

**MASTER EN RELACIONES DE GÉNERO.  
FACULTAD DE EDUCACION. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.  
Curso 2007-2008**

**Estudio de casos sobre las diferencias de genero  
en el Programa de Prevención del Centro de  
Solidaridad de Zaragoza.**

**Alumna:**

Maura Gpe. Morales Pacheco.

**Codirectores:**

Pilar Vicente

Jorge Gracia Pastor

## **Introducción**

El uso de las drogas ha variado a lo largo de la historia, en sus inicios fue considerada como una sustancia cercana a lo divino, que aliviaba los dolores y los malestares. Actualmente, ha pasado a ser objeto de consumo y tener un uso recreativo. Comprobado que su alto consumo provoca el deterioro de la salud de las personas consumidoras, ha conllevado que en la actualidad, exista un gran interés por determinar las consecuencias de sus usos y la forma de tratar a las personas que tienen algún tipo de dependencia a alguna sustancia.

El consumo de sustancias presenta diferencias respecto al género a lo largo del tiempo, Según las investigaciones en el siglo XIX, las usuarias de opiáceos lo consumían con un uso terapéutico para tratar sus dolencias, ya que eran, a diferencia del varón, consideradas menos tolerantes al dolor (Burin y Littlewood & Symptoms citados por Romo 2003)

A partir de los años cincuenta, la industria farmacéutica fue la que se hizo cargo de las “necesidades de las mujeres”, ayudando a las amas de casa de esa época a permanecer tranquilas y estables; ayudando por igual a las mujeres jóvenes como a las mayores a enfrentarse sus problemáticas cotidianas (Romo 2003)

No será hasta décadas recientes, cuando los movimientos sociales han marcado el uso de sustancias con una visión nueva, introduciendo la perspectiva de género. En esta nueva perspectiva, destacamos a Nuria Romo que en su trabajo sobre “Mujeres y drogas de síntesis”, plantea como la realidad ha evidenciado que las consecuencias de la adicción entre las mujeres repercute en una mayor gravedad, consecuencias familiares y sociales

precarias; además de la dificultad añadida, de presentar un mayor índice de abandono en el tratamiento terapéutico (Romo, 2001)

Esta necesidad de introducir la perspectiva de género, surge de la necesidad de visualización de las mujeres y de los conflictos relacionados con el género. En el estudio sobre las diferencias que existen entre varones y mujeres, en el consumo, y la forma que enfrentan los conflictos personales, sociales cada cual y el tipo de intervenciones terapéuticas, como instrumento válido para abordar las peculiaridades que presenta la relación mujeres y drogas. Nos encontramos, ante una situación de discriminación; puesto que a la mujer adicta se le añaden, una sensación de fracaso, incompreensión e incurabilidad (Rekalbe y Vilches, 2003)

Sin embargo, dentro de las investigaciones sobre el uso de las drogas y los conflictos relacionados con estas, son pocas las que han incluido la perspectiva de género. Las investigaciones, se han centrado mayoritariamente, en la población masculina, alegando el bajo porcentaje de consumo de éstas entre la población femenina y motivadas por la falta de interés en las investigaciones en la perspectiva de género (Romo, 2003).

La edad media de la población a la cual acuden a los servicios de prevención de drogas es de 17 años. En esta etapa, pueden confluír determinados factores de riesgo: la pobreza, la ausencia de normas y límites, la discriminación étnica, las oportunidades para incurrir en conductas problemáticas y la exposición a modelos negativos, la indefensión, la baja autoestima, el consumo de alcohol y drogas y el fracaso escolar.

Se trata de una población adolescente, donde convergen determinadas circunstancias que generan un ambiente idóneo para la experimentación en el

consumo de drogas, y donde, la prevención en el consumo de determinadas sustancias, se constituye en una labor social fundamental (Rekalbe y Vilches, 2003)

Las conductas de riesgo que con frecuencia se producen entre los/las adolescentes suelen responder a importantes funciones psicológicas y sociales en torno a las cuales debe orientarse también la prevención. Las campañas de prevención que se basan exclusivamente en el rechazo de dichas conductas de riesgo, resultan incompletas, al no proporcionar otras alternativas a la conducta que se quiere prevenir y no valorar las conductas de riesgo que afectan con mayor frecuencia a las chicas, a nivel psicológico y social.

El **objetivo** del presente estudio es tratar de efectuar un análisis comparativo de la situación de las chicas y los chicos, dentro de un servicio de prevención concreto, el Centro de Solidaridad de Zaragoza.

Este centro, estructuró un Plan de Prevención desde 1996, con el que ampliaba el campo de actuación del Programa Proyecto Hombre, iniciado en 1985..Su Plan de prevención se basa en *"...un programa de atención primaria ambulatorio, orientado a una población adolescente, juvenil y a sus familias con una problemática de amplio espectro( familiar, psicosocial, psicopatológico) entre la que aún tienen mucho peso el consumo de drogas."*(Arenas y Ramírez pp.6)

En nuestro estudio, se planteo la introducción de la perspectiva de género, para establecer que diferencias o semejanzas podían encontrarse en los motivos de consulta por los que acudían, cual era su sintomatología y el tipo de intervención que recibían.

Este trabajo pretende ser una pequeña aportación dentro del campo de la prevención, con el objetivo de introducir al análisis, una visión de género, y así apoyar a la concienciación y a la visualización de los conflictos añadidos a los que se enfrentan las chicas y como éstos estereotipos de género asociados afectan también a los varones en sus propios procesos de relación.

Por tanto, consideramos, la existencia de factores sociales, psicológicos y biológicos, diferenciados en función del sexo, que justifican la necesidad de incorporar la dimensión de género y la búsqueda de indicadores que contemplen esas diferencias en la evaluación y prevención de riesgos en la salud. Creemos fundamental que la perspectiva de género se constituya como un factor transversal dentro de los programas de prevención e intervención en el consumo de determinadas sustancias.

Para alcanzar el objetivo propuesto, se ha efectuado metodológicamente:

- En primer lugar, se llevo a cabo una revisión de la bibliografía existente sobre la situación actual de la población adolescente, de los planes de prevención y sobre la relación entre mujer y el mundo de las drogas.
- En un segundo momento se expondrán los resultados obtenidos del trabajo de campo, a través de la aplicación de técnicas cualitativas de investigación, de los análisis de los documentos, y de las entrevistas y grupo de discusión realizados a los casos elegidos y los profesionales que atienden a los chicos y las chicas.

El presente trabajo se ha desarrollado a lo largo de 7 apartados:

En el primero se ha efectuado una revisión teórica en materia de adolescencia. En un segundo apartado, se efectuara un breve recorrido respecto a las perspectivas actuales en prevención, los factores de riesgo y de protección.

Dentro del tercer apartado se abordara la historia del Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza, de los programas con los que cuenta y finalmente, se expondrán los resultados de la Memoria del 2007, donde se incluye el perfil de los usuarios y usuarias.

En el cuarto apartado se definirá la perspectiva de género, se expondrán los datos relacionados con Mujer y drogas, así como también de de las chicas adolescentes y drogas

El quinto apartado presentará el trabajo del campo realizado en el Plan de prevención, que se inicio con la revisión bibliográfica sobre el tipo de metodología que se iba a utilizar: los objetivos específicos, los instrumentos empleados y el perfil de los casos estudiados.

El análisis de resultados se hará en el apartado sexto, donde se analizan: los motivos de consulta, la sintomatología, los tipos de intervención y finalmente, se hace un apartado específico referente a la perspectiva de género.

En el último apartado se hará referencia a las conclusiones obtenidas a través de la investigación y las referencias bibliográficas utilizadas.

Para finalizar, consideramos que aunque es una realidad que las mujeres siguen consumiendo sustancias en menor proporción que los varones, para ellas, este consumo conlleva una carga emocional distinta a la de los varones. Ellas son consideradas socialmente como “desviadas” por su uso,

pero también, por contraponerse a su rol tradicional de lo que debe ser un comportamiento femenino; es por eso que intentamos plantear una nueva mirada de género en esta materia, como forma para avanzar en la defensa de unas mejores condiciones de salud para las mujeres.

## **1. Adolescencia**

### **1.1 La adolescencia como referencia**

Nurmi (2001) describe a la adolescencia como un viaje, un proceso de transición de la vida infantil a la vida adulta; es un camino a enfrentar los desafíos de la vida adulta; los chicos y las chicas se encuentran en “la tierra de nadie”

En esta etapa se puede evidenciar la ambigüedad que existe. Actualmente surgen dudas sobre las edades que comprenden esta etapa y sus límites. En un primer momento lo que la enmarcaba eran los cambios y las transformaciones biológicas y fisiológicas de la pubertad, aunque éstas son solo una parte. El término es confuso; anteriormente se consideraba el final de ésta etapa con la integración social, a través de la incorporación al mundo del trabajo y su progresión en la vida laboral. Sin embargo, esto varía de una cultura en otra, y según el momento en que el ser humano se encuentra. (Diverio, 2006)

Los cambios que se produjeron en la época Industrial, en el siglo XIX, crearon un nuevo espacio educativo y así los jóvenes iniciaron una nueva ocupación; este cambio ayudo al surgimiento de la adolescencia (Elder, 1980 citado por Serapio, 2006).

Desde esa época a la actualidad el concepto de la adolescencia ha cambiado drásticamente.

Oficialmente el periodo de la adolescencia comprende de entre los 13 y los 19 años. La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) ha definido como *período*



*adolescente*, el comprendido entre los 10 y 19 años de edad y la *juventud* entre los 15 y 24 años. Estos parámetros nos ayudan a reunir ciertas características y clasificar a la población, sin embargo, la sociedad favorece que la juventud se viva cada vez más joven y también que se alargue más por el límite establecido (2004).

Silber (1992) y otros autores, afirman que la pubertad comienza con cambios biológicos, pero su significado psicológico y social es el que determina la experiencia adolescente (citado por Serapio, 2006).

Resulta ser un periodo demasiado largo lo que provoca un nuevo significado; ya no es solo un viaje o una transición en la vida; sino que se permanece en ella de diversas formas. (Diverio, 2006)

Una de las importantes afirmaciones dentro de la investigación de Comas (2004) "Adolescentes en Hirusta: resultados de una evaluación" es que las necesidades de la población adolescente en este momento están relacionadas con las necesidades del sistema moderno, que requiere formación especializada y la prolongación de la escolarización obligatoria.

Todos los procesos de cambio (transición) conllevan ambigüedad, y como su nombre lo dice tiene un período de inicio y final; es importante reconocer que la prolongación de la de la escolarización ha ayudado en el desarrollo de la sociedad actual. Gran parte de las dificultades que se encuentran en este periodo los y las adolescentes europeas están relacionadas con la ambigüedad de esta etapa, la falta de límites y una gran incertidumbre respecto al futuro (Arenas y Ramírez, 2008).

Existe una parte de la población adolescente que no desean estudiar, tampoco quieren renunciar a los privilegios de esta etapa entrando al mundo

laboral y así adquirir responsabilidades. Existen dos puntos importantes, la falta de obligatoriedad de la escolarización y la “permisividad” o “relativa tolerancia” de las familias. Y es durante este “tiempo muerto”, donde se encuentra o sin trabajo ni estudios o con trabajo y dinero pero sin una formación personal (ni obligaciones) es el momento ideal para desarrollarse los conflictos de conducta (Arenas y Ramírez, 2008).

Existe evidencia empírica sobre las dificultades de la adolescencia, es una etapa “complicada” del desarrollo humano, tanto para quien es adolescente como para quienes se encuentran cerca del fenómeno, sobre todo si tenemos en cuenta que la adolescencia es *ese periodo de la vida caracterizado por la responsabilidad sin experiencia* (Martín Serrano, 2005, pp. 81)

Adolescencia y juventud coinciden como promedio durante diez años, y al estar tan solapadas, las diferencias entre ambas se hacen borrosas. La dependencia es una condición tan característica de la juventud como lo viene siendo de la infancia. (Martín Serrano, 2005).

## **1.2 Explicación del fenómeno**

Considerando a la persona desde un punto de vista holístico, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, al hacer una aproximación a los factores, que si bien en ningún caso consideramos que predispongan, pueden favorecer el surgimiento de situaciones de crisis: (Jessor, 1991 citado por Becoña, 1999)

Las dificultades se encuentran principalmente en tres áreas:

1. Familia
2. Inestabilidad emocional
3. Conductas de riesgo (Martín Serrano, 2005).

El desarrollo de una persona es el resultado de la interacción del ser humano en desarrollo con el ambiente. Bronfenbrenner en su libro *La ecología del desarrollo humano*, explica los ambientes o sistemas y las características de cada uno de ellos, los divide en 4: Microsistema, Mesosistemas, Ecosistemas y spira a es (2002)

### a) Microsistemas:

Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características materiales particulares. Es el entorno que contiene a la persona en desarrollo (casa, clase, centro, campamento...). (Bronfenbrenner, 2002, pp. 41)

Los elementos del microsistema son las actividades (tareas u operaciones que participa o ve participar a los demás), los roles (conjunto de conductas y expectativas que se asocian con una posición en la sociedad) y las

relaciones interpersonales. Los microsistemas del adolescente que son determinantes en la intervención son:

*La familia* es el primer marco de socialización del individuo, donde se dan las primeras relaciones personales y afectivas; es una realidad compleja y que se construye y que representa muchas dimensiones biológica, psicológica, sociológica, económica, relacional....) y que es muy heterogénea en sus manifestaciones externas, presentándose dentro de una gran variedad de formas y situaciones. (Millan y Serrano, 2002).

Las familias actuales se caracterizan por la creciente diversidad de su estructura, género, orientación sexual, cultura, clase social y patrones de ciclo vital. A medida que se modifican los ordenamientos familiares y el mundo cambia en derredor, las familias deben enfrentarse con pérdidas reales y simbólicas. Los mitos relacionados con la “familia ideal” complican aún más el sentimiento de deficiencia y fracaso que invade a las familias en transición (Walsh, 2004).

*Grupo de iguales.* A ningún colectivo se le atribuye la pertenencia a un “grupo” con tanta fuerza e inmediatez como a la población juvenil y adolescente de cualquier generación. Una buena parte de la vida cotidiana de este colectivo se desenvuelve en el marco de grupos.

Por ello, el estudio de los aspectos que definen los grupos y las expectativas que los jóvenes y adolescentes mantienen hacia sus grupos de pertenencia, constituyen una referencia fundamental para el conocimiento de las maneras en que se organiza y desarrolla esa vida cotidiana. Además, el análisis de las relaciones grupales se entrecruza y remite a muchos aspectos diferentes que

constituyen las condiciones de la realidad social y cultural de los jóvenes, en definitiva de sus estilos de vida.

Comprender como se relacionan los y las adolescentes es fundamental desde el punto de vista de la prevención, ya que esto permitirá a los servicios de prevención tomar las medidas necesarias para reforzar aquellas capacidades en sean deficitarios y prepararles para saber responder ante situaciones de riesgo. Factores que se deben tener en cuenta:

- Debilidad ante la presión de grupo.
- Excesiva dependencia del grupo.
- Determinadas posiciones en el grupo.
- Señas de identidad favorecedoras de riesgo. (FAD 2002)

*Escuela o instituto* son las Instituciones cuya finalidad es preparar al adolescente para la vida en sociedad constituyendo un contexto de socialización de gran trascendencia para su ajuste y felicidad. Pero además, la escuela es el primer sistema formal con figuras de autoridad en el que participa. En este sentido, la actitud hacia la escuela como sistema formal y hacia los profesores como figuras de autoridad se construye a partir de la experiencia escolar, pero también a través de las pautas familiares y sociales.

Las interacciones que se producen en el medio escolar, los códigos de disciplina, los valores implícitos en la acción educativa, las pautas prevalentes de conducta, el ambiente en que se vive son importantes en el desarrollo de la educación y en la prevención de problemas de todo tipo ya que el clima escolar no solo afecta a los resultados académicos sino también a sus valores, su desarrollo afectivo y personal.

Una mala relación con el medio educativo será fuente de problemas, que se manifiestan en:

- *Mala adaptación escolar o escasa integración.*
- *Insatisfacción.*
- *Ausencia de motivación y falta de expectativas.*
- *Bajo rendimiento.* (FAD 2005, pp. 319)

El mundo *Laboral* ha cambiado en los últimos 30 años y éstos han repercutido en la caracterización de cómo ser joven en España. La juventud más que una edad es una condición social que se define y caracteriza en cada momento histórico en función de toda una serie de consideraciones relativas a las formas de acceder al status de adulto, entre las que la actividad laboral ocupa una posición decisiva.

En la medida que cambian las condiciones de trabajo y los requisitos sociales para acceder al status adulto, se modificarían la forma de concebirse y desarrollarse la juventud. El trabajo debe ser la base de la independencia y emancipación juvenil que orientaba el camino joven hacia el estatuto de adulto a pasado a ser la base de una mayor autonomía personal en el seno familiar y el soporte económico de un gran salto adelante en la configuración de un mercado juvenil más potente que tiene en las industrias de la moda y del ocio sus dos componentes esenciales. Los jóvenes disponen de ingresos para disfrutar de una mayor independencia dentro del lugar familiar pero no obtienen los ingresos suficientes para emanciparse hasta edades más tardías (Serapio, 2006)

b) Mesosistemas:

Un mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (por ejemplo

las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio)  
(Bronfenbrenner, 2002, pp. 44).

El mesosistema es aquel en el que se relacionan varios sistemas, como :  
la presencia de amigos, vecinos o familiares en la vida de los y las  
adolescentes, la calidad de sistema de salud y los servicios sociales, la  
situación en el barrio donde viven y en el caso de que se encuentren en el  
mundo laboral : las condiciones del empleo y la flexibilidad de horarios (Centro  
Solidaridad de Zaragoza<sup>1</sup> , 2007)

c) spira a es:

Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en  
desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen  
hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la  
persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese  
entorno. (Bronfenbrenner, 2002, pp 44)

Enmarcando en la definición de ecosistema en lo referente al mundo de  
la población adolescente son aquellos agentes que se encargan del cuidado de  
la salud y el bienestar de esta población. Entre aquellos agentes se encuentran  
los servicios de prevención, que en este caso es el del uso de drogas y los  
problemas asociados. El gran reto en los próximos años no es otro que la  
generalización de los programas preventivos.

Porque, a pesar del avance de estos programas durante los últimos años, nos  
encontramos muy lejos de lo que sería una oferta universal a la población  
escolar y en un estadio muy poco desarrollado, si, tenemos en cuenta otros  
ámbitos tan destacados como la familia o la población laboral (Acero Achirica,  
2004 pp 11).

---

<sup>1</sup> A partir de la siguiente cita cuando aparezca la nomenclatura de CSZ se referirá el Centro de  
Solidaridad de Zaragoza

La implicación de la comunidad es un componente necesario para lograr una prevención eficaz.

- La prevención debe ser entrelazada con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.

- Las estrategias preventivas y los mensajes son más efectivos cuando están implicada la comunidad, ya que es un componente necesario para lograr una prevención eficaz.

- La prevención debe ser entrelazada con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.

14 Las estrategias preventivas y los mensajes son más efectivos cuando están adaptados a los diferentes grupos de población.

*Los programas universales pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención (escolar, familiar, comunitario) (Alonso Sanz y otros, 2004, pp 145-144).*

#### d) Microsistema

Se refiere a las correspondencias, en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (Bronfenbrenner, 2002, pp 44).

Dentro de este nivel, se reseñaran los aspectos que de mayor influencia en las conductas de riesgo de la población adolescente y joven.

El *Concepto actual de ocio* se ha ido modificando a través del tiempo, a lo largo de la década de los noventa se fue consolidando la vivencia del tiempo que caracteriza a parte de la juventud actual. Se produce una brecha radical entre el tiempo ocupado, productivo, disciplinado, de los días laborales,



centrados en el estudio y/o el trabajo, y el tiempo libre del fin de semana, caracterizado por ser tiempo básicamente recreativo. Un tiempo externo, gobernado por reglas ajenas y un tiempo propio sin otras reglas que las que cada joven quiera darse.

