Sección de Pedagogía*, Murcia, n.º 1, marzo, 1986.

(43) De ahí la importancia de consolidación a través de gestos como el de la elaboración de un Estatuto del Pedagogo. La Comisión Estatal de Pedagogía del Colegio de Doctores y Licenciados de Alicante ya ha dado unos pasos con el diseño de un borrador del Estatuto. Ver *El Magisterio Español*; 25 de junio, 1986, pp. 18-19. El tema de la función del pedagogo en las drogodependencias requeriría mucho más espacio del que aquí le prestamos; puede profundizarse más sobre la función del pedagogo y sobre su ámbito curricular en los trabajos de Freile, S.: Papel de pedagogo en la prevención del consumo de drogas; en las *Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias*; Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1980, pp. 313-315; y en la obra de Sáez, J. y González, A.: *La revisión de un problema: el ensayo por un nuevo currículum en Ciencias de la Educación*; Valencia, Rubio Esteban, 1982.