Existen lugares especiales que a partir de determinadas horas, se convierte en terreno exclusivamente juvenil. Un tiempo sobre el que las y los jóvenes depositan sus mejores expectativas: estar con los amigos, oír música, conocer gente, bailar, pasarlo bien en definitiva, fortalecer la cohesión grupal y abrirse al conocimiento de otras personas (Consejo de la Juventud de España 2001).

Los jóvenes se reúnen y existe una distensión de todas las obligaciones y en un espacio al margen del control adulto.

Es un ocio consumista y nocturno, este tipo de ocio ha sido construido previamente por los adultos, reforzado por los beneficios económicos que constituye para la sociedad los generados por la industria del ocio nocturno (Comas, 2001).

Un aspecto a tener en cuenta son las diferencias de percepción de este concepto entre las personas adultas y jóvenes. Para estos, el ocio nocturno es atractivo, te ofrece experiencias desconocidas y vivencias intensas del instante, además de trasgresión y un radicalismo vital. Para las personas de edad adulta representa un riesgo innecesario, problemas conocidos, dificultades futuras, amenazas del orden y el caos (Arenas, 2003).

Y es que, entre algunos jóvenes que hacen de la fiesta un valor supremo a mayor absolutismo de la fiesta nocturna del fin de semana como experiencia de ocio, mayor nivel de riesgos y problemas como el uso de drogas. Tener

opciones de ocio para despertar modalidades diversas de disfrute, se convierte en una estrategia preventiva a desarrollar (CSZ, 2007).

El *Concepto social de adolescencia*, para José Antonio Marina(2005) la juventud es una creación cultural. Hay razones fisiológicas para el comportamiento juvenil, pero acentuadas por la cultura que implanta “modelos juveniles”.

Actualmente la adolescencia presenta las siguientes características: individualista, tutelada, hedónica, con muchas posibilidades, competitiva, consumista, liberada, desilusionada, heterogénea y con problemas de identidad. El “modo de vivir” actualmente tiene elementos contradictorios y conflictivos. Y la población adolescente y juvenil es su inquietante manifestación, son el molesto espejo de las decisiones de la sociedad actual.

Javier Elzo (2005) afirma que la adolescencia de una sociedad esta sujeta al contexto, del lugar y del momento en que se hacen jóvenes, y el resultado es un determinado perfil determinado y singular de esa juventud. La forma en que la sociedad incluye e influye a las nuevas promociones dentro de sí, refleja en gran medida en las identidades y en los comportamientos adolescentes. En cada generación se rigen características distintivas, nuevas formas de ser adolescentes que pueden ponerse en relación con los cambios históricos de las sociedades.

La *Normalización de algunos consumos*, la información de las diferentes encuestas del Plan Nacional sobre Drogas, como los datos que manejan los centros de atención a las adicciones, se comprueba como el consumo de drogas se ha disparado en los últimos años, se ha diversificado y ampliado los ambientes en donde se produce a la par que disminuye la edad de inicio del

consumo y la percepción de riesgo que puede llegar a generar. El incremento del uso de sustancias por las personas más jóvenes no es sino el síntoma de una sociedad en cambio que todavía no se ha adaptado ante los cambios en los factores de socialización, los lugares en los que la sociedad dice buscar educación u orientación, las prioridades de las personas y los valores (CSZ, 2007).

Esta normalización a supuesto una descontextualización de ciertos usos, lo que implica que los riesgos de establecer una relación problemática con una sustancia aumenten considerablemente. De este modo nos encontramos con el mayor número de adolescentes con un grado preocupante de alcohol desde que se realizan encuestas. En relación al cannabis podríamos hablar de colectivos significativos de consumidores habituales y cifras relativamente importantes de alumnos de secundaria que han probado la cocaína y las anfetaminas (CSZ, 2007).

Un dato a tener en cuenta es el del aumento de pacientes con trastornos psiquiátricos asociados al consumo de estupefacientes, bien con psicosis tóxica, con trastornos delirantes crónicos o con patología dual, donde el consumo de drogas no hace sino perjudicar la evolución de la enfermedad (CSZ, 2007).

## **2. Prevención**

El concepto de prevención se encuentra dentro de la “sabiduría” cultural desde hace mucho tiempo, “más vale prevenir que curar” dice el dicho popular, dentro de esa ideología de la prevención se han propuesto distintas iniciativas, actuaciones, programas y estrategias.

La prevención del abuso de drogas abarca a todas las iniciativas (políticas, estrategias, programas o actividades) intentan reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, retrasar la edad del primer consumo de las distintas drogas, así como evitar o reducir los daños personales o sociales producidos por el consumo, el uso inadecuado o el abuso de drogas (Salvador y Martínez Higuera, 2002).

La preocupación social en España durante los años setenta en relación con las drogas, llevó a la manifestación de varias intervenciones aisladas, puntuales y en su mayor parte individuales, cuyos objetivos eran aportar soluciones a los problemas relacionados con las drogas, sin embargo, tenían una visión parcial tratándola como una realidad única, descontextualizada y negativa en sí misma. El modelo de intervención se basaba en charlas informativas dirigidas a padres, o a través de conferencias informativas dirigidas a la población infantil y adolescente dentro de sus contextos educativos.

Las iniciativas surgieron por la alarma social y las formaron con base a planteamientos ideológicos e intuitivos, y no a través de un marco teórico basado en la evidencia sobre adecuación y efectividad. Existía una gran

necesidad de actuaciones preventivas; aceptaban con las iniciativas que se llamasen preventivas, respondiendo a las necesidades del momento, aunque no se obtenían los cambios de forma inmediata (Salvador y Martínez Higuera, 2002).

Dentro del Glosario sobre Prevención del abuso de drogas define la prevención como:

La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. Las premisas básicas que deben orientar el trabajo preventivo son:

- Las estrategias de prevención deben ser estructuradas globalmente para reducir la influencia de los factores de riesgos individuales y ambientales, así como para aumentar los factores de resiliencia o protección.
- La implicación de la comunidad es un componente necesario para lograr una prevención eficaz.
- La prevención debe ser entrelazada con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.
- Las estrategias preventivas y los mensajes son más efectivos cuando están adaptados a los diferentes grupos de población (Alonso Sanz y otros, 2004 pp. 143).

Las estrategias de prevención pueden estar dirigidas toda la población, como son las campañas informativas o educativas en medios de comunicación, iniciativas de tipo comunitario y programas escolares dirigidos a jóvenes o al público en general.

Otro ámbito que atañe a la prevención son aquellas acciones que están dirigidas a poblaciones en situación de alto riesgo.

La prevención se tiene como objetivos:

- a) Informar y educar acerca de las drogas y de sus efectos; fomentar conductas sanas.
- b) Educar a las personas en habilidades sociales que les permitan desarrollar actitudes que eviten el consumo de drogas
- c) Crear ambientes de apoyo y alternativas de ocio saludables (Alonso Sanz y otros, 2004).

El término de prevención ha tenido un proceso, así como también los términos que se han utilizado para dividir y diferenciar las acciones y objetivos de está. Actualmente se habla sobre prevención indicada, selectiva y universal. Entendemos como:

<b>Tipos de prevención</b>	
<b>Prevención indicada</b>	Los programas indicados se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (Ej., consumidores de drogas “de entrada”, personas con conducta antisocial con problemas psicológicos).
<b>Prevención selectiva</b>	Los programas selectivos se dirigen a subgrupos que presentan un especial riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales que han sido caracterizados como factores de riesgo.
<b>Prevención universal</b>	Los programas universales son aquellos que se dirigen a población general (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, etc.) con mensajes y programas destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas.

---

**Fuente:** Elaboración propia del Glosario sobre Prevención del abuso de drogas. Alonso Sanz y otros, 2004. pp.144, 145.

El Plan de Prevención de Drogas. Plan de Acción del 2005-2008 publica su preocupación por las personas jóvenes que ven afectadas sus vidas por iniciarse en el consumo de algún tipo de droga.

Afirma que el:

Fracaso escolar, problemas familiares, problemas laborales, desestructuración personal y social, delincuencia, son algunas de las consecuencias negativas del consumo de drogas. Por todo ello, la prevención del consumo de drogas y de los daños asociados al mismo es una de las prioridades del Gobierno (Plan de Prevención de Drogas, 2005, pp.4).

Propone e insiste a que la prevención redoble su esfuerzo con acciones de apoyo a la juventud y a sus familias, así como también hace un llamamiento a los medios de comunicación, a los centros educativos, entre otros. Con el objetivo de apoyar y estimular la conciencia en las labores de prevención; así fortalecer las medidas y mejorar el sistema de diagnóstico, menor daño en las personas que consumen y potenciar la integración social y laboral de las personas afectadas (Plan de Prevención de Drogas, 2005).

La situación actual de los consumos de drogas está relacionada con el aspecto económico de España, como en otros países de la Unión Europea, ya que se está viviendo una situación de una cierta estabilidad y de progreso. Y la población juvenil, tiene una mayor capacidad de compra y, al mismo tiempo, oferta bienes y servicios que están por encima de las necesidades de esta población.

La menor tolerancia a la frustración, la competición como un valor, el éxito como una obligación, satisfacción inmediata, son factores que afectan los comportamientos individuales. Este es un complejo conflicto social, multifactorial y que está relacionados con la política, cultura y situaciones personales profundas (Plan de Prevención de Drogas, 2005).

El amplio rango de edad de la población que la prevención abarca puede ocasionar importantes consecuencias en cuanto a las acciones y la intervención puesto que se solapan en edades, como en conductas, aspectos de desarrollo psico afectivo y cognitivos.

Los y las adolescentes experimentan en edades más tempranas en el consumo de drogas, la iniciación sexual e, la libertad de decisión sobre el uso del tiempo libre, y otro tipo de conductas, consideradas de los jóvenes y adultos.

En una sociedad donde el ritmo de vida y los cambios son constantes los niños y las niñas se ven afectadas; además de sus propias transformaciones físicas, psicológicos y de re-situación que la adolescencia implica, el individuo forma parte de un contexto social determinado. Contexto social que se ha ido volviendo más complejo en los últimos tiempos, por lo tanto, influyendo también en los ciudadanos más jóvenes (Serapio, 2006).

Los nuevos medios tecnológicos de comunicación contribuyen e influyen a estas generaciones; es una de las mayores revoluciones. La influencia de las nuevas tecnologías presentan un impacto que se debe estudiar, puesto que acceden a territorios simbólicos propios de los adultos que les estarían vetados en otras épocas, y es probable que así ingresen antes en la adolescencia (Serapio, 2006).

Las investigaciones acerca de esta etapa de muestran la vulnerabilidad de esta población, puesto que aún se encuentran en un proceso de desarrollo. En el caso de Becker (1974) su modelo habla de la importancia de la falta de acertada toma de decisiones. Por otro lado Bandura (1977) habla del aspecto social respecto de la influencia de otros en su desarrollo. Y Otros (Kaplan, 1980 y Hawkins y Weis 1985) autores destacan los conflictos relacionados con las



carencias afectivas de y al igual de la capacidad de independencia que necesita del entorno familiar y escolar. Así pues existen diferentes factores pueden influir en un posible consumo de drogas en esta etapa (Autores citados por, Serapio, 2006).

El desarrollo de la evolución del consumo de drogas es que se ha ido introduciendo en un consumo social, en donde la población juvenil ha jugado un papel especial, puesto que este uso era más habitual en le población masculina (joven/adulta) (Serapio, 2006).

Serapio habla de una *Cultura de consumo de drogas* y se caracteriza por:

1. Inicio cada vez más precoz.
2. Policonsumo.
3. Incorporación en igualdad de las mujeres.
4. Consumo en el fin de semana.
5. Asociación con el ocio nocturno.
6. Uso de espacios públicos para llevarlo a cabo (botellón).(2006, pp.15)

En la siguiente tabla se exponen los principales resultados de la encuesta sobre drogas en el población escolar.

<b>Programa de Encuestas sobre Drogas a población escolar, representativa a nivel nacional</b>	
<b>Alcohol</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es la sustancia más consumida entre la población escolar. El 76% declara haber consumido alcohol alguna vez y el 58% declara un consumo habitual los fines de semana.</li><li>- La <i>edad media del inicio al consumo</i> se sitúa en los <i>13,6 años</i>.</li><li>- Las diferencias entre chicos y chicas se han reducido, ellos beben más pero ellas lo hacen con más frecuencia.</li><li>- El <i>consumo diario se fija en 14, 8</i></li></ul>
<b>Tabaco</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es la sustancia con la que la población escolar tiene un contacto más precoz.</li><li>- La <i>edad media de inicio al consumo</i> en los <i>13,2 años</i>.</li><li>- El <i>consumo diario de tabaco</i> se fija en las edades de <i>14,4</i></li></ul>
<b>Cocaína</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es la droga cuyo consumo da comienzo en edades más avanzadas de la adolescencia: <i>15,7 años</i>.</li></ul>
<b>Cannabis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es la droga que más <i>ha adelantado su inicio</i> de consumo: <i>14,8 años</i>.</li></ul>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de PND 2000

Las consecuencias que presentan estas prácticas en la adolescencia temprana son graves. El análisis realizado por el *Ministerio de Sanidad y Consumo* (2000), afirma que la población adolescente presenta una mayor probabilidad posterior de padecer enfermedades crónicas graves, como cáncer de hígado, en el caso del inicio temprano del consumo del alcohol y de otros problemas asociados en la edad adulta. (MSC, 2000).

Respecto a la sexualidad las investigaciones más recientes muestran un progresivo descenso de la edad de inicio en la práctica sexual, un aumento de embarazos y de las enfermedades de transmisión sexual (Comas y otros, 2003).

Respecto a la sexualidad las investigaciones más recientes muestran un

Progresivo descenso de la edad de inicio en la práctica sexual, un aumento de embarazos y de las enfermedades de transmisión sexual (Comas y otros, 2003).

Los comportamientos sexuales de adolescentes y jóvenes presenta consecuencias paradójicas y contradictorias, es la generación mejor informada y aparentemente más formada (Comas y otros, 2003).

- el 69,3% de la juventud española entre 15 y 24 años mantiene algún tipo de relación sexual (Comas y otros, 2003).
- la primera experiencia sexual ocurre para casi todos los jóvenes entre los 16 y los 20 años, siendo la media 18 años para las chicas y de 17,4 en los chicos (IJE-2004)

Aunque los resultados no son explícitamente alarmantes, esto puede ser consecuencia de un efecto estadístico, ya que el contestar que si han tenido alguna relación sexual, aumentaría su nivel de experiencia.

En lo referente al ocio y el tiempo libre los niños y las niñas cuando llegan a la adolescencia desean decidir sobre su tiempo libre; desean y tienden a vivirlo al margen de la tutela familiar; sustituyen el juego por la búsqueda de la diversión, el ocio organizado por el ocio informal.

Estas nuevas experiencias son imprescindibles, como parte del proceso de maduración de las y los adolescentes; sin embargo actualmente esa libertad puede llevar a una evasión sin límites. Puesto que la familia tampoco promueve un ocio en común y las personas comienzan a salir para “divertirse” más jóvenes, ese nuevo espacio escapa de una mirada adulta y cada vez más precoz (Serapio, 2006).

La vida de adolescentes esta influenciada por el grupo de iguales y suele transcurrir en contextos de ocio durante los fines de semana; en ellos, cuenta el presente y buscan lo nuevo y lo imprevisto (Serapio, 2006).

Según el *Sondeo de Opinión y Situación de la gente joven del INJUVE (2004) sobre el Ocio y Tiempo libre, Noche y Fin de semana,*

los jóvenes disponen de más de 20 horas de tiempo libre el cual organizan de diversas formas la lista inicia según su preferencia:

1. Escuchar música
2. Salir por la noche o reunirse con amigos
3. Ver la televisión
4. Oír la radio.

Hoy en día, una buena parte de las maneras de entender y enfrentarse a los acontecimientos cotidianos puede encontrarse en los medios mediáticos.

Se debe incorporar el papel de las nuevas tecnologías y el desarrollo de los procesos de globalización, como una gran influencia para la población adolescente. Esto ha producido una evolución en la representación de la juventud y de la población adolescente en los medios de comunicación.

Existen un 53% y un 22% de usuarios de ordenadores e Internet, respectivamente (IJE, 2000).

La tecnología ha alterado la forma en que las personas se relacionan, en especial en la población adolescente. El Internet presenta una serie de características determinadas: *es el lugar de lo instantáneo, de lo lúdico, de lo divertido; donde se pueden construir distintas identidades y también el lugar de la hibridación de los códigos orales y escritos* (Serapio, 2006, pp.19).

En la siguiente tabla se muestran las estrategias que se han venido mostrando eficaces con la población adolescente.

Estrategias de Prevención	
1	Compatibilizar diversión y salud.
2	Participación desde la influencia de los iguales. Complementar estrategias curriculares transversales con estrategias de
3	asesorías
4	Trabajo intersectorial: elaborar las respuestas “con”.
5	Trabajar habilidades y oportunidades, además de los conocimientos.
6	Colectivos y segmentos que necesitan una atención preferente.
7	Perspectiva de promoción, con prevención primaria y secundaria.
8	La cuestión de género, sombras y oportunidades
9	Características básicas para la acción con jóvenes.
10	Sus “espacios vitales”: Familia, educativo/laboral y, ocio.
11	Los espacios claves para la acción: Movida, deporte y música.
12	Planes compartidos de formación en técnicas de actuación con jóvenes.
13	Investigación cualitativa aplicada y transferencia de método.
14	Seguimiento y Comunicación social del problema
15	Priorizar el nivel local de atención Tener en cuenta los modelos culturales que inciden en el comportamiento
16	de la población juvenil.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de *Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental, del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*

Merino, Cor. 2002, pp.34

La propuesta actual respecto a la prevención es la de acentuar el aspecto positivo de compatibilizar diversión y salud, y que pretende asegurar la participación de los jóvenes y respetar su nivel de decisión. Y se busca que esta decisión se base en una buena información/formación que combine conocimientos y habilidades, información curricular y asesorías juveniles. Es buscar que las personas jóvenes elijan y actúen de forma más saludable; sin renunciar a su condición propia (mejorar la respuesta a los riesgos). (Merino, Cor. 2002)

## 2.1 Factores de riesgo y factores de protección

Desde la perspectiva holística de las personas, es decir, en todas sus dimensiones biológica, psicológica y social, se podría hacer una aproximación a los factores que pueden favorecer el surgimiento de situaciones de crisis (Becoña, 1999)

Se define como factores ambientales a:

Aquellos factores que son externos o percibidos como externos por un individuo y que sin embargo, afectan a su conducta. Desde una perspectiva restrictiva, se refiere a los factores relacionados con el ámbito familiar del individuo y con sus relaciones interpersonales. Desde un punto de vista más comprensivo, se refiere también a las normas y expectativas sociales, así como a las políticas y su implementación (Sanz y otros, 2004.pp.85)

Estos como factores ambientales se dividen en *factores de riesgo* y *factores de protección*. Los factores de riesgos son aquellos que:

Son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o una enfermedad específicos. Referidos al consumo de drogas...incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes (Sanz y otros, 2004.pp.85-86).

El término factor de riesgo es un concepto *co-relacional*. Por lo tanto, cuando se aplica el termino no quiere decir que tenga que producirse el resultado. El término tiene un estatus *condicional* y *probabilística*, así que el resultado depende de un número determinado de variables.

El propio factor de riesgo tiene sus características, que pueden ser como: duración, intensidad, tiempo de exposición. Y otras características son de la población a la que se aplica: edad, sexo, clase social entre otros. Finalmente

son otras situaciones que influyen a factor de riesgo como es presencia o ausencia de otras variables, experiencias de cada persona, etc. (González Menéndez y otros, Cor. 2004)

En lo que respecta al uso y abuso de sustancias González Menéndez y otros (2004) hablan de que al igual que otros comportamientos de riesgo, el abuso de sustancias no tiene una aparición inesperada; se encuentra dentro del contexto del desarrollo e influye en su desarrollo posterior. Así que el consumo no es el punto de partida ni debe avistarse como el resultado final. Es importante considerar a las conductas de riesgo desde una perspectiva amplia y no lineal, es decir, ya que como los comportamientos que también tienen efectos en el desarrollo posterior.

Los factores de riesgo se pueden agrupar en:

- a) factores relacionados con las características individuales
- b) factores relacionados con el contexto social:
  - relacionados con el ambiente familiar
  - relacionados con el ambiente escolar
  - relacionados con el grupo de iguales
  - relacionados con el ámbito laboral
  - factores vinculados al entorno social general (Sanz y otros, 2004.p.86).

A continuación se explica brevemente las características generales de los factores de riesgo relacionados con el tema de esta investigación:

- *Factores de riesgo de carácter personal:* Insatisfacción personal, incapacidad para superar dificultades, problemas de autoestima, estrés, antecedentes de tratamiento psicológico y psiquiátrico, trastornos psicológicos o psiquiátricos, problemas de integración social, carencia de amigos, ausencia de habilidades sociales, implicación en conductas

antisociales, identificación con valores hedonistas, identificación con valores asociados al riesgo y la aventura.

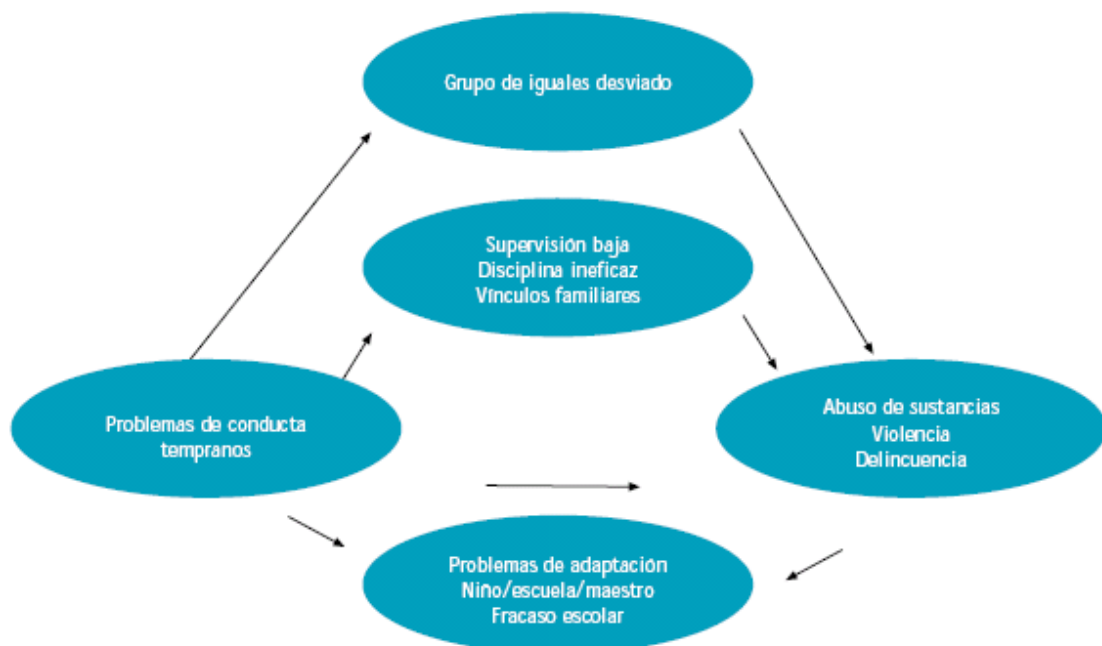
- *Factores de riesgo de carácter familiar:* Baja cohesión familiar, clima afectivo inadecuado, estilo educativo familiar, presencia de eventos traumáticos en la familia, presencia de trastornos psíquicos en algún o ambos progenitores, entre otros.
- *Factores de riesgo de carácter escolar:* Deficiente integración en el centro escolar, malas relaciones con los compañeros, sufrir acoso escolar, cometer acoso escolar, malas relaciones con los profesores, bajo rendimiento escolar, dificultad de atención, absentismo escolar, movilidad escolar, bajas expectativas escolares, falta de implicación paterna.
- *Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales:* Malas relaciones con las y los compañeros, elevada influencia del grupo, pertenencia a grupos donde la mayoría consume drogas, pertenencia a grupos con comportamientos antisociales (peleas, robos, actos vandálicos...)
- *Factores de riesgo relacionados con el ocio:* Modelo de ocio centrado en fiestas y consumo de alcohol y otras drogas, hora límite de regreso a casa inapropiada, alta disponibilidad económica, no pertenencia a algún tipo de asociación juvenil.
- *Factores de riesgo macrosociales.* Actitudes sociales tolerantes hacia determinados comportamientos sistema colectivo de valores, falta de recursos o facilidades para un empleo saludable del tiempo libre,



inadecuado discurso social, disponibilidad de drogas, presencia de situaciones de pobreza, marginación o violencia entre otros (CSZ, 2007).

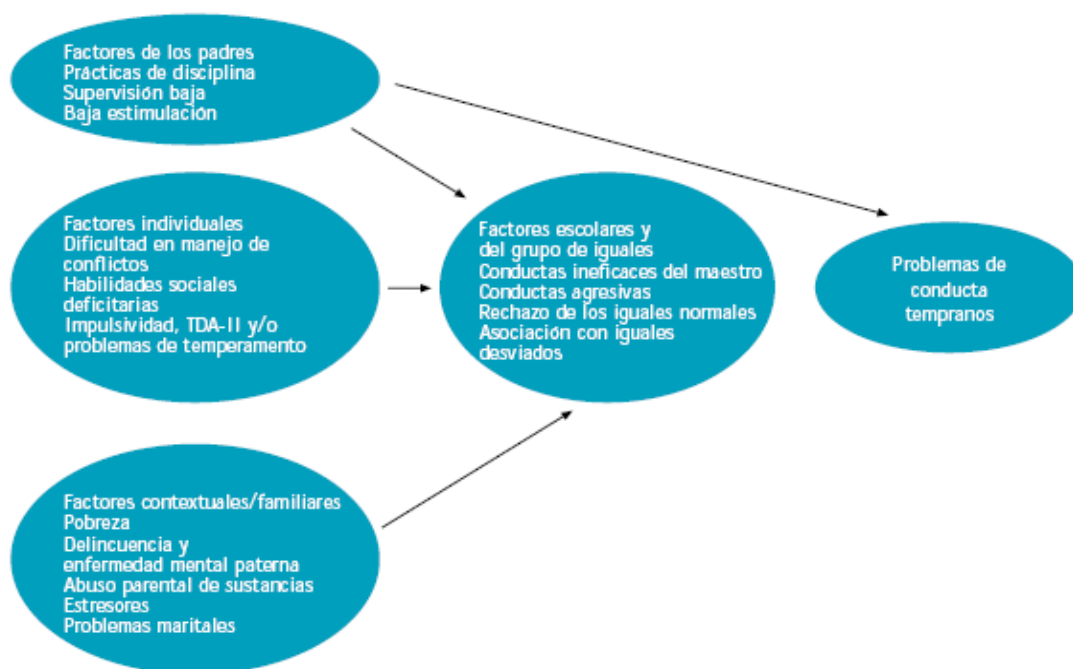
Actualmente en España aún existen condiciones sociales de riesgo, que afectan a la vida y la salud de miles de menores. Un buen número de niños viven en la pobreza, más de un 20% de casos sufre algún tipo de abuso o abandono al año, y el 14% de ellos padecen problemas de violencia doméstica. Los ambientes sociales exponen a los menores a experiencias aversivas. Y aún son escasos los apoyos al desarrollo conductual y emocional sano, y esta situación promueve nuevos problemas (González Menéndez y otros, Cor. 2004).

La siguiente figura presenta los posibles *predoectores del abuso de sustancias y de la violencia en la adolescencia*.



**Fuente:** Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo González Menéndez y otros, Cor. 2004, pp. 27

En la figura siguiente resume de manera muy clara la relación que existe entre los *Factores de riesgo relacionados con conductas-problema*.



**Fuente:** Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo González Menéndez y otros, Cor. 2004, pp. 27

Los factores de protección son:

Aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes.

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo (Sanz y otros, 2004.p.85)

Al igual que los factores de riesgo, se identifican como categorías principales, de ámbito individual, factores familiares, factores escolares y factores relacionados con el grupo de iguales.

- Factores individuales: tales como son habilidades sociales y sensibilidad social, flexibilidad, estrategias de solución de problemas,

entre otros. Pertenecer a una familia que brinde apoyo emocional, relaciones ordenadas y estructuradas entre sus miembros, entre otras.

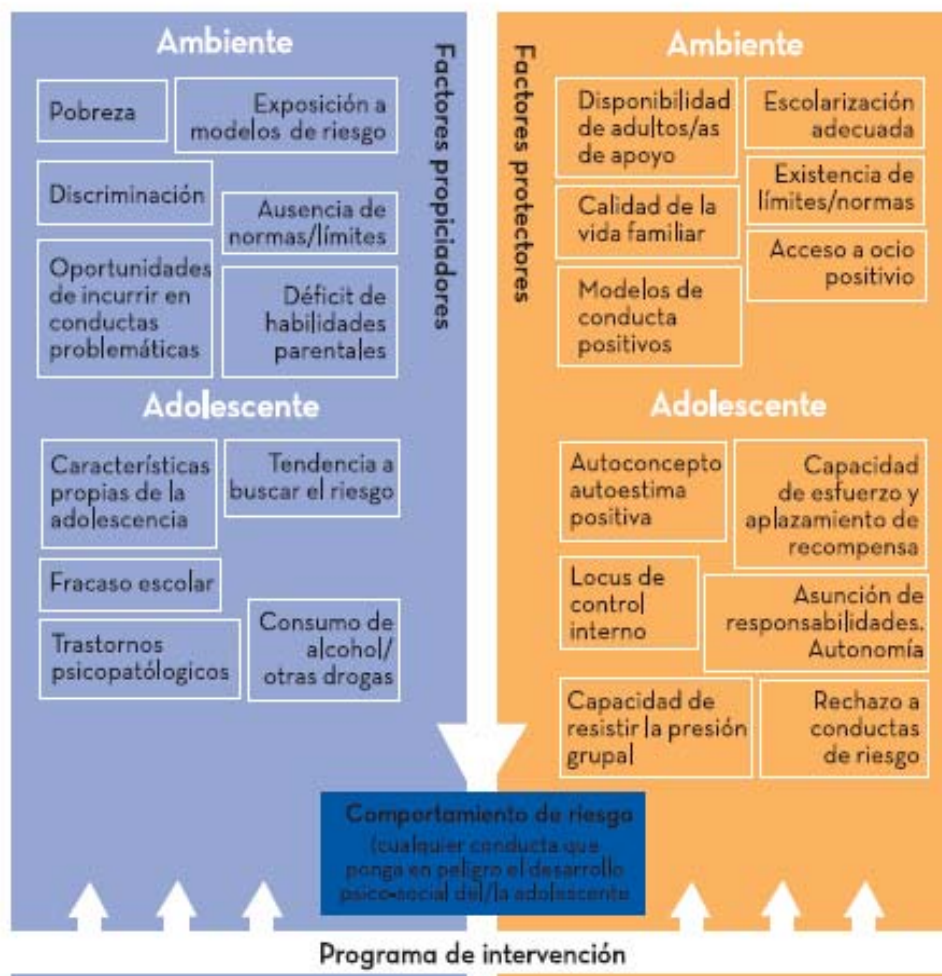
Contacto con instituciones de apoyo, lo cual incluye la escuela y la formación en valores sociales

- Factores familiares: Quizá el factor de protección más importante relacionado con la familia es la vinculación positiva con el ámbito familiar. Como por ejemplo; altos niveles de afecto y ausencia de crítica severa.
- Factores escolares: se centran en la disponibilidad de cuidado y apoyo por parte de la institución escolar, altas expectativas, reglas claras de conducta, y participación e implicación de los jóvenes en las tareas y las decisiones escolares.
- Factores relacionados con el grupo de iguales: uno de los factores protectores más importantes es la implicación con grupos de iguales con actividades y normas positivas (Sanz y otros, 2004).

Los factores de protección promueven un desarrollo adaptado y para contrarrestar el impacto negativo de los factores de riesgo, y con la probabilidad de disminuir consecuencias negativas. Los factores protectores funcionan de manera interactiva, en la presencia de alguno de estos, se reduzca el riesgo de consecuencias negativas dentro de un grupo de alto riesgo, pero tenga se limita su impacto en un grupo con riesgo menor. Por ejemplo, respecto a la consumo de sustancias de los padres como factor de riesgo para el consumo adolescente (González Menéndez y otros, Cor. 2004).

La inter-relación de los factores de riesgo y protección es donde se determina el resultado, que es el *riesgo*, y la interacción de la persona con su ambiente se establece la vulnerabilidad (González Menéndez y otros, Cor. 2004).

Lo que sintetiza claramente el Programa Norbera en la siguiente tabla.



**Fuente:** Norbera. Memoria 2006, inspirado en el modelo "Jessor" de los programas de Prevención

La estrategia de de prevención actualmente pretende:

La nueva Estrategia sobre Drogas propone un plan comprehensivo en el ámbito de la prevención que, además de apuntar las líneas, criterios y ámbitos de intervención en detalle, establece para cada ámbito, y a lo largo del período comprendido entre los años 2003 y 2008, un conjunto de objetivos generales y específicos a cumplir en nuestro país, así como

la especificación de indicadores de consecución de tales objetivos. Esta Estrategia comprometida, junto con el estado actual del conocimiento en materia de prevención, exige incorporar la evidencia disponible y plantea la exigencia de continuar avanzando tanto en aspectos de coherencia como en términos de calidad (Salvador y Martínez Higuera, 2002, pp.49).

### **3. Plan de Prevención. Centro Solidaridad de Zaragoza**

#### **3.1 Historia.CSZ**

Dentro de la época de los noventa el Centro de Solidaridad de Zaragoza experimentó un aumento de demandas que no se ajustaba al tipo de población que comúnmente asistían (perfil clásico de drogodependencia), puesto que la juventud y las pautas de consumo de sustancias que las personas usuarias presentaban no eran las mismas.

Estas características señalaban dos necesidades fundamentales:

- La necesidad de formar programas preventivos, para dar respuesta al descenso de edad de inicio del consumo de drogas.
- Y la necesidad de crear un programa de intervención que se ajustara a los y las jóvenes con este tipo de problemas; ya que los recursos existentes no eran adecuados para ellos (Arenas y Ramírez, 2008, pp. 53).

Por estos motivos en 1996 el CSZ estructuró un Plan de Prevención, con el cual ampliaba el campo de actuación del Programa Proyecto Hombre, labor que realiza desde 1985.

Durante estos 20 años se constata una evolución social que incorpora con mayor normalidad los usos de drogas, con menor conciencia de problemáticas asociadas a los consumos de sustancias, por el modo en que la población juvenil vive el ocio y el tiempo libre, que observa la disminución en la edad de inicio del contacto con las sustancias y el aumento en el número de quienes recurren al consumo (CSZ, 2007).

El Plan surge como respuesta a la demanda creciente de adolescentes y jóvenes con comportamientos de riesgo, desarrollando sus actividades en clave preventiva. En especial en el ámbito de orientación para los y las adolescentes y sus familias; así como también en la formación y asesoramiento para profesionales y voluntarios cuya actividad este dirigida a la población adolescente (CSZ, 2007).

Enmarcando las actuaciones desde la Promoción de la Salud, entendida esta como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y así mejorarla (OMS, 1986)

El contexto en el que se desarrollan los diversos programas del Plan de Prevención es el correspondiente a todos los ámbitos relacionados con las y los adolescentes y sus familias, siendo la zona de implantación la Comunidad Autónoma de Aragón (CSZ, 2007).

La finalidad del Plan de Prevención es apoyar el proceso educativo y madurativo de la población que atienden y que puedan afrontar situaciones y/o evitar conductas susceptibles de riesgo, en algunos casos mediante acompañamiento directo y en otros apoyando a las personas que intervienen en el proceso (CSZ, 2007).

Dentro del espectro de riesgos, a los cuales se refiere dicho Plan son a los asociados con la realidad adolescente, incluyendo las conductas o situaciones que conlleven peligros para la salud, maduración o integración social. Como son: el consumo de drogas, los problemas comporta mentales, de relación, conflictos entre iguales, dificultades en el área escolar, violencia o algunos problemas de salud mental (CSZ, 2007).

Aunque sí bien el planteamiento del Plan de Prevención tiene su origen en el consumo de sustancias; es fundamental señalar que en sus objetivos iniciales consideraban una amplitud de temas y un espectro más amplio en las problemáticas que la población adolescente presenta (Arenas y Ramírez, 2008), tal como muestra la siguiente lista de objetivos de una de sus primeras memorias:

- *Ayudar en la mejora del trabajo educativo desarrollado por las familias.*
- *Apoyar el diseño de distintas acciones formativas en el medio escolar.*
- *Diseñar con los jóvenes asociados, distintas propuestas de trabajo que contribuyen a definir un modelo de individuo protegido.*
- *Cooperar con los educadores que realizan en el Tiempo Libre de forma que aumente el nivel de salud de sus educandos*
- *Mejorar la capacitación de distintos profesionales que intervienen en el medio socio educativo sanitario*
- *Aproximar las distintas acciones al ámbito rural*
- *Promover diferentes iniciativas comunitarias en el ámbito de prevención.* (Arenas y Ramírez, 2008, pp. 53,54)

Actualmente el Plan de Prevención tiene tres objetivos generales:

1. *Colaborar con los ámbitos familiares, educativos, mediadores sociales y otros colectivos socio-sanitarios en la formación y puesta en marcha de iniciativas de prevención y promoción de estilos de vida saludables entre adolescentes y jóvenes*
2. *Asesorar ante situaciones de conflicto generadas en las relaciones juveniles y en su entorno.*
3. *Promover un proceso educativo y de maduración en jóvenes que mantienen comportamientos de riesgo teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la persona para facilitar su desarrollo individual, familiar y social* (CSZ, 2007).

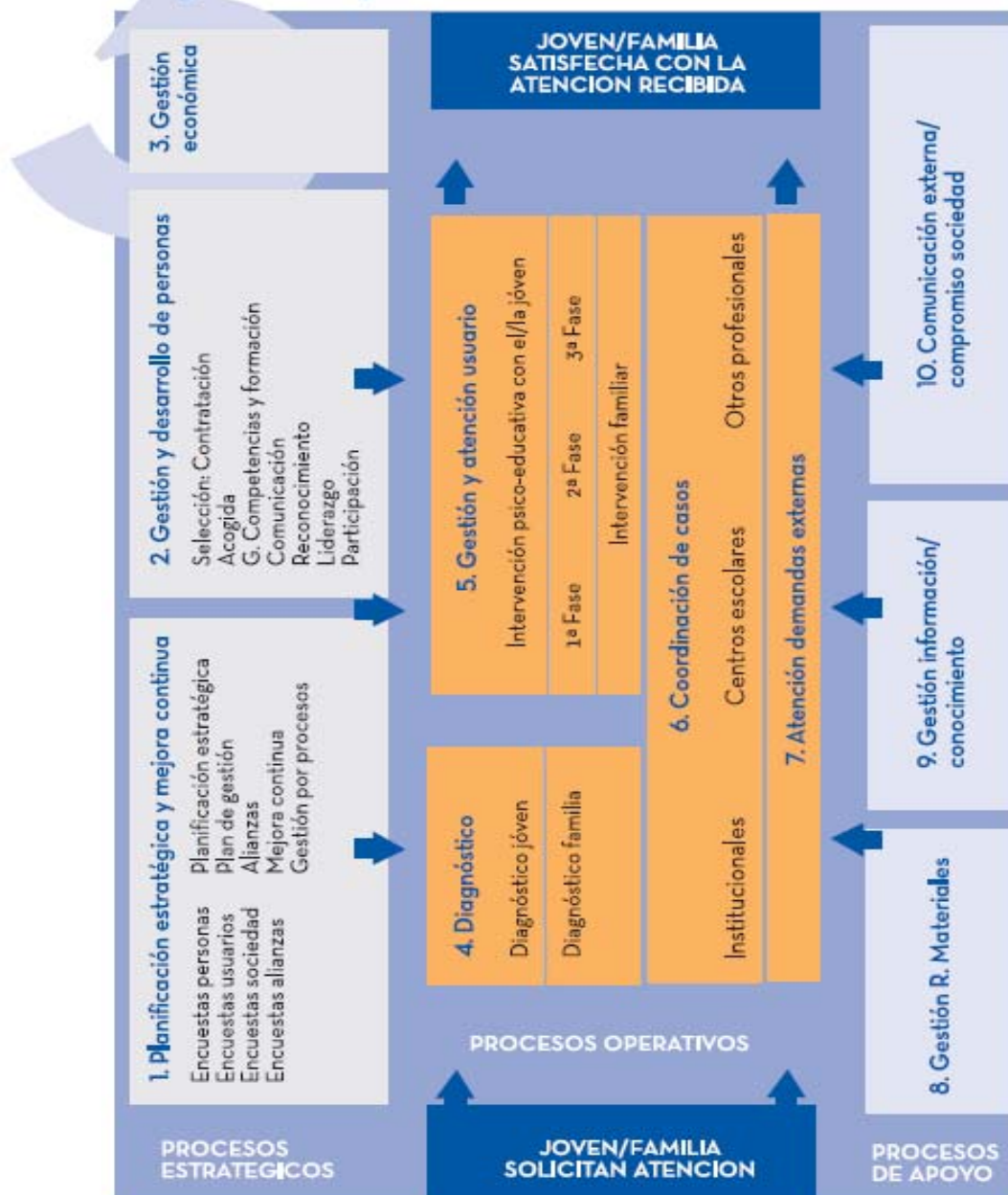


El Plan de Prevención tiene cuatro programas:

- *Medio escolar:* Este programa busca impulsar y cooperar en el desarrollo de propuestas de prevención en los centros escolares. Estas se pueden llevar a cabo con los y las jóvenes directamente, con los y las profesoras y las madres y padres.
- *Asociativo (o comunitario):* Este programa tiene como objetivo formar en materia de prevención a aquellas asociaciones vinculadas y formadas por jóvenes e incentivar propuestas propias en materia de prevención
- *Formación:* Este programa reúne aquellas actividades orientadas hacia los profesionales, médicos internos o residentes, abogados o fiscales de menores, escuelas universitarias, personal de la SS de algún ayuntamiento.
- *Comunitario:* El programa tiene como objetivo formar a las diversas personas relacionadas en materia de problemáticas adolescentes. Promoviendo la creación de planes, mesas redondas o coloquios. (Arenas y Ramírez, 2008)

El siguiente mapa conceptual de procesos, ayudará a entender la forma en que se brinda la atención dentro de un servicio de Prevención, en este caso se trata de Norbera que es el programa de apoyo de adolescentes de Donostia de la Fundación Izan proviene del mismo origen que el CSZ (es una de las primeras que se formó en 1985) y pertenecen a la misma Federación Nacional de Asociación de Proyecto Hombre

# Mapa de procesos



Fuente: Norbera: Programa de apoyo a adolescentes. Memoria 2006, pp.12

A diferencia del Plan de Prevención en Zaragoza, Norbera cuenta con comedor, apoyo y orientación entre algunos otros programas grupales. En lo que respecta al trabajo con los y las adolescentes y sus familias presentan los mismos servicios, el equipo de Tarabidan realiza diagnósticos más operativos y está a trabajando en fomentar los proyectos de investigación.

### **3.2 TARABIDAN**

El programa de atención/ intervención tiene como nombre TARABIDAN (significa *apoyo* en habla aragonesa), es un recurso que ofrece orientación y tratamiento a la población adolescente y juvenil que se encuentran en situación de riesgo. Puesto que este período acontece en el marco familiar, el apoyo se extiende a ésta siempre que sea posible (CSZ, 2007).

En lo referente a la prevención/ consultoría el trabajo se centra en intervenciones psico educativas con población de riesgo, que tiene como objetivo promover una mejor preparación de los agentes que intervienen en el proceso educativo y de maduración de las chicas y los chicos, para que puedan afrontar situaciones y/o evitar conductas susceptibles de riesgo.

### 3.3 Perfil y datos de la población. Memoria 2007

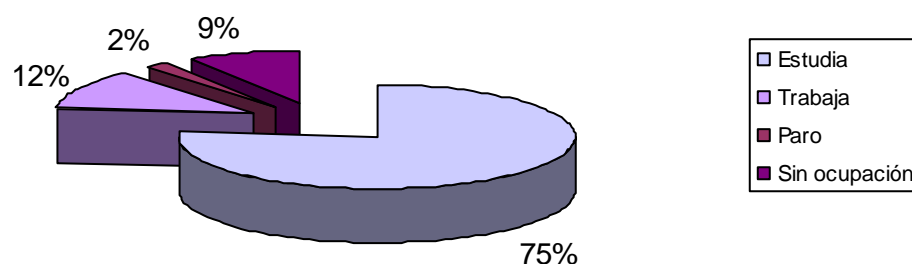
A lo largo del año 2007 se han atendido 256 casos, de estos, 186 presentan una atención conjunta a los y las jóvenes y sus familias, mientras que en 70, y por diferentes motivos, sólo se atiende a la familia en el Proyecto de atención a padres preocupados dentro del cual se atiende a las familias dentro de las cuales tienen algún miembro en riesgo (CSZ, 2007).

El perfil de la población tiene un intervalo de edad entre los 11 y los 25 años y una media de 16,4 años, nos muestra que:

- 65% es varón, con una media de 16,5 años, de los cuales el 68% es menor de edad.
- 35% es mujer, con una media de 16,1 años, de las cuales el 77,4% es menor de edad.

El lugar de nacimiento es el 84,1% ha nacido en Aragón, siendo el 82,4% del total nacidos en Zaragoza. Un 9,6% ha nacido fuera de España. Viven un 70,% en la ciudad de Zaragoza y un 18% vive en la zona de influencia de la capital.

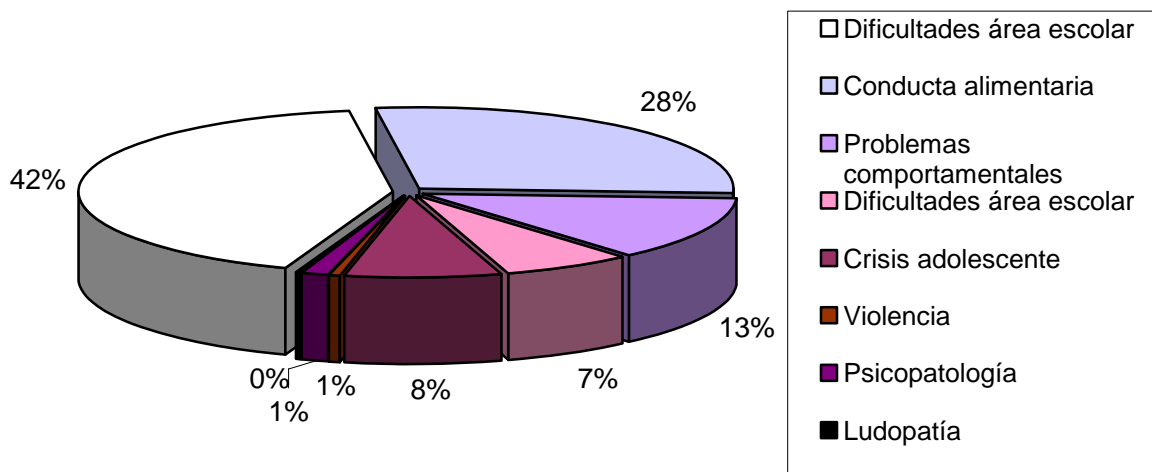
Gráfico 1: Ocupación de la población atendida Plan de Prevención.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos. CSZ. Plan de Prevención. Memoria 2007

Sólo un 29% del total tiene concluida la ESO, cuando el 45,7% es mayor de 16 años. Un 58,7% ha repetido algún curso. Del grupo que no estudia, el 72% no tiene titulación alguna.

**Gráfico 2: Motivos de la demanda de la población atendida en el PLAN de Prevención.**

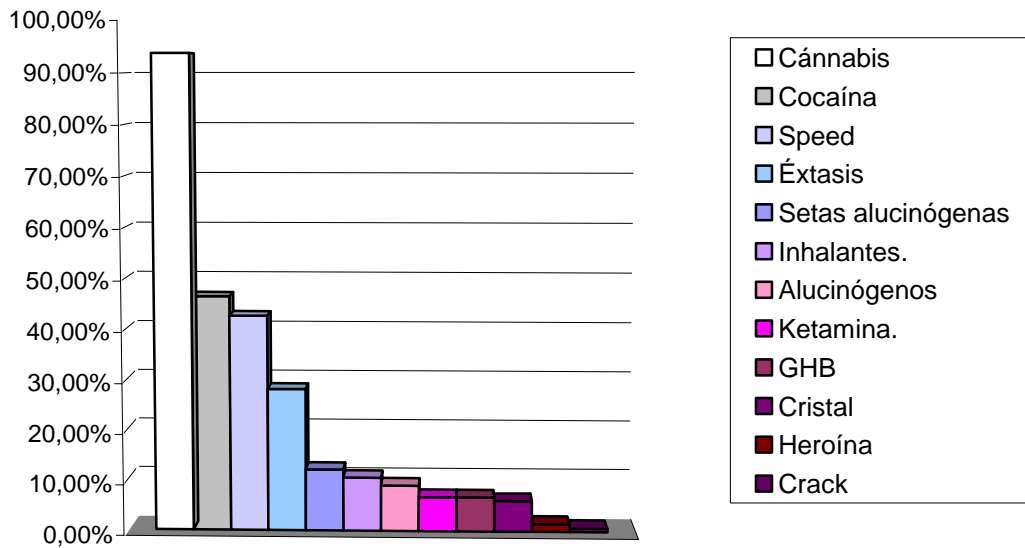


**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos. CSZ. Plan de Prevención. Memoria 2007

Un 40% de la población presenta seguimiento psiquiátrico (aquí se incluye también déficit de atención, hiperactividad, trastorno de alimentación) y un 28,8% problemas judiciales (CSZ, 2007).

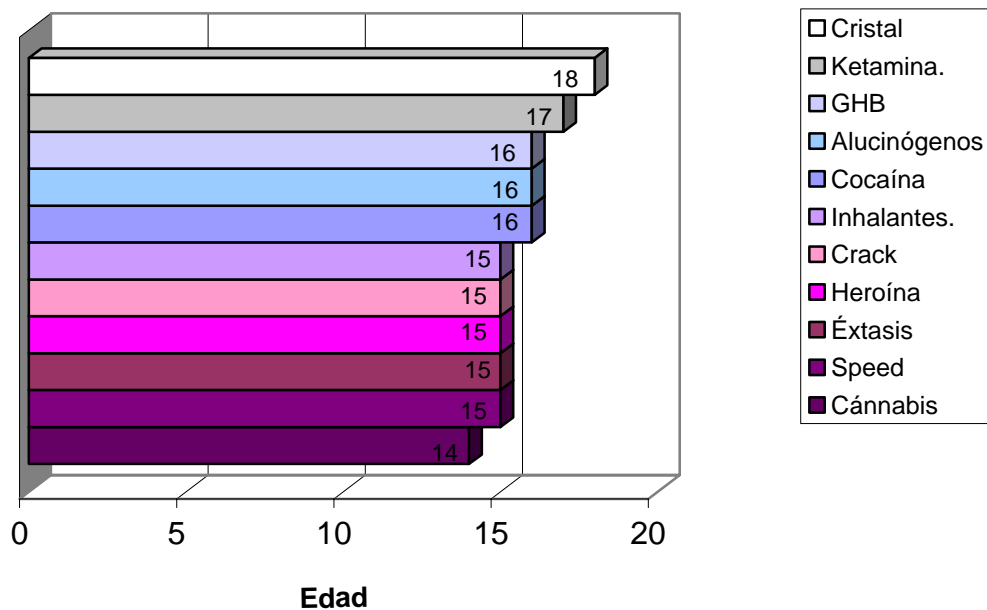
En el gráfico 3 se presentan los porcentajes de los y las usuarias de los usos de drogas. Y en el gráfico la edad media de inicio en el uso de drogas.

**Gráfico 3: Porcentajes de los usos de drogas de la población del Plan de Prevención.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos. CSZ. Plan de Prevención. Memoria 2007

**Gráfico 4: Edad media de inicio en el uso de drogas de la población del Plan de Prevención.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos. CSZ. Plan de Prevención. Memoria 2007

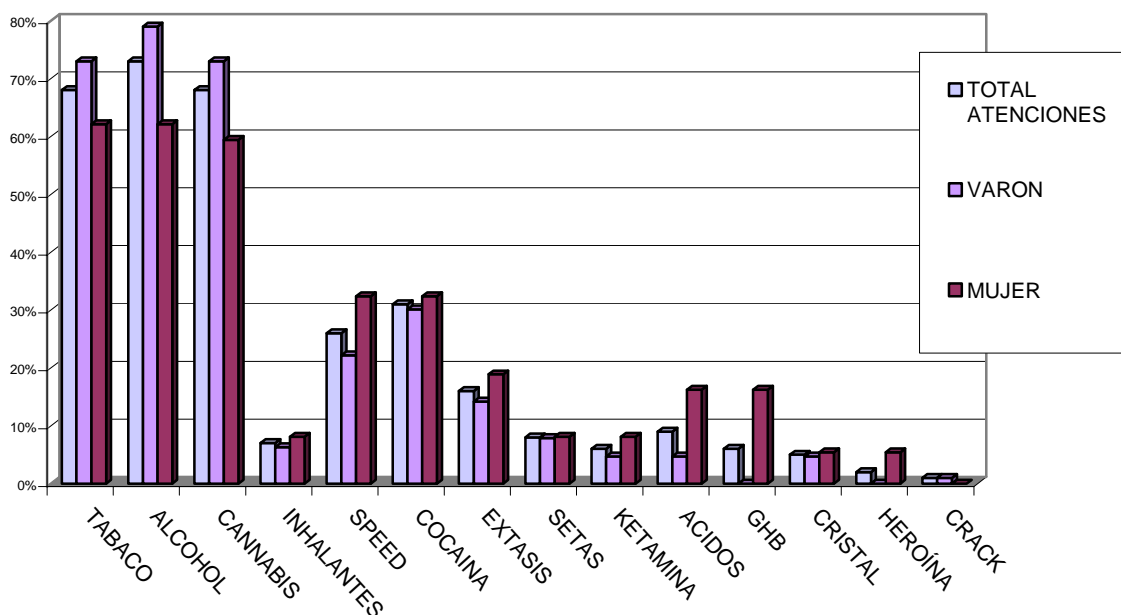
Las medias de edad del inicio de las experimentaciones con cada una de las sustancias son similares a las que presenta la Encuesta Escolar, siendo la de la población de Tarabidán ligeramente inferiores, especialmente en la iniciación al uso de tabaco y alcohol. Si nos ceñimos a las diferencias de sexo,

las mujeres atendidas en Tarabidán presentan un inicio en el consumo más precoz que la muestra estudiada por la encuesta escolar.

Diversos son los recursos que derivan a chicas y chicos al Plan de Prevención, a continuación se hace una lista de los datos que recogen sobre las derivaciones que se hacen:

- 25,9% *Teleayuda*(es el teléfono de atención a la población adolescente y juvenil de la Fundación).
- 16,5% *Centro Escolar*
- 16,3% *Hospital Clínico*.
- 7,9% *Fiscalía de Menores*.
- 7,9% *Servicios Sociales*.
- 7% *por usuarios*
- 6,7% *Centro de Salud*.
- 3,9% *Psiquiatra particular*.
- 2,2% *Psicólogo particular*
- 1,6% *Centro Adicciones CSZ*.
- 1,1% *Protección de Menores*.
- 8,4% *Otros* (CSZ, 2007).

**Gráfico 5. Porcentaje de uso de drogas de la Población atendida, sexos.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos. CSZ. Plan de Prevención. Memoria 2007

### **3.4 Bases Metodológicas**

Fieles a su herencia Humanista, se apoyan en el concepto de Rogers de que *“la vida, en su óptima expresión, es un proceso dinámico y cambiante, en el que nada está congelado”* (1989. pp.35). De la misma manera, Tarabidan se ha definido durante todo este tiempo por su *flexibilidad*, adaptándose a las nuevas realidades y demandas, incorporando nuevos ámbitos de intervención y ampliando el concepto de “prevención” a lo referido a consumo de drogas, entendiendo que el uso de las sustancias puede ser un síntoma de otras problemáticas individuales, familiares o sociales, y compartir factores de riesgo con otras situaciones del mundo adolescente y juvenil (Arenas y Ramírez, 2008)

Otra de las características del Plan de Prevención es su visión *holística* de la persona, entendida ésta como un todo, remarcando los aspectos positivos y otorgando especial énfasis a la empatía utilizada como clave metodológica. El Modelo de la ecología del desarrollo humano, elaborado por Urie Bronfenbrenner es el marco explicativo del que se sirve el Plan de Prevención, un modelo sustentado en la teoría general de sistemas desarrollada por Von Bertalanffy e inspirada en la teoría de campo de Kart Lewin (2002)

Como idea principal el autor considera el desarrollo humano como la:

*...acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos.* (Bronfenbrenner , 2002, pp. 40)



Por tanto se trata de un modelo sistémico, interactivo y relacional, que, utilizado como guía teórica, organiza nuestras propuestas de intervención y nos facilita, mediante sus postulados e hipótesis, la explicación de manera científica del análisis de la realidad adolescente.

Por último, reforzando las ideas tanto de Rogers como de Bronfenbrenne(2002), y enmarcándonos bajo el paradigma de la Resiliencia tal como se puede comprobar en la orientación de la propuesta, siempre hay lugar para una esperanza realista, ya que cada persona tiene potencialmente la capacidad de superar las adversidades .

Las personas que acuden al Plan de Prevención están en un momento de la vida en que están que afrontando un cierto el estrés asociado con las dificultades de las transiciones de la época en que se encuentran, los acontecimientos traumáticos o las presiones ambientales.

Hablaremos por tanto de familias desafiadas (de las que habla el equipo del Plan de Prevención) más que de familias con problemas, insistiendo en las posibilidades que presentan de afrontar y utilizar sus propios recursos en el transcurso de la intervención, tal como comprobamos en el día a día (Bronfenbrenner, 2002).

La intervención está orientada al igual a la solución de los problemas, los modelos de mediación familiar con el fin de conducir a la familia y al adolescente a desbloquear su dificultad. (Narbone y otros, 2005)

En el siguiente cuadro se encuentra el itinerario de atención que sigue el equipo de Tarabidan.

<b>ITINERARIO.</b>
Fases:
<u>1. Información básica.</u> Que se brinda a través de Teleayuda y telejoven
<u>2. Derivación a otro recurso.</u> Explicar criterios de derivación.
<u>3. Información general:</u> Entrevista inicial y protocolo de acogida.  Objetivo: acoger a las familias o adultos significativos que demanden ayuda, clarificando las quejas y/o demandas desencadenantes de la petición. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Apertura de carpeta (expediente)</li> <li>o Firma de ley de protección de datos</li> <li>o Recogida de datos : (formulario hojas de colores)</li> <li>o Explicación del recurso y servicios.</li> <li>o Explicación de condiciones económicas.</li> </ul>
<u>4. Valoración</u> (información y valoración). <ul style="list-style-type: none"> <li>o Recogida de datos necesarios en todos los casos (mínimos acordados) personales, familiares, sociales, entre otros dedicando también un tiempo a evaluar los recursos de la familia.</li> <li>o Definición y negociación de objetivos. Pactar y explicitar.</li> <li>o Estimar tiempo de tratamiento.</li> </ul>
<u>5. Diagnóstico operativo.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Elaboración de hipótesis sobre las impresiones diagnósticas</li> <li>o Analizar informaciones recogidas y elaborar diagnóstico operativo</li> </ul> Metodología: En equipo, coordinación entre terapeuta de familia y del adolescente o joven. Contrastar información, redefinir....elaborar propuesta de intervención para negociar con la familia.
<u>6. Acordar intervención.</u> Metodología : puede ser en entrevista individual o en un grupo familiar para redefinir y llegar a acuerdos entre familia y adolescente.
<u>7. Orientación educativa</u> (información, valoración y orientación). a. Entrevistas individuales. Mediante el seguimiento y revisión conjunta de de pautas y asesoramiento, se facilita un apoyo a la familia. b. Formación. Generando un espacio continuo de debate y reflexión, que en algunos casos servirá de apoyo a las entrevistas individuales.
<u>8. Intervención terapéutica</u> Individual y/ grupal, dependiendo de la edad y de cada caso además de la inervención individual se puede anexar a algún grupo
<u>9. Cierre del proceso</u> Alta voluntaria (interrupción del tratamiento) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Alta terapéutica (se ve concluido el proceso, hay una mejora significativa)</li> <li>o Fin de tratamiento (los usuarios ven satisfechos los objetivos)</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos. CSZ. Plan de Prevención. Agosto 2007

## 4. Perspectiva de Género

### 4.1 Definición

En esta investigación se define como: perspectiva de género a la vivencia que varones y mujeres tienen a partir de sus diferencias biológicas, en consecuencia les son concedidos diferentes contextos para la acción social; esto determina su percepción individual, la manera que se trata al propio cuerpo y el desarrollo de la personalidad. (Merino, Cor. 2002 pp. 37)

*El género es una perspectiva teórica y metodológica. Este no tiene por objeto de estudio a las mujeres o los roles de las mujeres. El género trabaja con las distintas formas en las que las nociones de varón y mujer son construidas.* (Romo, 2003 pp.70)

La diferenciación entre sexo/género ha sido fundamental para comprender el concepto y así abordar las variables de estudio concretos. Respecto al sexo se hace alusión a *aspectos biológicos de dimorfismo sexual*, mientras que *género* se refiere a *los aspectos psicológicos, sociales y culturales que en una determinada sociedad se describen como propios de varón y mujer*. Sin embargo, al hacer un análisis único y solo en dos categorías se limita e impide una correcta comprensión de la realidad.

Es el Feminismo el que introduce que la perspectiva de género se aplica a una variedad de fenómenos sociales y en el ámbito de la salud. Desde la óptica feminista es donde se señala *las desigualdades en el género, clase y orden étnico de una sociedad* (Romo, 2003 pp.70)

La aceptación de la importancia de la perspectiva de género brinda la oportunidad de que las acciones impulsadas sean más efectivas (Merino, Cor. 2002 pp. 37)

Las ciencias de la salud y en parte las ciencias sociales muestran una visión que mantiene una jerarquía y dominación masculina. Por ejemplo; cuando se habla de drogodependencia, los resultados de las investigaciones cuantitativas son interpretados en función de lo significativo, dentro de una estadística; y en pocas ocasiones se hace referencia al contexto sociocultural que es donde se encuentran las diferencias de género (Meneses, 2006)

La perspectiva de género es como mirar con un prisma donde varias variables tienen gran importancia y que éstas se encuentran relacionadas entre ellas; como Silva Diverio explica, como un modelo de investigación, de enfoque, de forma de mirar:

Los enfoques caleidoscópicos implican considerar variables individuales siempre en interrelación con variables psicosociales. Es decir en este tipo de enfoques hay que tener en cuenta que: las realidades son sumamente complejas, el ser humano es un ser biopsicosocial, que todas las 'realidades', variables, están en el aparato; pero depende del enfoque en un momento. De aquí la importancia de la integración de múltiples niveles y variables. Al efectuar este enfoque dinámico, es fundamental el trabajar en equipo con elementos de constante reflexión crítica; que favorezcan la realización de tareas de análisis y síntesis promotoras de integraciones más sanas. Es fundamental siempre promover el análisis, la integración y siempre los Derechos Humanos... (Silva Diverio, 2006 pp. 25).

## **4.2 Mujer y drogas**

La historia de las mujeres en general ha sido invisibilizada, respecto a los estudios específicos en lo referente a la salud de las ellas, es por eso que se dispone de poca información respecto al uso de las drogas por las mujeres. Los datos de que se disponen respecto al uso de sustancias por parte de las mujeres españolas son escasos a lo largo de la historia. Por otro lado en los Estados Unidos han sido estudiadas de una manera más comprensiva. Según sus investigaciones, en el siglo XIX las usuarias de opiáceos lo consumían con un uso terapéutico para tratar sus dolencias, ya que eran consideradas menos tolerantes al dolor, a diferencia del varón, así que necesitaba el medicamento. El perfil de la usuaria eran las mujeres de clase alta, de tez blanca y de la parte sur del país; y citan a los problemas ginecológicos y psicológicos como razones por las cuales consumían. El cannabis y la cocaína, también eran considerados y utilizados como medicamentos (Burin y Littlewood & Symptoms citados por Romo 2003)

La industria farmacéutica fue la que se hizo cargo de las “necesidades de las mujeres”, a partir de los años cincuenta, ayudando a la ama de casa de esa época a permanecer tranquila y estable; al igual a las jóvenes como a las mujeres mayores a enfrentarse sus problemáticas cotidianas (Romo 2003)

Los registros de los usos de sustancias en España nos llevan al siglo XX, momento en el cual se relacionaba a las prostitutas con la cocaína y a las mujeres de clases altas con el uso de la morfina. La automedicación de las mujeres, en lo referente a los opiáceos se relaciona como una enfermedad durante las primeras décadas (Usó Arnal y Meneses citados por Romo en 2003)

El uso terapéutico cedió el camino a los usos lúdicos y recreativos. En un primer momento fue la heroína y a través del tiempo las tendencias cambian por otras drogas como son: la cocaína, las drogas de síntesis y el cannabis; esta última ha sufrido una imparable escalada en su uso en los últimos años, siendo esta la sustancia prevalente en España (Romo, 2003).

Es en esta época donde la estigmatización de las personas que usan drogas se fortalece, en especial de las mujeres. En los años noventa difunden noticias de los daños que pueden causar las sustancias ( a pesar de que las mujeres en ese momento eran escasamente consumidoras) se relaciona con la idea de la “ madre consumidora que “daña a sus bebés”, y en consecuencia dan como resultado las llamadas “malas madres” (Romo, 2003).

En Estados Unidos se crea una gran alarma social en los años noventa, por el “daño fetal” que las usuarias de crack provocan en sus bebés y por la transmisión de VIH en esa población, se creó un gran “pánico moral”, las madres usuarias de estas sustancias fueron demonizadas y relacionaron estas conductas con falta de interés por sus hijas/os; así es como se inició una cruzada contra estas mujeres que acabaron en la cárcel en algunos casos (Rosenbaum & Murphy citados por Romo 2003).

Alemania fue el primer país europeo que realizó alguna acción relacionada con el uso de drogas por las mujeres, realizando durante los años setenta y ochenta investigaciones referentes a los programas de tratamiento y prevención (Urbano y Arostegui, 2004)

Romo afirma en su artículo:

*Podríamos decir que las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad.(Romo, 2003 pp.73)*

El conocimiento sobre el consumo de drogas se ha estructurado en base de la experiencia masculina y esto ha llevado a la creación de mitos alrededor de los usos de las mujeres como son:

- La exaltación de la rapidez con la que las mujeres se hacen adictas, sin especificar las hipótesis y las conclusiones de las investigaciones.
- Se asume que el comienzo del consumo está subordinado a los varones, dejando a un lado los procesos específicos de los mismos; un ejemplo de esto es el de la heroína.
- La co dependencia es una forma de construir una enfermedad que parece que afecta solo a las mujeres, es contribuir a clasificar en una patología y quitar el valor socio cultural de la misma. El lenguaje y el énfasis del mismo es crucial dentro de las investigaciones.
- La utilización de algunos términos que pueden tomarse como moralmente correctos o incorrectos, y estos pueden contribuir a alimentar la estigmatización, como es el caso de la *promiscuidad*. En algunas investigaciones se hacen afirmaciones sin tomar en cuenta o mencionar los grupos de comparación a los que se refieren. (Meneses, 2006)

### **4. 3 Mujer, adolescencia y drogas**

Esta investigación se ha centrado en la prevención y en la adolescencia, las chicas y los chicos que participaron dentro de esta investigación, así como los/las profesionales hablaron sobre sus experiencias y éstas se encuentran sumergidas dentro de un contexto social, donde el género juega un gran papel, así pues como afirma Silva Diviero en su artículo, la adolescencia es:

Una etapa tan fundamental para la constitución de la identidad... en la cual se van cimentando los comportamientos de género, toda acción es la resultante de la interacción de una compleja red de múltiples variables en un contexto social (2006, pp.25)

Distintos estudios (como los que se han realizado en el Injuve), hablan de que los adolescentes tienden a la *acción* y las chicas a la *expresión* (depresiones, ansiedades...) pero este planteamiento puede ser simplista y debe ser revisado en cada aspecto y caso concreto (Silva Diverio, 2006)

La mayor parte de los programas carecen de planes de intervención para las mujeres consumidoras, es el mismo caso de las adolescentes, la perspectiva de género no es una variable importante dentro de los procesos diagnósticos y de intervención (no existen puntos concretos y explícitos), aunque éstas sean consideradas fundamentales en su tratamiento como lo afirma la ONU en el año 2005 (Meneses, 2006).

Algunas de las posibles razones son:

1. Los programas tienen mayor población de varones que de mujeres y los programas se diseñan según las características de la mayor parte de la población. Aunque la población femenina allí aumentado al paso del tiempo; se tiende a generalizar la intervención. Algunos ejemplos son: la forma de expresar y comunicar los sentimientos, las diferentes formas



de convivir la violencia o las diferencias en los significados que el consumo de sustancias tienen para cada uno.

2. Aplicar una nueva perspectiva implica hacer una reflexión en los miembros del equipo para que se contemplen las necesidades de cada sexo y se revisen los estereotipos y sesgos que se encuentran dentro de la práctica profesional.
3. Los programas tienen la responsabilidad de cubrir las necesidades específicas y crear recursos que apoyen a ambos sexos por igual (Meneses, 2006).

Aunque en los últimos años se ha producido un avance importante en la superación del sexismo entre adolescentes, dicha superación debe ser total y debe de estar suficientemente arraigada en la identidad como para mantenerla en situaciones trascendentales, especialmente entre ellos. Este es un complejo problema, la presión social para el estereotipo masculino, sigue siendo más rígida y coercitiva que la presión para el estereotipo femenino.

Las mujeres suelen percibir la superación del sexismo como una ganancia mientras que los hombres tienden a percibirla como una pérdida, sobre todo cuando se evalúa va más allá de lo políticamente correcto. En función de lo superficial que parece ser la superación del sexismo en muchos hombres, podría explicarse su tendencia a responder con la máxima violencia de género en determinadas situaciones críticas. (Díaz Aguado, 2006 pp. 46)

Es necesario revisar los modelos femeninos y analizar las funciones que se siguen manteniendo estereotipadas, en especial la subordinación femenina en las estructuras sociales actuales. Las estructuras sociales, económicas y políticas son discriminatorias hacia las mujeres; las intervenciones específicas

no serían necesarias en una sociedad en la que se valoraran igual la presencia, los comportamientos y las formas de ser de mujeres y varones (Meneses, 2006)

## 5.- Metodología

### 5.1 *Objetivos de la investigación*

El objetivo general de la investigación pretende:

El **objetivo** es tratar de efectuar un análisis comparativo de la situación de las chicas y los chicos dentro de un servicio de prevención, con el fin de establecer diferencias o semejanzas en los motivos de consulta por lo que acuden, la sintomatología que presentan y el tipo de intervención que reciben. Este trabajo pretende ser una pequeña aportación dentro del campo de la prevención, con el objetivo de introducir al análisis una visión de género, y así apoyar a la concienciación y a la visualización de los conflictos añadidos a los que se enfrentan las chicas y como éstos estereotipos de género afectan también a los varones en sus propios procesos.

Los **objetivos específicos** son:

- Analizar las diferencias que existen entre los motivos de consulta por los que han llegado al servicio,
- Hacer una comparación de la sintomatología que presenta cada grupo y en algunos de los casos, se incluirá algunas anotaciones del diagnóstico psiquiátrico;
- Hacer un análisis del tipo de intervención que reciben dentro del servicio,

## 5.2 Metodología Cualitativa

La metodología que se utilizó en el presente trabajo es de tipo cualitativo, se entiende como un método que recoge: *las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y a la conducta observable* (Taylor y Bogdan 1994,pp.20) .

Este tipo de investigación sigue un camino particular para estudiar al universo experimental. La persona que investiga trata de comprender a partir de las percepciones de los que investiga, intentando así mismo, ser flexible. Éste conjunto de personas son consideradas como un “todo” por sí mismo; a través de sus historias y experiencias, crean un discurso que se convierte en la herramienta de trabajo de él o la investigadora, desde una perspectiva humanística.

Este método tiene el objetivo de comprender y analizar el inicio, proceso y descubrir los significados del simbolismo que se encuentra dentro del discurso de las personas. (Ruiz, 1999).

Este tipo de investigación proporciona la posibilidad de entender los complejos problemas sociales a los que se enfrentan a diario los profesionales de todas las áreas, en especial todo lo referente a nivel socioeducativo, como Suárez afirma en su libro:

La complejidad, la diversidad y la interactividad propia de las situaciones socioeducativas reflejan la urgencia de adoptar prismas diferentes en la teoría y en la praxis científica ( 2005, pp13)

Así pues, en lo referente a este trabajo, las y los chicos que acuden al proyecto Tarabidan, siendo este un recurso que trabaja desde la prevención,

con una población, considerada con ciertos riesgos sociales (adolescentes y jóvenes con problemas de comportamiento, consumo experimental de sustancias, etc.) se ha considerado como el mejor camino que nos brindará las herramientas necesarias de investigación.

Se han empleado diferentes técnicas que han sido las siguientes: entrevistas en profundidad y grupos de discusión. Preliminarmente se realizó un resumen y análisis de contenido de los expedientes ya existentes. En seguida se planteo realizar el análisis con la intención de descubrir nuevos parámetros, categorías, motivaciones, a través de la investigación cualitativa, facilitando el discurso espontáneo de los y las investigadas.

Las técnicas empleadas para la elaboración de esta investigación son las siguientes:

- Análisis del contenido de los expedientes de las personas seleccionadas para la investigación
- Resumen de los datos incluidos en el expediente de cada uno
- Entrevista con las y los terapeutas responsables de cada caso, facilitando su discurso espontáneo sobre los datos y el proceso terapéutico de los usuarios seleccionados
- Análisis de los nuevos datos, con la intención de descubrir nuevos parámetros, categorías y motivaciones.
- Entrevistas en profundidad a los adolescentes de la muestra
- Un grupo de discusión

Por tanto además de los 6 chicos y chicas que participaron dentro de la investigación, al igual se considero indispensable la perspectiva de los profesionales por los cuales eran atendidos.

En el caso de la y el profesional, los cuales son personas profundamente experimentadas, como Rekalde y Vilches (2003) expresan en su trabajo:

...no son conscientes del alcance de su propio conocimiento por la inercia de la labor cotidiana o porque la falta de tiempo no les permita reflexionar sobre la tarea que desarrollan. Por añadidura, a menudo esa experiencia se ha ido configurando a lo largo de una dilatada labor profesional, y en buena parte funciona como un bagaje puramente práctico en su operatividad. Ese fondo de experiencia, práctica y conocimiento debe, en tales ocasiones, enfrentarse al contraste del investigador que, desde una posición exterior y a través de sus preguntas, puede contribuir a una formulación verbal y una estructuración del saber disperso. (40)

### **5.3 Documentación**

Como primer encuentro con la muestra, se realizó un sondeo con los profesionales y se revisaron algunos expedientes. Se realizó el primer contacto a través del educador/a de referencia para que les explicasen a aquellos adolescentes que reunían el perfil adecuado para la investigación en qué iba a consistir el trabajo; posteriormente a aquellos que aceptaron participar se les entregó un documento para que sus padres firmaran la autorización, dado que en todos los casos se trataba de menores de edad. A la propuesta respondieron 3 chicas y 3 chicos, cuatro tenían 14 años y una chica y un chico 16 años.

Se consideraron los documentos que se encontraban dentro de los expedientes de los y las chicas entrevistadas, se realizó un análisis y recogida de información, estos datos se encontraron recogidos en varios documentos, la ficha inicial; así como en algún caso informes elaborados por el educador o educadora de referencia.

#### **5.4 Entrevistas en profundidad**

En primer lugar, se hicieron (7) entrevistas en profundidad, con un guión de preguntas semi- estructuradas a la educadora y al educador, los cuales eran responsables del tratamiento terapéutico individual de las personas objeto de estudio. En segundo lugar se realizó (3) entrevistas, una a cada uno de los chicos.

La investigación, las entrevistas de tipo cualitativo permiten a la persona que está investigando crear una visión integral, a través del estudio de un fenómeno que está constituido por un complejo mundo de matices, visiones y perspectivas (Ruiz Olabuénaga, 1999).

Entendiendo que uno de los prismas desde el cual queríamos ver era la visión de género, entienda ésta como una visión de conceptos, perspectivas y matices, de todos y todas las participantes de esta investigación; este tipo de metodología nos podía brindar la oportunidad de ir más allá de una respuesta concreta, escuchando, interpretando desde el discurso la percepción de todas las personas.

Actualmente, a través de muchos medios, se ha llamado a la participación, a la sensibilización, para entrar en el mundo del género como una necesidad, es por eso que surge la inquietud dentro de los servicios dedicados a la prevención del uso de las drogas (como de otro tipo de dificultades y conflictos que enfrentan adolescentes y jóvenes) para la investigación desde esta perspectiva. (Romo, 2001)

Los contenidos conseguidos de las entrevistas constituyen el material bruto para hacer el análisis, para construir las estructuras y categorías del



discurso. Es por eso que se hicieron las grabaciones de las sesiones y se transcribieron en su totalidad, respetando su orden e intentando darles una secuencia lógica (Rekalde y Vilches, 2003).

## **5.5 Grupos de discusión**

Así como en el apartado anterior se consideró a la entrevista en profundidad, al igual se hizo un grupo de discusión en donde participaron las 3 chicas de la muestra, en este caso solo fue el grupo de chicas, puesto que las circunstancias en que se dieron las entrevistas así lo requirió.

Entendiendo que se pretende que, a través del grupo de discusión se cumpla el siguiente objetivo: ...un grupo cuyo objetivo es llevar a cabo una confrontación de opiniones, de ideas o de sentimientos de los participantes, con vistas a llegar a conclusiones (Mucchielli citado en Suarez, 2005, pp. 21). Aunque en un grupo es difícil llegar a una única conclusión; así pues, en el trabajo pretendimos llegar a algunos acuerdos en torno del objeto que se ha estudiado.

Al igual que la técnica anterior se siguió un guión de preguntas, temas a discutir, dónde se procuró crear un ambiente confortable y abierto. Se grabó la sesión y fue transcrita de manera literal, para así facilitar la inserción de los datos dentro de la información adquirida. En este caso nuestro caso el objetivo era encontrar la relación de los temas propuestos e identificar las relaciones entre estos( Suarez, 2005).

Dentro de este trabajo se ha elegido un de perfil de los entrevistados y entrevistadas, que se encuentran dentro del Centro Solidaridad, en el área de prevención, en el programa Tarabidan. Han colaborado varios profesionales que trabajan en este programa. Se les agradecen la ayuda y participación prestada, su experiencia y las facilidades que prestaron para realizar este estudio.

## **6. Análisis de Resultados**

Los resultados se presentan intentando dar respuesta a los objetivos específicos que se plantearon al inicio de la investigación.

### **6.1 Motivo de consulta**

En la evaluación que realizaron Arenas y Ramírez (2008) del centro de prevención en el programa Tarabidan, abordaron los motivos de consulta por los cuales los y las adolescentes llegan al recurso. Sin bien éstos no fueron segregados por sexo; sin embargo nos sirven como datos representativos del recurso, puesto que tomaron los datos desde el inicio del proyecto hasta el pasado año.

Los autores encontraron que dentro de la consulta original, los motivos por los cuales acuden al servicio son: el 71% por consumos problemáticos, aunque esta cifra disminuye dentro del proceso diagnóstico en un 56%, en los casos de esta investigación dos de los chicos presentan o presentaron un consumo diario de cannabis y consumo experimental de alguna otra sustancia. El resto de la muestra se encuentra en el 46% restante, las 3 chicas entrevistadas han tenido algún tipo de consumo experimental; sin embargo, dentro del expediente se toma como problema fundamental al comportamiento, y uno de los chicos se podría considerar dentro de este porcentaje que se refiere a problemas de contexto, familiares, etc. (Arenas y Ramirez, 2008)

Es importante destacar que actualmente los y la adolescentes inician con el consumo de alcohol y tabaco a una edad entre 12 y 17; de manera secuencial inician el consumo a algún tipo de sustancia ilegal (Plan Nacional sobre Drogas, 2006).

El primer objetivo específico que se planteó en la investigación fue el de explorar, y averiguar si existían diferencias entre chicos y chicas respecto a las razones, motivos por los cuales asistían al servicio; en los expedientes todos/as coincidían en: los problemas de comportamiento.

Motivo de consulta		
	Chicas	Chicos
1	Problemas de comportamiento y crisis adolescente(casa)	Problemas de comportamiento, derivado por fiscalía de menores
2	Problemas escolares, problemas de comportamiento	Consumo de drogas, problemas de comportamiento, hurtos, broncas, peleas. Comportamientos disociales
3	Consumo de drogas, problemas de comportamiento.	Problemas escolares y adicción a Internet (videojuegos)

Tabla 1. Resultados. Motivo de consulta. Fuente: Expedientes

A estos problemas de comportamiento, se refirieron Erdoncia, García-Mina y Meneses (2006) en su investigación, como conductas de riesgo, como son la deserción escolar y bajo rendimiento escolar, alteraciones alimenticias, conductas violentas, consumo de sustancias, entre otras.

Como se muestra en la tabla 1 de resultados las diferencias son mínimas, y los datos obtenidos en los expedientes se confirman en las entrevistas hechas a los educadores, matizando está información y se clarificaron las dudas al respecto.

1. En el caso de los chicos dos presentan denuncias policiales por actos delictivos o violentos.
  - *La primera vez que estuve aquí fue por fiscalía de menores, la segunda llegue por mí* (Fuente: Entrevista al Chico 1)

- *Vino una primera vez y luego una segunda... la primera vez desde fiscalía, por que había una orden de alejamiento por que había agredido a los padres...lo derivan a comunidad terapéutica, empezó a trabajar en el grupo de chicos...* (Fuente: Entrevista a la Educadora del chico 1)
  - *Llegue aquí, por fiscalía de menores.* (Fuente: Entrevista al Chico 2)
2. Una chica y un chico llegan con consumo de drogas
    - *Por la droga esta, Co...droga y por ... los viejos...* (Fuente: Entrevista al Chico 2)
  3. Dos de las chicas y un chico por problemas en el rendimiento escolar
    - *Porque te manda el orientador...por problemas...* (Fuente: Entrevista a Chica 1)
    - *Tenía problemas en la escuela porque pasaba de todo...* (Fuente: Entrevista Educadora de la Chica 2)
  4. Una chica presenta trastorno de alimentación
    - *Trastorno de conducta alimentaría, problemas de comportamiento.* (Fuente: Entrevista Educadora de la Chica 2)
  5. Un chico llega por adicción al Internet

La conducta de riesgo la definen los autores como: la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud (Erdoncia y otros, 2006, pp. 63). Dentro de los riesgos en las conductas de las chicas y los chicos que acuden a este servicio; no existen diferencias importantes entre los sexos.

Por los datos recogidos observamos que las conductas agresivas y violentas a lo que los chicos tienden, suelen tener consecuencias legales. Mientras que los conflictos de las chicas se quedan en el ámbito familiar. En el artículo de Nuria Romo Tecno y Baile Mitos y realidades de las diferencias de género (2004), confirma que en la realidad juvenil existe una división mucho más clara en torno a los

roles de género, quizás establecida y no reconocida; como características principales de los varones, asociadas a la violencia, al control y a situaciones de poder.

## 6.2 Sintomatología

El segundo punto que se estudio hace referencia a la sintomatología que cada chico y chica presentan, con el objetivo de realizar una comparación entre los grupos, observar las similitudes y deferencias.

Como se muestra en la tabla 2 de resultados, dos de los chicos llegaron al servicio derivados por un profesional de la salud mental, con un diagnóstico psiquiátrico; en el grupo de la chicas es una de ellas la que es derivada por un trastorno de la conducta alimentaría no especificado.

Diagnósticos anteriores		
	Chicas	Chicos
1	No tiene	Asintomático, constructivo, correcto, coherente y con un discurso estereotipado que cumple con lo que piensa que quiero oír. Adaptado al medio, patrón dependiente. Trastorno conversivo
2	No tiene	No tiene
3	Inestabilidad emocional de la personalidad, trastorno de la conducta alimentaría no especificado.	Adicción a Internet

Tabla 2. Resultados. Sintomatología. Fuente: Expedientes

El Programa de Salud Mental Infantil y Juvenil nos acerca a través de algunos indicadores, la conducta que algunos adolescentes presentan. La clasificación nos permite hacer una valoración de la problemática en la que se encuentran los/las adolescentes de la muestra; dificultades escolares, trastornos de la conducta, trastorno del estado de ánimo, trastornos por ansiedad, manifestaciones somáticas, trastorno de

comportamiento alimentario, abuso de sustancias tóxicas y finalmente trastornos psicóticos (2003).

Sintomatología		
	Chicas	Chicos
1	Vaga, mala estudiante, irritabilidad	Irritabilidad, tristeza, nervios, episodios de ansiedad, perdida de memoria.
2	Nervios, episodio de ansiedad (vomita), problemas de sueño.	Alteraciones alimentarias, llanto, tristeza, nervios, perdidas de memoria.
3	Irritabilidad, Alteraciones alimentarias, nervios;	Falta de motivación, engordar

Tabla 3. Resultados. Sintomatología. Fuente: Expedientes

Dentro de las entrevistas personales y el grupo de discusión a todos los y las participantes les resultó especialmente complicado responder a la pregunta: ¿Porqué vienen los chicos o las chicas a este servicio? Dos de las chicas no dieron una respuesta exacta, y el resto de los participantes hablaron de la obligatoriedad; los que llegaron por fiscalía por las autoridades y uno de los chicos, así como la chica que le obligaban sus padres a asistir al recurso. A todos les costó reconocer la situación de riesgo en la que se encuentran; lo que complicaba la posibilidad de verbalizar la sintomatología que, al igual que otras personas de su edad, ellos mismos/as podrían tener.

- *Por la droga esta, Co...droga y por que se discute con los viejos...Yo llegue aquí, por fiscalía de menores...* (Fuente: Entrevista al Chico 2)

En este punto la y el educador aportaron la información necesaria para clarificar y complementar los datos del expediente:



- *...el es tema de la oposición..., salía con un chico neonazi, y se quejaban de una rebeldía increíble, es rígida, es inflexible, y por otro lado se culpabiliza de lo que pasa en su familia...* (Fuente: Entrevista Educadora de la Chica 1)

- *...ahora está convencida de que el instituto la quieren echar que es un complot, que se la quieren quitar de encima, pero claro académicamente no ha hecho nada, y eso ya es responsabilidad suya...sondeando a veces vomita y no es porque se lo produzca si no porque tiene tantos nervios...es una vampiro afectiva.* (Fuente: Entrevista Educadora de la Chica 2)

- *El diagnóstico del psiquiatra era inestabilidad emocional...Había estado ingresada por el trastorno de la conducta alimentaría, la tuvieron que ingresar bastante tiempo, porque no comía, porque vomitaba...* (Fuente: Entrevista Educadora de la Chica 2)

Dentro del grupo de las chicas se presentan síntomas del tono somático, nervios, vómitos, ansiedad. La rebeldía de la chica 1, la lleva a pensamientos culpabilizadores y como afirma la educadora en “días oscuros”

Estas características que presentan las chicas de la muestra la confirmaron en el I Simposium Nacional de adicción de la mujer, celebrado en Madrid en el año 2002 puesto que se han constatado una serie de rasgos de la personalidad diferenciadores sobre todo en lo relativo a la minusvaloración y la depreciación de las capacidades, mayor desvitalización y aparición frecuente de perturbaciones afectivo- emocionales y trastornos depresivos y auto concepto infravalorado (Spiral 2002)

Es representativa a auto acusación y la incapacidad para expresar el enfado y la ira, éstas son las formas tradicionales que cubren la baja auto estima (Pantoja, 2007).

En el caso de los varones el y la profesional nos hablaron de:

*-...estaba rabioso desestructurado...también tenía un consumo de sustancias...violento, agredir a tus padres es algo bastante serio.*  
(Fuente: Entrevista Educadora de la Chico 1)

*- Tiene un conflicto identitario, ¿Si no es macarra que es?, dificultad para controlar los impulsos, polaridad. Este chaval desde muy pequeño tiene una situación familiar muy complicada, hablas con sus padres y no lo parece, pero un perfil de chico de calle, pero cuando relata su historia, sí que ha habido acontecimientos muy duros y que el chaval a vivido como situaciones muy traumáticas.* (Fuente: Entrevista Educador del Chico 2)

- 14 *Pasaba mucho tiempo, muchas horas del día y de la noche...claramente bajo de eso estaba lo relacional...el chat le permite estar relacionado durante todo el tiempo que tu quieras con alguien...en cambio el chat le permite hablar con gente más adulta.* (Fuente: Entrevista Educadora de la Chico 1)

Es importante destacar para comprender las conductas de riesgo hacer referencia al concepto de impulsividad; entendida esta como la ausencia de inhibición conductual, inmediatez, déficit de planeación reflexiva e incapacidad de análisis de las consecuencias de sus actos en el futuro. (Erdoncia y otros, 2006)

Como se advierte en los tres casos anteriores, la característica principal es la falta de control de impulsos. Esta incapacidad está relacionada con la conducta antisocial. Es necesario recordar que dos de los casos de fueron derivados por fiscalía de menores.

En 2007 se registraron 6,500 denuncias en contra de menores recibidas en la Fiscalía de Enero a Septiembre.

Las características individuales relacionadas con conductas antisociales, las han relacionado desde el área de la psicopatología con la falta de auto control,

impulsividad, la búsqueda de excitación, agresividad y baja tolerancia a la frustración (Pantoja, 2005).

En ambos grupos se encuentra una baja tolerancia a la frustración, impulsividad y en todos excepto en un caso, con uso continuo de alguna sustancia legal o ilegal, la incapacidad de análisis de las consecuencias de sus actos y la falta de conciencia de sus problemas. Las diferencias se hacen evidentes al analizar cada caso; algunos puntos en común es la somatización, en el caso de dos chicas y el hincapié en la problemática afectivo- emocional. En el caso de los chicos se trata de un consumo cotidiano y las denuncias policiales en dos casos y en el último del tono más relacional (adicción a Internet).

En éste último caso del chico que fue diagnosticado con una adicción a Internet (Chat), parece que se encuentra más relacionado con; el descuido de la salud, actividad física, evitación de actividades importantes, pérdida de contactos sociales; el doctor Shapira, del Colegio de Medicina de Cincinnatti, lo define como: un desorden de control de impulsos, del tipo cleptómano o el comprador compulsivo. Es imprescindible destacar que no está registrada en ningún órgano oficial de la salud mental como adicción al Internet; sin embargo existen varias personas investigando e intentando integrarle como tal.

### **6.3 Intervención**

Cómo último objetivo que se planteó, fue valorar el tipo de intervención que recibían los y las usuarias del programa de prevención. Tarabidán. La prevención es tema prioritario dentro del Plan Nacional sobre Drogas en España. Sabemos que no es una tarea sencilla; ya que prevenir no es eliminar un problema sino algo más complejo: es ser capaces de anticiparse a su aparición ofreciendo a la vez alternativas positivas y saludables (Acero Achirica, 2004).

La prevención es una acción indispensable para evitar que el consumo de drogas se convierta en un problema social. Para Martín (1995) la prevención de drogodependencias “es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (p. 55).

Puede referirse a reducir el uso de drogas entre personas que aún no las han probado y entre las que ya las han probado. Las actividades de reducción de daños pueden ser vista como una actividad preventiva. Pero también es influir en el área de la política social, por ejemplo: reducir la pobreza. (Becoña, 2002)

Calafat (1995) afirma que la prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población claramente definida. Los programas preventivos para un determinado grupo o población nos permiten conseguir esto.

El grupo GID se ha encargado de hacer evaluaciones como la de 1997 sobre los programas de prevención y en ese momento concluyó que los programas de prevención presentaban los siguientes puntos débiles:

- 1) Una insuficiencia global de recursos y medios.
- 2) Inestabilidad del personal-clave.
- 3) Discontinuidad en las iniciativas.
- 4) Iniciativas basadas en el voluntarismo o en la capacidad de empuje de una sola persona.
- 5) Deficiencias de corte metodológico en las intervenciones que afectan especialmente a su planificación y evaluación final.
- 6) Dificultades de coordinación entre las instituciones.

(Citado por Becoña, 2002)

El programa de prevención del Centro Solidaridad fue al igual evaluado por este grupo en el 2007; culminando el proceso evaluativo en una publicación, Problemas emergentes en jóvenes y adolescentes: Evaluación del plan de prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza.

Arenas y Ramirez se refieren al plan de prevención como: un programa que brinda servicios re-educativos, terapéuticos o habilitadores que conectan eficazmente con auténticas necesidades de un sector de la población, pero desbordan el marco de desarrollo de los servicios públicos actuales (2008)

Los programas de prevención de las drogodependencias y adicciones lo son también de otros problemas, trastornos y enfermedades.

Las siguientes tablas de resultados se exponen en tres fases:

1. Se le pidió al educador o a la educadora de referencia que en una frase constituyera, cómo había llegado el o la chica y cómo se encontraba en ese momento.
2. Se realizó un listado dónde hablará de los objetivos pendientes a trabajar dentro de la intervención
3. Y por último cuáles eran las pautas “claves” que les permitió brindarles un mejor acercamiento a los y las adolescentes.

Diferencias en el tipo de intervención /¿Cómo llegó y cómo se encuentra?		
	<b>Chicas</b>	<b>Chicos</b>
1	Venía completamente desorbitada, venía desalteradísima, atacada de los nervios, al borde de la crisis y ahora está más calmada y más consciente de lo que pasa y más consciente de ella, de cómo se siente, de sus emociones, está muy centrada en la culpabilización.	...estaba rabioso desestructurado...también tenía un consumo de sustancias...violento...había mejorado, cuando estaba en comunidad, ahora mismo se encuentra en una crisis...son demasiado recursos... tiene varios recursos...
2	Creo que sí ha tenido movimientos, pero creo que vino cerrada y sigue cerrada, lo que sí es que está más conciente que necesita, de lo que necesita.	El primer día vino embotado daba la impresión de que estaba brotado, muy embotado anímicamente, ha tenido un cambio muy importante desde este nivel, desde que llegó aquí, no está consumiendo absolutamente nada...
3	...desconfiando totalmente y en mutismo absoluto, miraba y de vez en cuando sonreía. En cuanto como está ahora, pues está más segura de sí misma, más convencida de que tiene una parte sana y que no es una enferma y que es capaz de ir remontando.	Llegó convencido de que era adicto a Internet y ahora que lo que necesita es, ver la motivación de su vida.

Tabla 4. Resultados. Intervención. Fuente: Datos recogidos en las entrevistas a educador/a

En la tabla 4 de resultados, es fundamental resaltar: en el caso del grupo de las chicas las frases son: atacada de los nervios, cerrada, desconfiada cuando se refiera a como llegaron. En lo que respecta a los chicos las palabras

claves son: rabioso, violento, embotado anímicamente (los dos primeros relacionado con el consumo de sustancias) y adicto (Internet).

Como ya se ha mencionado se reafirma que dentro del grupo de las chicas se encuentra una problemática en el área afectiva y en el caso de los chicos se acerca a los problemas conductuales. En el proceso educativo/terapéutico es cuando las diferencias se acentúan, se diversifican forma en que la persona responsable del proceso individual ubica la clave del cambio, es en ese momento donde se plantean objetivos específicos a cambiar.

En la tabla 5 de resultados se muestra que los objetivos están encaminados a los “cambios” de conducta en algunos casos y en otros en ser más conscientes de los problemas a los deben hacer frente.

En cinco de los casos además del proceso individual, formaron parte del grupo para adolescentes; además del acompañamiento a nivel familiar.

Se habla de un proceso educativo /terapéutico entendiendo que este tipo de población necesita hacer cambios de manera paulatina; el eje de la intervención consiste en efectuar un análisis de estos comportamientos en clave evolutiva; es aquí donde el aspecto educativo cobra importancia; es desde un desarrollo formativo para alcanzar autonomía y madurez.

Tomando así a este proceso como un medio para conseguir transformaciones culturales y sociales en el grado e intensidad que las diversas circunstancias que las condicionan lo permitan y las hagan viables. (Programa Norbera, 2006)

## Diferencias en el tipo de intervención /Objetivos a trabajar

	<b>Chicas</b>	<b>Chicos</b>
1	<p>... centrándonos más en ella, en el tema de la sexualidad sí que nos vamos a meter un poco allí, a ver que pasa, que dudas tiene y vamos a hablar a nivel personal para que por lo menos ella, se sienta más segura y también encuentre ese equilibrio que buscaba...</p>	<p>Manteniendo la referencia con el servicio para que se quede con el apoyo de manera ambulatorio...ahora sensación de cuando pasara a un piso lo teníamos que apoyar más... y está muy desbordado...esta obligado por fiscalía hasta septiembre... hay varios datos que dice que esta en un momento delicado...</p>
2	<p>Que termine de tomar conciencia de su parte de responsabilidad de todo lo que está viviendo para que deje ese papel de víctima y que vea en que tiene dificultad y en que no, que hay partes de su vida que no va a poder cambiar...mi objetivo también es encaminarla a otras cosas, que conozca un recurso, cuando esté más estabilizada, vincular con gente...También de apoyo, porque ahora está sin ir a clases, parece que la van a readmitir...</p>	<p>Serían mantenernos en lo que respecta al consumo, me parece importante, intentar normalizar la parte escolar, intentar darle un cierto soporte de cierta estabilidad familiar, con su padre y con su madre y trabajar el ocio y tiempo libre, para cambiar su red social.</p>
3	<p>Es reforzar lo que adquirido ya, esa seguridad de la que hablamos, de la que ella ha puesto en juego, esas herramientas de la actividad de no gritar, las está llevando a cabo, lo que es ahora es acompañarla, es hacerle de colchón, cuando flojea, además las citas se están distanciando cada dos semanas, para que ella se de ese margen hasta final de curso y vea ese logro que se ha propuesto de terminar un poco el curso y sentirse capaz de re hacer un poco la cosas desde otro punto, ahora es apoyo desde ese seguimiento de cerca y colchón en los momentos.</p>	<p>Nuestro objetivo es trabajar con la madre y que él vaya evolucionando para hacer los cambios...ya que ahora sabe donde quiere llegar...</p>

Tabla 5. Resultados. Intervención. Fuente: Datos recogidos en las entrevistas a educador/a

En la tabla 6 de los resultados se muestran las pautas “claves” que han potenciado el cambio dentro del proceso. Es evidente que la confianza y la confidencialidad son fundamentales en cualquier tratamiento terapéutico. En el caso de la educadora y el educador que eran responsables; hacían referencia a que las herramientas con las que contaban las adaptaban en cada caso.



*En cuanto a modelos de intervención sí que es algo ecléctico, ciertamente bebemos de muchísimas fuentes no desde lo que cada profesional plantea si no lo que, y lo que es propiamente del proyecto hombre sí que hay una herencia, también existen connotaciones de la resiliencia, se está basando en las posibilidades de las personas tienen sus recursos para salir, así que a partir de ese marco sí que bebe de diferentes modelos, con los chavales se trabaja la prevención o a reeducación de habilidades, depende mucho en lo concreto de la persona que tienes delante de lo que trae y también de lo que cada compañero maneja, yo personalmente, con ninguno, no existen dos personas que utilicen el mismo modelo... (Fuente: Entrevista Educadora)*

El educador también habla del auto crítica como parte fundamental para promover los cambios en los demás pero también dentro del servicio.

*Lo importante es que no adecuamos a las personas a nuestro modelo, si no que nos ajustamos a lo que vienen delante y esto supone un reto, de revisar al otro y revisarte tú, en lo que puedes y en lo que no puedes, hay una lectura, de que cuando algo no está funcionando no es lo que el otro este haciendo mal, es que puedo hacer yo para poder corregir esto, ese componente de humildad hace que estemos en una postura de ayuda y servicio más valora que los cambios. (Fuente: Entrevista del Educador)*

Lo que más valoran las chicas es el respeto a su espacio, que les brinden la oportunidad de expresarse a su ritmo, la libertad de que ellas vayan marcando la pauta de los cambios. En el caso de los chicos y de las

circunstancias en las que se encuentran, dan como resultado, una intervención donde la frontera de los límites debe ser más clara y firme.

En ambos grupos se hace una labor de “quitar etiquetas”: de enfermo, de macarra, de mala estudiante. Es como lo representan en el caso de la chica 3 :

*...fue quitarse la mochila de enferma y llenarla con otras cosas que realmente le ayudasen a afrontarlo (Fuente: Entrevista de la Educadora de la chica 3)*

Diferencias en el tipo de intervención /Especificaciones	
Chicas	Chicos
1	
<p>...yo creo que desde el principio se sentía respetada en eso y hemos llevado, eso que ha dado mucha información está chica, hemos llevado un proceso muy suave, enseguida se ha sentido cómoda y es una clave, sí la clave fue respetar y no hacer un interrogatorio cada vez que entraba por la puerta...</p>	<p>En comunidad ha sido un recurso que le ayudado la dinámica, estaba muy sujeto... en este recurso ha estado bien, siente que le hemos ayudado... hay una tendencia a unas relaciones...estamos 5 recursos y se encuentra frito, es un reto a nivel de recursos, como hacer para no dejarlo solo...</p>
2	
<p>...está chica es una pasada por edad de la gente que he llevado, yo creo que es la que más recursos tiene por edad, los más desarrollados pero en este momento no los está utilizando para su beneficio, más bien los tiene enquistados, es un reto con esta chica, es te enseñó un poco y luego tapo otra vez...es una vampiro afectiva...Lo peligroso con ella es que se enganche mucho y que cree dependencia al recurso.</p>	<p>Creo que está acostumbrado a profesionales y que estos le devuelvan un discurso muy sancionador, esto está bien o esto está mal, simplemente muy conductista, esto va a ser está sanción, en otro espacio y que sea capaz, lo que recibe sea otra cosa, que se le esta dando otra manera de pensar y de resolver otros asuntos, este es un espacio que le podemos ayudar desde otro punto de vista, se está haciendo un buen trabajo con el desde allí. No estamos ni de parte de su madre, ni padre, esa es una buena clave, que no le juzgamos.</p>
3	
<p>A partir de allí fue quitarse la mochila de enferma y llenarla con otras cosas que realmente le ayudasen a afrontarlo, así que... lo usaba muy gráfico con ella, al principio sí que no se manejaba nada, no hablaba nada, quedaban dudas de que a nivel racional que pasaba con esta chica, todo lo trabajábamos con las metáforas.</p>	<p>...externalización del problema, lo tiene dibujado y que marca las veces que ha vencido el fantasma...el tiene claro donde llegar, pero no sabe cómo, el avance es poco a poco, tenemos una pirámide para ver gráficamente paso por paso... ha trabajado tanto, pero tan rápido, pero no en el comportamiento...</p>

Tabla 6. Resultados. Intervención. Fuente: Datos recogidos en las entrevistas a educador/a

## 6.4 Género

Existe un cuarto punto, que une y entrelaza los objetivos planteados dentro de este trabajo, la perspectiva de género

Cuando se habla de género dentro de esta investigación nos referimos a una posición social, cultural, educativa; donde el papel de las chicas y las profesionales juegan un papel fundamental; no solo para hacer análisis del aumento de consumo de drogas y de la equiparación en los problemas de conducta añadidos. Como afirma Carmen Meneses en su artículo: *es en el contexto sociocultural, desde mi punto de vista donde se encuentran muchas de las diferencias de género sobre los usos de drogas...*(2006, pp. )

Al hablar de género no estamos hablando solo de las diferencias en los estilos de consumo de hombres y mujeres, dentro de este apartado no se pretende hacer un análisis de las estadísticas diferenciadas por sexo; se pretende ir a las motivaciones, las sensaciones, los pensamientos que influyen en el comportamiento de las personas involucradas dentro de este estudio.

Los datos que publica la ONU en el 2005 nos hace referencia a que la mayoría de los planes de prevención no considera al género como un factor importante, no incluyen dentro de sus programas a la perspectiva de género, en ninguna de sus actuaciones: valoración, diagnóstico e intervención.

Gracias a la ley de Igualdad implantada en España (BOE, 2007) se han generado reflexiones referente a todo lo relacionado con la perspectiva de género en todas las áreas. Sin embargo, aún no se han implementado de manera práctica programas necesarios para poder mirar con otro prisma un tema que toca a todas las personas.

El plan de prevención no cuenta con ningún programa específico, ni tampoco se ha tocado como un objetivo como tal. La y el educador cuando hablaban de este tema se referían como:

- *Sí alguna publicación he visto o algunos estudios... la incidencia que es de 30 a 70 (porcentaje)... más que estudios y eso es la constatación de la experiencia, en torno al día a día... Yo creo que sí lo tenemos en cuenta y que contéplanos... de una manera implícita. Por ejemplo cuando unos 3 chavales que han tenido relaciones sexuales con chicas y hablamos de cómo lo ha vivido él, pero también ella, de cómo lo ha vivido, yo creo que sí la contemplamos no solo la parte de él. (Fuente: Entrevista del Educador/a)*
- *Sí el libro que me enseñaste el otro día, es la única información que tengo respecto a la perspectiva de género...creo que todavía no estamos listos para hacer ese tipo de trabajo, respecto a la perspectiva de género, aún existen algunas limitaciones en la forma de pensar en los profesionales respecto algunas áreas. (Fuente: Entrevista del Educador/a)*

Como se había citado los servicios suelen tener en cuenta las diferencias sexuales, por ejemplo en los porcentajes de las chicas a diferencia de los chicos respecto a la asistencia en los programas o al tipo de consumo que presentan, sin embargo, no existe ningún programa explícito dentro del Plan de Prevención, ni tampoco es una variable que los y las profesionales discutan dentro de la elaboración de estrategias dentro de las intervenciones. Se hace mención de las diferencias sexuales y se atienden éstas asignando a

los y las adolescentes dependiendo del sexo del o la educadora de referencia que le asignen.

Respecto a los estereotipos de género se habla de en el caso del educador:

1. *..sobre todo los adultos es valorado de manera distinta ...que la sanción social de las mismas conductas disruptivas de los adultos de los comportamientos de los adolescentes tienen una mayor sanción social si es chica que sí es chico. Las nuevas generaciones dirían que no importa que sea chica o chico pero sí que me consta que no lo viven igual, no se ve igual un chico borracho que una chica borracha, la propia imagen, la propia representación es mucho más negativa de chica que de chico y la atribución moral que se le hace, a una chica se le considera una perdida una tirada una puta, una no sé que y sin embargo un chico pues fijate no sé que, se le atribuyen valores de la hombría, la capacidad de tolerancia, que es cuanto has acostumbrado al organismo a una sustancia, se asocia que es para aguantar como un valor positivo...*
2. *... muchas ocasiones ellas se inician por que quieren entender, el consumo de los chicos tiene que ver con más un entorno de amigos, colegas, yo asocio más el consumo de chicos más de grupo, no de chicas y probablemente las chicas...asociado con el consumo de la pareja*
3. *El grado de deterioro es mayor en las chicas, no solo por el consumo si no por más desordenes, por ejemplo de alimentación y eso con los chicos no se le hace. Es más probable que llegue un chico al servicio que a una chica, por el tipo de atribución que se hace, el etiquetaje al venir a este tipo de servicio la posiciona en peor lugar moralmente y socialmente*

El educador habla de tres puntos distintos e importantes, la sanción moral, la influencia que tiene un chico consumidor en su pareja (chica) como un factor importante en la dependencia de las sustancias en las chicas y el deterioro en el que llegan a los servicios de atención las mujeres.

Es interesante rescatar estos puntos ya que aunque no existe ningún punto específico dentro del trabajo o de la metodología del centro, es capaz de ver ciertos puntos, sin embargo en el discurso no existe ninguna base teórica y ninguna profundización sobre los estereotipos tradicionales.

En el caso de la educadora:

1. *...como se posicionan las familias frente a un adolescente chica a un adolescente chico, no tiene nada que ver, no hay color ni de la preocupación, ni de cómo se interviene, ni de las cosas que se dan por supuestas. Hay más permisividad con los chicos adolescentes, está más interiorizado que pueden hacer más locuras, entonces yo creo que no se posicionan para nada igual, las familias, para nada y luego los riesgos asociados al tema de abusos o de embarazos, entonces hay un componente extra de riesgo.*
2. *...si que a nivel madurativo, racional existen diferencias, si que se nota y es difícil diferenciar lo que es cultural de lo que es biológico y eso también a mi me es un poco complicado y es que también están los estereotipos también, creo que es complicado. Pero si que es cierto que con chavales de 14 no han tenido relaciones y que las chicas a esa edad la mayoría han tenido relaciones, con la misma edad.*
3. *Uno es el biológico y en el sociocultural, aunque se empeñan en, ahora los comportamientos no son tan distintos, por lo que yo estoy viendo aquí, las conductas de riesgo son muy parecidas, en cuanto sería el comportamiento de las peleas o el consumo, eso es lo mismo, el ambiente es el mismo, pero sí que hay un componente biológico y sociocultural que marca. Simplemente en lo que respecta al embarazo, pues años luz...*

En el caso de la educadora habla de la maduración psicológica, de las diferencias sexuales y la forma en que las familias reaccionan ante las conductas de chicas y chicos. En el caso de ella presenta ideas confusas sobre las diferencias sexuales y las socioculturales, es más sensible a la biología y ante las respuestas de los otros. De manera individual consideran que dentro de su trabajo se toman en cuenta la perspectiva de género, es cada uno de los

profesionales los que marcan la pauta y hacen sus propias reflexiones al respecto.

Ideas sobre las diferencias entre chicas y chico. Tabla de varones

	1	2	3
<b>Edad</b>	16 años	14 años	14 años
<b>¿Crees que las chicas y los chicos vienen por las mismas razones? Las chicas vienen por... Los chicos vienen por...</b>	Yo pienso que la mayoría vienen por obligación y alguno que otro por el mismo...Pues por fiscalía, juzgados y todo eso. O porque sus padres, les han dicho ven aquí...Sí pueden venir por las mismas razones...Yo creo que por que los padres están siempre chillando entre ellos siempre, otras cosas y terminas aquí.	Por la droga y porque discuten con los viejos y cosas de esas...Por cosas distintas...por alcohol y todo eso también puede ser y por movidas de esas malas. O por depresiones y cosas.	Ni idea, no sé porque vienen por aquí...
<b>¿Crees que se les ve igual a los chicos y a las chicas que fuman, van de botellón y eso?</b>		...por la droga, por la anorexia esa, por cosas de esas, movidas, Co.  Los porros  Yo veo que está de botellón, drogada y eso. Yo que se, Co, me mola más, ¿Sabes?... Movidas mías, no me hagas caso...Hombre depende de que chica...Sí tienes una amiga y la quieres mucho y no quieres que se meta, ni nada de eso, no quieres que lleve mala vida, le dices que no beba y yo que sé.	Los chicos y chicas van de botellón y eso porque se aburren, porque todo el mundo lo hace...creo que es igual, tanto los chicos como las chicas.
<b>¿Crees que se les ve igual a los hombres y a las mujeres con consumo crónico de cualquier sustancia?</b>	Se les ve peor a una mujer. Es que a los chicos los ves muy chupados y no pasa nada, pero ves a una mujer muy chupada...Pueden juzgar más o menos todo depende de la persona que juzgue...Tengo amigas que se ven desgastadas y no las juzgo porque son mis amigas...Yo creo que los dos son igual de mal vistos, es un problema para los dos.	Se les ve igual, porque si ves a un junky diciendo ¿Qué pasa? O ves a una mujer, que... eso me pasa a mí? Se les ve igual, ¿sabes? Hombre y mujer se les ve igual.	Yo creo que los ven como enfermos. Qué tienen una enfermedad como si fuera otra enfermedad...Yo creo que se les ve por igual



Qué las mujeres quieren trabajar en lo mismo que los hombres. Que ahora mismo está currando más un hombre que una mujer por ejemplo, cobra mucho más un hombre que una mujer, es eso lo que he oído... Yo creo que las mujeres también maltratan a los hombres, ¿Por qué no?, a lo mejor, por ejemplo cuando una mujer mata o lo maltrata a un hombre, en la tele muy pocas veces se ve... O sea tu por ejemplo, tú o tu marido, bueno lo maltratas todo el día, lo insultas y le pegas y un día tu marido salta y te corta el cuello, de ¿Quién es la culpa?... Tuya, tuya por que le estas jodiendo la cabeza y hasta que una persona se cansa.

Sí me pegas por allí y me dices jilipollas, y así, yo al final salto y salto de malas maneras... Al igual manera que piden las mujeres la igualdad para unas cosas, debería pedir los hombres para otras, como la violencia doméstica.

**¿Qué piensas de la ley de igualdad?**

---

Por que seas hombre o mujer, debemos ser iguales. Los mismos sueldos y todo... las mujeres valen como los hombres. ¿Sabes?, supongo... Espera que piense, Co. Igual yo que sé, una mujer de bombero, yo que sé que tiene que estar fuerte y todo eso, no la veo, ¿sabes? Las mujeres pueden tener trabajos que los hombres no puedan, ¿Sabes?, no sé..., bueno aunque también algunas mujeres son más fuertes

Sí porque igual puede estar cuidando la familia, el hombre que la mujer, sí que deberían poder cobrar lo mismo.

<b>Ideas sobre las diferencias entre chicas y chico. Tabla de mujeres</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Edad</b>	14	14	16
<b>¿Crees que las chicas y los chicos vienen por las mismas razones?</b>	Porque las traen sus padres, por problemas, no lo sé	Porque te manda el orientador, Familiar, en casa, en el instituto, en la calle	No lo sé
<b>Las chicas vienen por...</b>	Son diferentes, porque no suelen tener los mismos problemas con la familia	Algunos más, es que es diferente, es que es según como sean los padres	
<b>Los chicos vienen por...</b>			
<b>¿Crees que se les ve igual a los chicos y a las chicas que fuman, van de botellón y eso?</b>	Se le ve igual	Igual	Lo mismo que ella
<b>¿Crees que se les ve igual a los hombres y a las mujeres con consumo crónico de cualquier sustancia?</b>	Igual...A lo mejor a los 35 se le ve peor a la mujer, pero ahora, se les ve igual...Claro, deberían estar, no sé, con su familia, con sus hijos, no sé digo yo...Sí tienes un hijo lo tienes que cuidar, no lo puedes dejar en la puerta de casa	Igual, los hombres también deberían dedicarse a la familia...Es que los hombres también tienen que ser responsables, aunque sean tontos perdidos, también deben ser responsables	Igual...(risas mientras las otras hablan)
<b>¿Qué piensas de la ley de igualdad?</b>		Que se la pasan por los cojones...Es que hacen las cosas mal, para que lo hagamos nosotras	Sí antes eran así, por una ley no van a cambiar

En las dos tablas anteriores son perceptibles las diferencias respecto a la información que dan unas y otros, esto se puede deber a una limitación dentro de la investigación, puesto que los varones fueron entrevistados de manera individual por la falta de tiempo disponible para reunir al grupo, además de que en el caso de los chicos 1 y 2 se abrieron rápidamente al diálogo; las chicas fueron más concretas en sus respuestas y en el caso del chico 3 y la chica 3 se mostraron más tímidos y se limitaban a asentir con la cabeza o no responder; está limitante se debe tomar en cuenta en futuras investigaciones y hacer balance de la importancia de promover mayor número de entrevistas y/o grupos de discusión;

así como también las limitaciones que las personas que investigan pueden presentar por no ser un miembro habitual de el contexto de las personas.

En el caso de la primera pregunta: ¿Crees que las chicas y los chicos vienen por las mismas razones al centro?, ambos grupos hablan de sus propias experiencias, en la de los chicos por la obligación de fiscalía y en el caso de las chicas por sus problemas de comportamiento y familiares. Se les dificulta hacer un análisis respecto al otro sexo, parece que tienen dificultades para ponerse en el lugar de los demás y poder expresar alguna idea o experiencia, este punto se volverá a tocar en la última pregunta. Otra observación es la falta de información o formación al respecto y /o la incapacidad de nombrar o mencionar los conflictos que ve y vive como parte de su proceso terapéutico/ educativo personal (Díaz Aguado, 2006)

En ambos grupos se presentan dos posturas por un lado se ven a si mismos y mismas “iguales”, con la capacidad de consumir drogas, de presentar los mismos comportamientos y actividades en el tiempo libre. Sin embargo, esta libertad de la que hablan ambos grupos, presenta fecha de caducidad, puesto que las chicas cuando son mayores, deben comportarse de otra manera, por razones diversas, por que deben ser Madres y/o porque simplemente ellos pueden ser “tontos” siempre, como menciona una de las chicas. En el caso de los chicos se limitan a hablar de las diferencias o igualdades respecto a la forma que se “mira” a la mujer drogodependiente; sin embargo, su discurso sobre la igualdad dista de ser interiorizado y se limitan a observar las diferencias de empleo o de status económico, parece una postura políticamente correcta.

Finalmente es importante señalar que dos de los chicos hacen referencia a dos puntos. Uno de ellos a que las chicas que “molan” son las que son menos “estrechas” haciendo alusión a la sexualidad y la problemática social que se enfrentan estas adolescentes, por un lado pueden vivir con “libertad” como los chicos, pero esto tiene un peso social el de ser o no ser “estrechas”, el de molar o no molar según para que, este comentario puede que contribuya a la crítica de la forma en que se usa el lenguaje y las personas que se dedican a la investigación aporten los procesos, las explicaciones y las aportaciones necesarias que ayuden a comprender a todos cuando se habla de *promiscuidad* y el uso de las drogas en mujeres y adolescentes.

Otro de los discursos que es importante analizar es el de la violencia, dentro de este estudio de casos no se puede presentar como significativo, sin embargo, de manera simbólica, se registra un discurso violento respecto a las mujeres, y a otras personas, es un llamado para seguir trabajando en la formación, en los estereotipos y la capacidad de los seres humanos para ponerse en el lugar de la otra persona.

Como afirma Díaz Aguado en su artículo:

La representación que una persona o un grupo tiene de sus posibles víctimas, desempeña un decisivo papel en el riesgo de ejercer la violencia. El individuo violento suele creer que su violencia está justificada o inevitable, y se conceptualiza a sí mismo cuando la utiliza como un héroe y a la víctima como un ser despreciable, inhibiendo la empatía. Así es más fácil emplear la violencia. La representación de una persona o un colectivo como inferior o como enemigo está estrechamente relacionada con su posible victimización. En función de lo cual no resulta sorprendente que la

violencia que sufren algunas mujeres por el hecho de serlo esté estrechamente relacionada con los estereotipos sexistas (2006, pp.)

## **7. Conclusiones**

Este último apartado pretende responder una a uno a los objetivos específicos que se plantearon dentro de la investigación.

### ***7.1 Motivo de Consulta***

El primer objetivo específico que se planteó en la investigación fue el de explorar, y averiguar si existían diferencias entre chicos y chicas respecto a las razones, motivos por los cuales asistían al servicio; en los expedientes todos/as coincidían en: los problemas de comportamiento. Por lo que no existen diferencias entre cada grupo de casos, tanto las chicas como los chicos llegan al servicio con situaciones conflictivas en diferentes áreas; existen dos que parecen ser el detonante, el bajo rendimiento escolar (que en estos casos todas y todos presentan) Y en el caso de dos chicos la orden desde fiscalía de menores de que asistieran a un tratamiento.

Por los datos recogidos observamos que las conductas agresivas y violentas a lo que los chicos tienden, suelen tener consecuencias legales. Mientras que los conflictos de las chicas se quedan en el ámbito familiar. En el artículo de Nuria Romo Tecno y Baile Mitos y realidades de las diferencias de género (2004), confirma que en la realidad juvenil existe una división mucho más clara en torno a los roles de género, quizás establecida y no reconocida; como características principales de los varones, asociadas a la violencia, al control y a situaciones de poder.

Por lo que aunque en ambos grupos se presenten los *Problemas de conducta* como el primer motivo de consulta; las chicas llegan a través de su familia, éstas pueden presentar un comportamiento agresivo hacia ellos, sin embargo los chicos con serios problemas sociales a los que no han llegado los casos de las chicas.

Todos los casos de la muestra asisten con la madre o el padre, siendo la primera, la que generalmente se mantiene dentro del tratamiento, como en el caso de una chica y un chico.

## **7.2 Sintomatología**

En lo referente a la sintomatología los datos obtenidos revelan que las diferencias que se presentan son de tono conductual. Siendo la impulsividad una característica que todos los casos presentan, sin embargo son distintas las consecuencias para cada grupo.

En los casos de las chicas se queda contenida en la familia, en el mundo de lo privado; dentro del discurso de ellas describen claramente que en el momento que están viviendo pueden tener los “mismos comportamientos” que sus compañeros, sin embargo, perciben que su conducta tiene “fecha de caducidad”, está condicionada a un status de de “futura madre” o como ellas mismas los dicen *“ellos pueden ser tontos siempre, nosotras no”*.

En lo referente a los varones se les dificulta, poner algún límite a su comportamiento. En todos los casos de los varones presentan una pobre conciencia del conflicto, se ven obligados a asistir al servicio, por la justicia o por la necesidad de algo (en el caso del uso excesivo de internet).

Las chicas, sin embargo, parece que se sumergen en el tratamiento más en un búsqueda de respuestas personales, excepto en una que se resiste al cambio.

En el chico con la “adicción a Internet”, los mismos profesionales hablan sobre sus problemas de conducta y de adaptación social como la raíz de su síntomas, se muestran aún escépticos a este término.

Los dos grupos se muestran abiertos a vivir y a probar diferentes experiencias, que les aporten vivencias nuevas, ambos grupos presentan un bajo rendimiento escolar y una gran desmotivación a su futuro profesional y laboral. Centran en el presente objetivos y metas, sin mirar el futuro.

La familia es un factor clave como lo hemos dicho con anterioridad en ambos grupos se presentan graves problemas de comunicación entre hijas e hijos y sus padres y madres. En esta investigación no se profundizó especialmente en las situaciones de las familias, sin embargo cabe destacar que por lo menos dos de los casos, presentan una familia con serios problemas agresiones y algún tipo de adicción por parte de algún progenitor. También es importante destacar que la mitad de la muestra tiene a sus padres separados o divorciados; esta situación es motivo de discusiones y es favorable para mantener la falta de límites en alguno de los casos, los adolescentes deben pasar mucho tiempo solos o solas.

El tiempo libre que tienen estas chicas y chicos se incrementa por los conflictos escolares y en algunos casos el grave absentismo y/o deserción escolar, en uno de los casos en especial sus problemas en la escuela no tenía que ver con las notas, si no como una muestra de rebeldía, pasaba horas frente al televisor o jugando o chateando. Todos presentan graves conflictos en lo referente al ocio, puesto que no llevan un ocio sano, es durante este tiempo cuando se meten en "líos".

Dentro del grupo de las chicas se presentan síntomas del tono somático, nervios, vómitos, ansiedad. En uno de los casos lleva a pensamientos a "días oscuros" como describe una de las chicas, los pensamientos culpabilizadores la acompañan. En los casos de las chicas son características importantes la auto



acusación y la incapacidad para expresar el enfado y la ira, éstas son las formas tradicionales que cubren la baja auto estima (Pantoja, 2007).

### **7.3Intervención**

El tercer objetivo que se planteó fue el tipo de intervención que reciben en el Plan de Intervención estos chicos y chicas

En el proceso educativo/terapéutico es cuando las diferencias se acentúan, se diversifican forma en que la persona responsable del proceso individual ubica la clave del cambio, es en ese momento donde se plantean objetivos específicos a cambiar.

Se habla de un proceso educativo /terapéutico entendiendo que este tipo de población necesita hacer cambios de manera paulatina; el eje de la intervención consiste en efectuar un análisis de estos comportamientos en clave evolutiva; es aquí donde el aspecto educativo cobra importancia; es desde un desarrollo formativo para alcanzar autonomía y madurez.

Las pautas “claves” que han potenciado el cambio dentro del proceso, son una de las cuñas del tratamiento. Es evidente que la confianza y la confidencialidad son fundamentales en cualquier tratamiento.

En el caso de la educadora y el educador que eran responsables; hacían referencia a que las herramientas con las que contaban las adaptaban en cada caso.

Lo que más valoran las chicas es el respeto a su espacio, que les brinden la oportunidad de expresarse a su ritmo, la libertad de que ellas vayan marcando la

pauta de los cambios. En el caso de los chicos y de las circunstancias en las que se encuentran, dan como resultado, una intervención donde la frontera de los límites debe ser más clara y firme; lo que es crucial en el tratamiento.

En ambos grupos se hace una labor de “quitar etiquetas”: de enfermo, de macarra, de mala estudiante, ya que en este tipo de población y de circunstancias son personas que han sido etiquetadas de múltiples maneras.

Dentro de este punto es fundamental destacar que los estereotipos juegan un papel predominante, por ejemplo uno de los chicos se refiere a “estrecha” a una de las chicas dependiendo de la disponibilidad que tenga. En el caso de las chicas, ellos son “guarros” porque no hacen nada en casa y todo lo hacen mal. Este puede ser un punto de inflexión que los educadores parece no haber explorado, dentro de los grupos de usuarias y usuarios, así como también del mismo equipo educativo.

## **7.4 Género**

Se ha pretendido que la presente investigación tenga como eje transversal la perspectiva de género, ya que se ha intentado ir más allá de las diferencias respecto al sexo, dando algunas pinceladas describir la forma en que son tocadas y tocados las chicas y los chicos de la investigación según su sexo y la manera en que la sociedad interpreta su biología, les exige y les educa.

Un elemento importante a destacar es que el plan de prevención no cuenta con ningún objetivo específico dentro de las intervenciones individuales, familiares o grupales dentro del cual incluyan la perspectiva de género.

Como se había citado los servicios suelen tener en cuenta las diferencias sexuales, por ejemplo en los porcentajes de las chicas a diferencia de los chicos respecto a la asistencia en los programas o al tipo de consumo que presentan, sin embargo, no existe ningún programa explícito dentro del Plan de Prevención, ni tampoco es una variable que los y las profesionales discutan dentro de la elaboración de estrategias dentro de las intervenciones. Se hace mención de las diferencias sexuales y se atienden éstas asignando a los y las adolescentes dependiendo del sexo del o la educadora de referencia que le asignen.

Los profesionales que participaron en la investigación hablaron de su perspectiva personal:

En el caso del educador habla de tres puntos distintos e importantes:

- la sanción moral a la que las chicas se ven expuestas dependiendo del consumo de su comportamiento
- la influencia que tiene un chico consumidor en su pareja (chica) como un factor importante en la dependencia de las sustancias en las chicas
- el deterioro en el que llegan a los servicios de atención las mujeres.

Es interesante rescatar estos puntos ya que aunque no existe ningún punto específico dentro del trabajo o de la metodología del centro, el educador de manera intuitiva y práctica hace un análisis de la situación, sin embargo en el discurso no existe ninguna base teórica y ninguna profundización sobre los estereotipos tradicionales. Esto puede propiciar confusión y desorganización es una postura ambigua, además de que se dejan a un lado otros estereotipos, valores que deberían al igual ser tomados en cuenta.

En el caso de la educadora habla de la maduración psicológica que cada uno presenta, de las diferencias sexuales en los comportamientos y es consciente de las diferencias en la forma en que las familias reaccionan ante las conductas de las chicas y chicos.

Ella es más sensible a la biología y ante las respuestas de los otros. De manera individual considera que toma en cuenta la perspectiva de género. Y la responsabilidad de cada uno de los profesionales, para marcar la pauta y hacer sus propias reflexiones al respecto. Describe no estar muy segura de lograr está reflexión de manera grupal.

Respecto al discurso de los seis casos analizados caben destacar las siguientes ideas:

- Se les dificulta hacer un análisis respecto al otro sexo, parece que tienen dificultades para ponerse en el lugar de los demás y poder expresar alguna idea o experiencia.
- En ambos grupos se presentan dos posturas por un lado se ven a sí mismos y mismas “iguales”, con la capacidad de consumir drogas, de presentar los mismos comportamientos y actividades en el tiempo libre. Sin embargo, esta libertad de la que hablan ambos grupos, presentan diversas consecuencias para ambos. Para ellos conflictos con las autoridades (familiares, judiciales) y para ellas además de conflictos con las autoridades, una sanción moral a la que se deben de enfrentar en todos los ambientes en los que se encuentran, por lo que sí quieren “encajar” nuevamente deben dejar a un lado este tipo de comportamientos y así poderse convertir en “una madre” o “esposa”
- El lenguaje es la forma en que se perpetúan los estereotipos, es por eso que se debe tener cuidado en las expresiones que se utilizan, es uno de los elementos que podrían tomarse en cuenta dentro de las intervenciones, a nivel educativo, al igual un referente para poder modificar el discurso, de “enfermos”, “estrechas” o “guarros”
- Otro de los discursos que es importante analizar es el de la violencia, dentro de este estudio de casos no se puede presentar como significativo, sin embargo, de manera simbólica, se registra un discurso violento respecto a las mujeres, y a otras personas, es un llamado para seguir trabajando en la formación, en los estereotipos y la capacidad de los seres humanos para ponerse en el lugar de la otra persona.

Finalmente es fundamental destacar las limitaciones de la presente investigación, puesto que es un estudio de casos en un lugar concreto no es representativo.

Una limitación específica de este trabajo fue el poco tiempo disponible que se mantuvo con los chicos y las, se realizaron tres entrevistas individuales con los chicos y un grupo de discusión con las chicas. Lo que limitó la recogida de información

Los padres y las madres no se encuentran cercanos a estas actividades por lo que se mostraron reticentes, se enviaron varias invitaciones y solo estos 3 chicos y chicas respondieron y aceptaron entrar en la investigación.

Se realizaron varias entrevistas a los educadores de referencias de los y las usuarias, estos se mostraron cooperadores e interesados en la investigación. Se mostraron abiertos ante el tema “género” la información y formación respecto al tema era escasa, en ambos casos estaban abiertos a sugerencias y a plantearse nuevos planteamientos de trabajo a raíz de las entrevistas.

Al final del recorrido del presente trabajo a través de la revisión bibliográfica de la situación en la que se encuentra la población adolescente, el momento en que se halla el trabajo en prevención, conocer el contexto en el que se ha realizado el trabajo de campo y profundizar a través de la perspectiva de género por la historia de la mujer y las drogas.

Se pretende que las conclusiones aportadas después del análisis de la información y los resultados con los chicos y las chicas de la investigación puedan ayudar a brindar una mejor comprensión y así lograr visibilizar, como es que los

estereotipos de género se encuentran relacionados con los conflictos que los y las adolescentes presentan; esto podría abrir una puerta, un nuevo camino dentro de los objetivos y planes de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACERO ACHIRICA, A. (2004) *Guía práctica para una prevención eficaz*. Asociación de Técnicos para el desarrollo de programas sociales. ADI. Madrid
- ALONSO SANZ C., SALVADOR LLIVINA T., SUELVES JOANXICH J. M., JIMÉNEZ GARCÍA-PASCUAL J. M. y MARTÍNEZ HIGUERAS I. (2004). *Prevención de la A a la Z: Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. *Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud*. CIRSA. España
- ARENAS, C. (2003). *Trabajo en red y gestión de riesgos en el ocio juvenil*. GID. Madrid.
- ARENAS, C. y RAMÍREZ DE ARELLANO, A. (2008) *Problemas emergentes en Jóvenes y adolescentes: Evaluación del plan de prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza*. Ibercaja. Zaragoza
- BECOÑA, E. (1999) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. *Plan Nacional sobre Drogas*. España
- BECOÑA, E. (2002) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid
- BOBES J, SÁIZ P. A. (2003) *Monografía Drogas de Uso Recreativo*. Adicciones, vol.15, suplemento 2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- BRONFENBRENNER, U. (2002) *La ecología del desarrollo humano*. Paidós, Barcelona.

- BURKHART G. & MATT B. (2003) Community-based drug prevention programmes from EDDRA. [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)
- COMAS, D (2001): La representación social del fin de semana de los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*. Nº 54. Madrid.
- COMAS, D. (2003). Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. INJUVE. FAD. Madrid
- COMAS D. (2004), Los adolescentes en Hirsuta: Resultados de una evaluación, Vitoria, Gobierno.
- ELZO, J. (2005). El grito de los adolescentes. *Congreso Ser Adolescente Hoy*. Madrid
- ESCOHOTADO A. (2005). *Historial Elemental de las Drogas*. Anagrama. Barcelona
- FROMA WALSH (2004). *Resiliencia familiar*. Amorrortu. Buenos Aires
- FERNÁNDEZ HERMIDA, J. Y SECADES VILLA, R. (2000) Intervención familiar en la Prevención de las Drogodependencias. Ministerio de Interior. Plan Nacional sobre Drogas
- GONZÁLEZ MENÉNDEZ A., FERNÁNDEZ HERMIDA J. y SECADES VILLA R. (2004) Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. *Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias*. Graficas Apel. Gijón
- GARCÍA- MINA, A., CARRASCO, M. (2006). Diferencias de género en el uso de las drogas (Eds). Universidad Pontificia de Comillas. Madrid Norbera: Programa de apoyo a adolescentes. Memoria 2006. Fundación IZAN
- KASDIN, A. BULEA, G. (1999) *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Ediciones Pirámide. Madrid
- MARINA, J. (2005) La adolescencia como producto diseñado por el mundo adulto. Congreso Ser Adolescente Hoy. FAD. Madrid



- MARTÍN SERRANO, M. (2005) Adolescencia producida y adolescencia vivida. Conferencia del Congreso Ser Adolescente Hoy. *Fundación de ayuda contra la Drogadicción*. Madrid
- MÉTODOS CIENTÍFICOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS (1997). Fundación de ayuda contra la drogadicción. Madrid
- MILLÁN, M.A. y SERRANO, S. (2002) *Psicología y familia*. Cáritas Española. Madrid
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2000). *Análisis de la situación de la juventud*. España
- MUSITU, G. ( 2005) La escuela como contexto socializador. *En Congreso Ser adolescentes hoy*. FAD. Madrid
- NARDONE G., GIANNOTTI E., ROCCHI R. (2005) *Modelos de familia*. Herder. Barcelona 2005
- NAVARRO BOTELLA, J. (2000). *Factores de Riesgo y Protección de carácter Social Relacionados con el Consumo de Drogas*. Ayuntamiento de Madrid: Área de servicios Sociales, Plan Municipal contra drogas.
- NURMI, J. (2001). *Navigating through adolescence. European perspectives*. London: Routledge Falmer.
- OMS (2004), *Intervenir en salud mental*, Ginebra
- PANTOJA, L. (2005). *Los menores vulnerables y su relación con las drogas*. Universidad de Deusto. Bilbao
- PANTOJA, L. (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para Mujeres drogodependientes?: Avances en drogodependencias*. Universidad de Deusto. Bilbao
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2005), *Informe 2004 del observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*, Madrid.

- PLAN DE ACCIÓN 2005-2008. Plan Nacional sobre Drogas. España
- ROMO N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura de baile*. Donostia. Gakoa liburuak.
- ROMO N. (2003) *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Universidad de Granada. España
- ROMO N. (2004) Tecno y Baile: Mitos y realidades de las diferencias de Género. Estudios de Juventud. No. 64
- RUIZ OSUNA M. C. (2005) Actualizaciones en Drogodependencias: Análisis histórico, social y sanitario. Asociación Alcalá. Jaén
- REKALDE A. y VILCHES C. (2003). *Drogas de ocio y diversión y Perspectiva de género en la C.A.V.* Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurjaritza-Gobierno Vasco, 109 páginas.
- RUIZ J. I. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto, 2 Edición. Bilbao
- SALVADOR LLIVINA T. y MARTÍNEZ HIGUERAS I. (2002) De la magia a la Evidencia: Desarrollo de las actuaciones preventivas en España. *Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS)*. España
- SILVA DIVERIO, I. (2005) "Posibles usos de la LEA12 para proyectos de investigación-acción en migración y salud mental". Jornadas Internacionales Migración, Salud Mental: Perspectivas y transculturalidad en la integración" Noviembre .Universidad Complutense de Madrid..
- SILVA DIVERIO, I. (2006), Aportaciones a los y las profesionales que Trabajan con adolescentes. Perspectiva intergeneracional, intercultural y de género. Adolescencia y comportamiento de género: Revista de estudios de juventud, Junio, 73, pp. 25-35.
- SIMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER (2000) Ministerio de trabajo. Spiral. Madrid

- SERAPIO A. ( 2006) Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Adolescencia y comportamiento de género: Revista de estudios de juventud*, Junio, 73, pp. 11-23
- SUÁREZ M. (2005). El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa. Book Print Digital, S.A. España
- TAYLOR S. J. y BOGDAN R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós, 2 Reimpresión. España
- URBANO A. y AROSTEGI E. (2004). La mujer drogodependiente: Especificidad de género y factores asociados. Universidad de Deusto. Bilbao
- VV.AA. (2001): Trabajando la prevención de drogas en el tiempo libre. Madrid, *Consejo de la Juventud de España*.